



Sofia Cordeiro Cabral

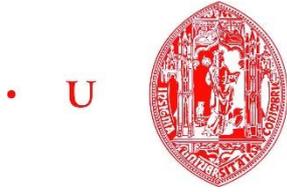
A Contratualização nos cuidados de Saúde Primários como ferramenta de gestão nas Unidades de Saúde Familiar (USF)

Relatório de Estágio apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para o cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Economia

Junho, 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Sofia Cordeiro Cabral

A Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários como ferramenta de gestão nas Unidades de Saúde Familiar (USF)

Relatório de Estágio de Mestrado em Economia, na especialidade de
Economia Financeira, apresentado à Faculdade de Economia da
Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Orientador da FEUC: Prof. Doutor Vítor Raposo

Entidade de Acolhimento: Unidade de Saúde Familiar CelaSaúde

Orientadora na Entidade de Acolhimento: Dra. Maria Teresa Tomé

Coimbra, 2014

Agradecimentos

A realização deste Relatório de Estágio contou com importantes apoios e incentivos sem os quais não se teria tornado uma realidade e aos quais estarei eternamente grata.

Ao Professor Doutor Vítor Raposo, pela sua orientação, total apoio, disponibilidade, pelo saber que transmitiu, pelas opiniões e críticas, total colaboração no solucionar de dúvidas e problemas que foram surgindo ao longo da realização deste trabalho e por todas as palavras de incentivo.

À Dr.^a Maria Teresa Tomé pelo facto de me ter concedido a possibilidade de fazer o estágio na USF CelaSaúde e por todos os conhecimentos que me transmitiu sobre o tema desenvolvido neste relatório, assim como a todos os profissionais que acompanharam e sempre se mostraram disponíveis no esclarecimento de qualquer dúvida.

Aos meus amigos e colegas que estiveram ao meu lado durante esta fase pelo companheirismo, força e apoio em certos momentos difíceis.

Por último, tendo consciência que sozinha nada teria sido possível, dirijo um agradecimento muito especial aos meus pais e familiares, por serem modelos de coragem, pelo seu apoio incondicional, incentivo, amizade e paciência demonstrados e total ajuda na superação dos obstáculos que ao longo desta caminhada foram surgindo.

Resumo

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) foram marcados por várias reformas, sobretudo a partir de 2005, abrindo lugar a um processo de crescimento, maturação e inovação no funcionamento dos cuidados de saúde, no sentido da flexibilização organizativa e de gestão, do trabalho em equipa, da autonomia, da responsabilização, da melhoria contínua da qualidade, da contratualização e da sustentabilidade, tendo como especto mais saliente a implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF).

Estas alterações e a criação das USF têm suscitado interesse, quer em Portugal quer no estrangeiro, fomentando a capacidade da sociedade, das comunidades e das organizações para a auto-organização e implementação de rotinas de avaliação, de revisão e de aprendizagem permanente.

Neste contexto, sob a influência da teoria da Nova Gestão Pública (NGP), a contratualização surge como um novo instrumento de governação em saúde. As relações entre financiadores e prestadores são agora suportadas por contratos que associam um orçamento a resultados esperados, contribuindo para uma melhor afetação de recursos e desempenho.

A contratualização de serviços de saúde surgiu como um meio de melhorar a capacidade de resposta aos cidadãos e de aumentar a eficiência através da minimização dos custos associados à prestação de cuidados de saúde. Anualmente, as USF passam pelo processo de contratualização de metas de desempenho, acesso e eficiência que procuram garantir o equilíbrio entre exigência e exequibilidade, no sentido de conduzir a ganhos de saúde, bem como premiar o esforço e desempenho, com atribuição de incentivos, aos profissionais que as integram.

O presente relatório de estágio tem como preocupação fundamental a análise da contratualização nos CSP ao nível das USF, procurando comparar as diferentes metodologias adoptadas até ao momento e o seu impacto na unidade onde estagiámos, nomeadamente a sua utilização como instrumento de gestão.

Palavras-chaves

Contratualização; Incentivos; Indicadores; Cuidados de Saúde Primários; Unidade de Saúde Familiar

Abstract

Since 2005, Primary Health Care (PHC) was marked by many reforms opening place to a process of growth, maturation and functioning of innovation in health care, in terms of organizational and managerial flexibility, teamwork, autonomy, accountability, continuous improvement of quality, contracting and sustainability, with the most salient-spectrum implementation of the Family Health Units (USF).

These changes and the creation of the USF have attracted interest both in Portugal and abroad, promoting the ability of society, communities and organizations to self-organization and implementation of routine evaluation, review and continuous learning.

In this context, under the influence of New Public Management (NPM), contracting emerges as a new instrument of health governance. The relationships between funders and providers are now supported by contracts that associate a budget to expected results, contributing to a better allocation of resources and performance.

The contracting of health services has emerged as a mean to improve the responsiveness to citizens and increase efficiency by minimizing the costs associated with providing health care. Annually, the USF pass through the contractual performance targets, access and efficiency that seek to ensure a balance between demand and feasibility, in order to lead to health gains and reward the effort and performance with attribution process incentives, to professionals who comprise them.

This report has as its primary concern the analysis of contracting in PHC at USF level seeking to compare the different methodologies adopted so far and its impact on the unit where we develop our work, including its use as a management tool.

Keywords

Contracts; incentives; indicators; Primary Health Care; Family Health Unit

Lista de Acrónimos

ACES – Agrupamento de Centros De Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AP – Administração Pública

ARS – Administração Regional de Saúde

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DGAEP – Direção Geral da Administração e do Emprego Público

IDG – Índice de Desempenho Global

MCSP – Missão dos Cuidados de Saúde Primários

NGP – Nova Gestão Pública (NPM – New Public Management)

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

QUAR - Quadro de Avaliação e Responsabilização

RRE – Regime Remuneratório Experimental

SIADAP – Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública

SIARS – Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRS – Sub-Regiões de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice

1. INTRODUÇÃO	1
2. REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP)	3
3. A CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE	7
3.1. Princípios gerais da contratualização	7
3.2. O percurso da contratualização em Portugal	10
3.3. A contratualização nos CSP – USF	13
3.4. A metodologia de contratualização nos CSP	16
3.4.1. Primeira fase, 2006-2013	16
3.4.2. Presente	20
3.4.3. Fontes de dados utilizadas	23
4. ESTÁGIO	25
4.1. Apresentação da unidade de acolhimento	25
4.2. Objetivos do estágio curricular e apresentação das atividades realizadas	26
4.2.1. Acreditação	26
4.2.2. Contratualização	29
4.2.3. Avaliação de desempenho	30
4.3. Análise crítica do estágio	32
4.3.1. Metodologia de contratualização praticada entre 2006 e 2013	33
4.3.2. Metodologia de contratualização atual, com resultados de 2013	34
4.3.3. Metodologia de contratualização atual, com resultados de 2014	35
4.3.4. Comparação de resultados	36
CONCLUSÃO	38
BIBLIOGRAFIA	40
LEGISLAÇÃO	42
ANEXOS	45

Índice de Figuras

Figura 1 - Modelo de contratualização de uma ARS com os ACES (externa) e destes com as respetivas USF (interna).....	15
Figura 2- Pirâmide etéria USF CelaSaúde, Dez 2013; Fonte: USF CelaSaúde,	24
Figura 3 - Programa Nacional de Acreditação em Saúde; Fonte: DGS.....	26

Índice de quadros

Quadro 1 – Exemplo de lista de indicadores a contratualizar, na 1.ª fase 2006-2013,	18
Quadro 2 - Exemplo de lista de indicadores a contratualizar em 2014,.....	20
Quadro 3 - Comparação de Resultados,	35

Índice de Anexos

Anexo I - Indicadores - Atribuição de incentivos institucionais, Portaria n.º 301/2008, 18 de Abril.....	44
Anexo II - Indicadores - Atribuição de incentivos institucionais, com resultados 2013, Portaria n.º 377-A/2013, 30 de dezembro	45
Anexo III - Indicadores - Atribuição de incentivos institucionais, com resultados 2014, Portaria n.º 377-A/2013, 30 de dezembro.....	46
Anexo IV - Contratualização Interna - Indicadores Institucionais USF Modelo B (resultados de 2014 - com limite mínimo).....	48

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Economia, da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (FEUC), apresentamos o Relatório de Estágio realizado na Unidade Saúde Familiar CelaSaúde que decorreu no período de 17 de fevereiro a 6 de junho de 2014.

Os cuidados de saúde primários (CSP) são o pilar central e a principal forma de contacto dos cidadãos com o sistema de saúde. Estes “proporcionam o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade, permitindo a aproximação da assistência de saúde o mais perto possível dos locais onde a população vive e trabalha e constituem o primeiro elemento de um processo permanente de assistência de saúde” (Ferreira *et al.*, 2010). Desta forma, os CSP não podem deixar de ser encarados como o ativo do sistema de saúde que mais poderá contribuir para o bem-estar económico e social.

Nos últimos vinte anos assistiram-se a reformas generalizadas que visaram, nomeadamente, a flexibilidade e procura de maior eficiência dos sistemas de saúde (Saltman and Figueras, 1997, 1998). Em Portugal, a partir de 2005, com a criação da Missão para os CSP, reconfiguraram-se os Centros de Saúde (CS) e foram criadas as Unidades de Saúde Familiar (USF). As USF foram constituídas com o objetivo de melhorar a qualidade e continuidade dos cuidados de saúde, bem como, o aumento da satisfação, quer do utente quer dos profissionais, através da criação de equipas multiprofissionais formadas por médicos, enfermeiros e administrativos, sendo providas de autonomia organizativa, funcional e técnica.

A reforma foi acompanhada da reafirmação do modelo de contratualização (Ferreira *et al.*, 2010). A contratualização é uma peça fundamental para uma melhor gestão em saúde, a nível macro porque contribui para gerar melhor acesso, eficiência, afetividade e satisfação, e ao nível micro legitima a auto motivação e a prática de uma gestão por objetivos e apresentação de resultados de modo a motivar e estimular os profissionais (USF – Associação Nacional, 2013).

A introdução da prática da contratualização em ambiente de CSP é um instrumento indispensável no processo de mudança do sistema de saúde, favorecendo a transparência e responsabilidade. Como tal, foi definido um modelo de contratualização destinado especificamente às USF, onde foi privilegiada a contratualização de indicadores de processo e de resultado.

Neste contexto, o presente relatório explicitará, de forma detalhada, estas temáticas, tendo por base uma revisão da literatura e análise crítica da contratualização, segundo a experiência adquirida durante o estágio.

Assim o relatório será constituído por duas partes. Na primeira parte, essencialmente conceptual, será desenvolvido o tema da contratualização e na segunda parte será apresentado o estágio curricular.

Depois da introdução (1.), serão abordados as reformas dos CSP e os impactos destas nos sistemas de saúde (2.), e desenvolvido o tema da contratualização nos CSP (3.). Este último ponto abordará os princípios gerais da contratualização (3.1.), através de um estudo geral do processo de contratualização, enquanto instrumento para a sustentabilidade e melhoria da qualidade do sistema de saúde, caracterizará o percurso da contratualização em Portugal (3.2.) , focará a contratualização nos CSP e de que forma esta pode ser uma ferramenta importante para o crescimento das USF (3.3.), e explorará a metodologia utilizada na contratualização dos CSP (3.4.), percorrendo a primeira fase da metodologia, de 2006 a 2013 (4.4.1.), e a presente (3.4.2.), como também apresentará as fontes que fornecem os dados necessários para o processo (3.4.3.).

A segunda parte do relatório, respeitante ao estágio curricular, será dividida em três pontos: apresentação da unidade de acolhimento (4.1.); descrição dos objetivos do estágio curricular e apresentação das atividades que foram desenvolvidas (4.2.), discriminando a acreditação (4.2.1.), a contratualização (4.2.2.) e a avaliação de desempenho (4.2.3). Por fim, no último ponto, farei uma análise crítica do estágio (4.3.), juntamente com a reflexão e comparação da metodologia praticada na contratualização dos CSP, desde o seu início, explicitamente: a metodologia de contratualização praticada entre 2006 e 2013 (4.3.1.), a metodologia de contratualização atual com resultados de 2013 (4.3.2.), a metodologia de contratualização atual com resultados de 2014 (4.3.3.), e a comparação dos resultados obtidos nas diferentes metodologias (4.3.4.).

Para terminar, será apresentada a conclusão deste relatório, tendo em consideração os resultados descritos no decorrer deste.

2. REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP)

Numa perspetiva de estudar a contratualização nos CSP é relevante, para a sua compreensão, expor as várias reformas que os CSP atravessaram e a sua importância.

Na área da saúde, os cuidados de saúde primários têm um elevado peso por ser o primeiro contacto que o utente tem no acesso aos cuidados de saúde. Deste modo, os CSP são o pilar do sistema de saúde (Afonso, 2010).

Os CSP sempre foram um referencial do discurso sobre saúde da maioria dos países, porque o movimento dos CSP procurou dar respostas antecipatórias, racionais e com base em evidência às necessidades de saúde e às expectativas sociais. À medida que as sociedades se modernizavam as pessoas exigiam mais dos seus sistemas de saúde, promovendo um apoio cada vez maior para mais equidade na saúde e para o fim da exclusão (OMS, 2008). Desta forma, não é de estranhar que no centro das questões relacionadas com a reforma dos sistemas de saúde surjam as preocupações relacionadas com a sua orientação para os cuidados primários (WHO, 2006).

Nas economias com despesas elevadas, como era o caso da maioria dos países de rendimento elevado, existia um amplo espaço financeiro para acelerar a mudança de cuidados terciários para cuidados primários, criando um ambiente político mais saudável e complementar o bem estabelecido sistema de cobertura universal com medidas direcionadas para reduzir a exclusão.

Contudo, as autoridades de saúde e os líderes políticos estavam pouco à vontade com as tendências observadas no desenvolvimento dos sistemas de saúde e com a necessidade óbvia de se adaptarem aos desafios duma saúde em mudança e à procura de expectativas crescentes, (OMS, 2008). Este contexto cria as oportunidades para implementar as reformas dos CSP, desenvolvidas em alguns países e que contribuiriam para uma reflexão sobre os modelos implementados ou sustentar a adoção de novas abordagens para este nível de cuidados em Portugal, (Escoval, Ribeiro e Matos, 2010).

A reforma dos CSP, iniciada em 2005, representa um acontecimento relevante no panorama da Saúde, da Administração Pública (AP) e da sociedade portuguesa que assentam na descentralização, na auto-organização e na responsabilização pelos resultados, que têm contribuído, significativamente, para o aumento do acesso dos cidadãos aos cuidados de

saúde, na melhoria da qualidade e desempenho, refletindo-se naturalmente ao nível da sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS)¹.

No contexto da reforma das organizações de saúde e de contenção da despesa a nível global, os CSP assumem, incontestavelmente, um papel de liderança, reforçado pelos valores da equidade, solidariedade e universalidade que os sustentam.

Segundo Pisco (2007), a reestruturação dos centros de saúde, através da criação de Unidades de Saúde Familiar (USF), foi parte integrante da reforma dos CSP. As USF são grupos de profissionais, constituídos por médicos, enfermeiros e secretários clínicos, que prestam cuidados de saúde primários a uma determinada população, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados prestados.

Estas são classificadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C, que assumem diferentes patamares de autonomia com correspondentes graus de partilha de risco e de compensação retributiva.

O Modelo A é considerado como um modelo que corresponde, na prática, a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. É uma fase indispensável nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho individual isolado e/ou onde não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar.

O Modelo B é indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efetiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização com patamares de desempenho mais exigentes.

Finalmente, o Modelo C tem como característica a existência de um contrato programa. Tanto podem ser equipas do sector público como do sector privado, cooperativo ou social. Trata-se de um modelo experimental com carácter supletivo a regular por diploma próprio. No presente não existem USF modelo C, apesar do governo ter nomeado um grupo

¹ Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de Dezembro de 2013, Primeira alteração à Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril que regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às unidades de saúde familiar (USF) e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efetividade e qualidade dos cuidados prestados.

de trabalho² com o objetivo de analisar as condições de abertura, a título experimental, ao sector social e cooperativo.

A criação das USF obedecia aos princípios seguintes:

- Pequenas equipas multiprofissionais e auto organizativas;
- Autonomia organizativa funcional e técnica;
- Contratualização de uma carteira básica de serviços;
- Meios de diagnósticos descentralizados;
- Sistema retributivo que premeia a produtividade, acessibilidade e qualidade.

Paralelamente, também é de salientar a extinção das sub-regiões de saúde (SRS) e a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), promovendo assim: a agregação de recursos e estruturas de gestão, eliminação de concorrências estruturais, obtenção de economias de escala, viabilização de estratégias regionais ao nível dos CSP que vão ao encontro das necessidades e expectativas da população (Pisco, 2007).

Através da Resolução do Concelho de Ministros n.º 157/2005³ foi criada a Missão para os CSP (MCSP)⁴, com finalidade, a coordenação e acompanhamento da reconfiguração dos CS e a implementação das USF.

A MCSP tinha como funções:

- Apoiar a reconfiguração dos CS em USF, desempenhando um papel de provedoria das iniciativas dos profissionais;
- Coordenar tecnicamente o processo global de lançamento e implementação das USF;
- Desempenhar funções de natureza avaliadora, reguladora de conflitos e de âmbito afetivo às candidaturas das USF;

² Despacho n.º 12876/2012, de 1 de Outubro de 2012, constitui um grupo de trabalho com o objetivo de analisar as condições de abertura do modelo C de USF, a título experimental, ao sector social e cooperativo.

³ Resolução do Concelho de Ministros n.º 157/2005, de 22 de Setembro de 2005, publicada em Diário da Republica a 12 de Outubro, Determina a criação de uma estrutura de missão para a reforma dos cuidados de saúde primários.

⁴ A MCSP, em 2007, foi prolongada por 2 anos, até Abril de 2009, pela Resolução do Concelho de Ministros n.º 60/2007, de 24 de Abril.

- Orientação estratégica e técnica sobre a política de recursos humanos, a formação contínua dos profissionais e a política de incentivos ao desempenho e à qualidade, a aplicar na USF;
- Lançar formas inovadoras de melhoria da articulação com outras unidades de prestação de cuidados, nomeadamente com os cuidados hospitalares e continuados;
- Propor modalidades de participação dos municípios, cooperativas, entidades sociais e privadas na gestão de CS e USF.

No início de 2006, a MCSP, divulga propostas e clarifica a reforma, na publicação "*Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*" onde são definidos os principais objetivos para a reforma dos CSP. São privilegiados o aumento da acessibilidade, proximidade, qualidade e da satisfação dos utilizadores dos serviços. Também, o aumento da satisfação dos profissionais, através de boas práticas, condições de trabalho e melhor organização. Por fim, melhorar a eficiência e promover a contenção de custos (Pisco, 2007).

Por sua vez, as USF têm por missão e responsabilidade melhorar o estado de saúde das pessoas por elas abrangidas, através da prestação de CSP, com boa acessibilidade e continuidade, abrangendo os contextos sócio familiares dos utentes.

Em suma, o processo de reforma passou pela constituição de USF, criação de ACES, introdução de um novo modelo de gestão, instituição de governação clínica⁵ e reorganização dos serviços de suporte e desativação das SRS.

⁵ É um sistema para melhorar os padrões do funcionamento dos serviços clínicos e da própria prática clínica, que se baseia numa série de processos (prática baseada na evidência, monitorização clínica, auditoria, gestão do risco, envolvimento dos doentes), para melhorar a qualidade e assegurar que os profissionais prestem contas e se responsabilizem pelos actos da sua prática clínica (Department of Health, 1998, Scally e Donaldson, 1998, Starey, 2003).

3. A CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE

3.1. Princípios gerais da contratualização

Existe uma grande diversidade de abordagens teóricas e conceptuais sobre a contratualização. Muito genericamente, os estudos de tipificação da contratualização tendem a basear-se predominantemente em argumentos económicos e sócio legais sobre a natureza e o impacto dos contratos nas organizações em geral e nas da saúde em particular (Freitas e Escoval, 2010).

Em geral, a contratualização materializa-se num contrato, ou seja, um acordo que se faz entre partes interessadas sob determinadas condições em que os contratantes têm direitos e/ou obrigações. A função fundamental dos contratos é a de facilitar as trocas voluntárias baseando-se na atribuição de recursos financeiros à atividade e clarificando o papel e responsabilidade de cada uma das partes. Economicamente, baseiam-se no funcionamento do mercado e na eficiência na atribuição de recursos, ou seja, consiste em alcançar a eficácia (atingir o resultado planeado) com o menor recurso possível. Juridicamente, residem na redução da esfera hierárquica nas relações entre as partes envolvidas (Freitas e Escoval, 2010).

Por estes motivos, na generalidade dos países desenvolvidos, se vem verificando ao longo dos anos uma tendência para a adopção de políticas contratuais com as entidades prestadoras de cuidados de saúde, com o propósito de se assegurar a manutenção dos princípios básicos da sustentação dos sistemas de saúde, nomeadamente, o financiamento público, a universalidade no acesso e a equidade na prestação dos cuidados (OPSS, 2006), sendo que a equidade refere-se aos recursos que devem ser igualmente distribuídos entre todos os indivíduos ou grupos sociais, pressupondo recursos iguais para necessidades iguais e recursos diferentes para necessidades diferentes.

Em Portugal, o Governo, em 2006, adotou como linha de ação política, a reintrodução de processos de contratualização entre a administração em saúde e as instituições prestadoras de cuidados que integram o SNS (OPSS, 2006).

A contratualização, no contexto da reforma dos CSP, foi fortemente influenciada por princípios associados à Nova Gestão Pública (NGP)⁶. Este movimento, ao propor serviços públicos centrados no cidadão, teve implicações, no domínio da saúde, em aspetos como: o desenvolvimento dos mercados internos ao nível das entidades prestadoras de cuidados, a separação entre as instituições financiadoras e as instituições prestadoras, a generalização da descentralização e contratualização, a importância acrescida do *empowerment*⁷ dos utentes e em múltiplas inovações organizacionais na prestação, (Ferreira *et al*, 2010).

O NPM contribuiu para a reinvenção dos serviços públicos prestadores de cuidados de saúde e dos papéis desempenhados pelos gestores da área da saúde, com enfoque na centralidade do utente e nos resultados, através do incentivo a formas de atuação mais empresariais, combinando as vantagens da maior flexibilidade do sistema com a universalidade e a responsabilidade social do estado no sector da saúde, (Escoval, 2003).

Esta influência foi visível, pela primeira vez, no caso do Reino Unido, com o início, em 1989, das reformas que levaram ao surgimento de um mercado interno a partir de incentivos públicos aos médicos de família. O Reino Unido que presenciou um percurso de contratualização ao longo de 30 anos, marcado pelo experimentalismo, assumindo particular importância no conceito de *practice-based commissioning*, que evidencia a capacidade dos médicos de clínica geral e de outros profissionais de saúde, visando a introdução de uma melhor configuração dos serviços e cuidados de saúde prestados às populações locais, no contexto dos contratos estabelecidos com os *General Medical Services*. O processo de contratualização neste país, principalmente, em Inglaterra, encontra-se claramente instalado, tendo possuído importantes e profundos desenvolvimentos, nas mais diversas áreas (Escoval, Ribeiro e Matos, 2010).

Assim, com as reformas dos CSP, deriva a importância da introdução de contratos entre financiador e prestador no processo de contratualização, indexando o financiamento diretamente à atividade, através da definição de determinados níveis de cuidados de saúde,

⁶ *New Public Management* (NPM).

⁷ Traduzido por alguns autores como capacitação, isto é, o processo através do qual as pessoas ou as comunidades adquirem maior controlo sobre as decisões e acções que afectam a sua saúde (WHO, 1998).

em função dos objetivos estratégicos definidos politicamente, designadamente ao nível do Plano Nacional de Saúde (PNS).

O financiamento, que resulta de uma operação financeira em que a parte financiadora fornece recursos para outra parte que está sendo financiada, de modo que esta possa executar algum investimento específico, passa assim a ter um papel central na prossecução dos objetivos de saúde, devendo deste modo a contratualização ter como finalidade última, não apenas assegurar o necessário financiamento público dos prestadores, mas eliminar o hiato entre o estado de saúde e o estado de saúde desejável da população.

Freitas e Escoval (2010), referem que a separação do financiador do prestador cria mais valor para o dinheiro gasto, melhorando os resultados a obter com determinado orçamento, uma vez que sendo o financiamento de acordo com os resultados negociados, a redução dos desempenhos envolve uma avaliação criteriosa da situação, podendo levar a redução dos pagamentos.

De qualquer maneira, o contato frequente entre financiador e prestador permite o conhecimento e discussão por ambas as partes da evolução do contrato, antecipando alterações que justifiquem reavaliação das suas cláusulas, numa perspetiva de cooperação. As vantagens deste tipo de contratos residem na clarificação da responsabilização pelo desempenho perante os financiadores, e dentro das organizações na transferência do centro da organização de uma lógica baseada nas estruturas existentes para resultados a obter.

As orientações estratégicas da política de saúde preconizadas no PNS para a obtenção de ganhos em saúde privilegiam as dimensões do acesso, da qualidade, do desempenho assistencial e do desempenho económico-financeiro.

O acesso está associado à ideia de equidade na obtenção dos cuidados de saúde necessários, no que respeita ao momento, local e quantidade adequada. A prestação de cuidados de saúde de qualidade é outro dos desafios do sistema de saúde, independentemente do contexto geográfico, económico e social dos seus utilizadores. Sendo a qualidade técnico-científica o especto central na prestação de cuidados de saúde, não são menosprezáveis outras vertentes como a segurança, humanização, amenidades, aceitabilidade, continuidade e adequação na manutenção de elevados padrões assistenciais.

A análise do desempenho assistencial pretende promover a efetividade dos cuidados prestados, ou seja, potenciar os resultados de determinada intervenção nos

indivíduos em particular e na população em geral. Por fim, o desempenho económico-financeiro centra-se na eficiência interna e na maximização dos resultados obtidos com os recursos utilizados, de forma a garantir a sustentabilidade económica dos sistemas de saúde.

O papel estratégico da contratualização é reforçado pela introdução de um sistema de incentivos e monitorização do desempenho no modelo de pagamento por atividade. A introdução de um sistema de incentivos é, no contexto da gestão por objetivos, uma ferramenta poderosa de promoção da mudança e da reorientação das organizações para resultados. O estudo da efetivação de um cenário deste tipo na AP pode fornecer algumas pistas sobre a validade deste tipo de ações em contexto público.

A contratualização na área da saúde representa a função de Agência, ou seja, um interface entre o cidadão e a prestação de cuidados, com o objetivo de separar operacionalmente a prestação e o financiamento. Como também, melhorar a capacidade de resposta aos cidadãos e de aumentar a eficiência através da minimização dos custos associados à prestação de cuidados de saúde (Escoval, 2010). Considerando a teoria económica, a contratualização estimula a competição entre os prestadores, sendo estes forçados a adotar soluções inovadoras, e a ajustar os preços para irem ao encontro da procura.

Assim, podemos definir a contratualização como o processo pelo qual estabelecemos mecanismos de negociação para a atribuição de recursos para a prestação de cuidados baseados em critérios explícitos e de responsabilidade do sistema.

3.2. O percurso da contratualização em Portugal

No final da década de 90, em Portugal, num contexto em que se pretendia desenvolver uma AP inovadora e recentrar os serviços de saúde no utilizador, deu-se início ao percurso da contratualização.

A primeira agência de contratualização, entidade responsável pela identificação das necessidades em saúde e pela defesa dos interesses dos cidadãos e da sociedade, foi criada em 1996 na Região de Saúde de Lisboa e Vale de Tejo, com o objetivo de melhoria da acessibilidade e otimização da produção. As restantes agências, uma por região de saúde, foram implementadas entre 1997 e 1998 (Ferreira *et al*, 2010).

Em 1999, definiu-se como opção estratégica uma distribuição de recursos que passaria progressivamente a ser realizada com base em processos de contratualização, essencialmente, a quatro níveis:

- Entre a Administração Central e as Administrações Regionais de Saúde (ARS);
- Entre as ARS e os Sistemas Locais de saúde;
- Entre as ARS e os diversos estabelecimentos de saúde;
- Entre as administrações dos estabelecimentos de saúde e os centros e departamentos ou unidades operacionais de prestação de cuidados de saúde.

A adoção do processo de contratualização em Portugal, esteve assente entre os seguintes fatores: o aumento sustentado da despesa em saúde e uma maior rigor na gestão dos recursos públicos, a introdução de melhorias ao nível de prestação de contas, maior transparência no âmbito dos processos decisórios e distribuição de recursos mais equitativa, relacionando-a com a produção e com os resultados atingidos (OPSS, 2009).

Na fase inicial do processo de contratualização, reforçou-se o envolvimento das ARS, realçando a sua função financiadora e a sua capacidade de intervenção, na passagem para um modelo contratual do sistema de saúde.

Durante o ano de 1999, a agência de contratualização negociava as condições contratuais com o conselho de administração interna para facilitar o cumprimento das metas e objetivos assumidos externamente (Ferreira, *et al*, 2010).

Em 2000/2001, para além da quase inexistência de mecanismos de acompanhamento e de monitorização da atividade, o processo não teve, o apoio suficiente por parte da tutela. Sucessivamente, o processo de contratualização de 2002 a 2005 enfraqueceu significativamente, registando-se perda de interesse pelo seu desenvolvimento, sobretudo devido a uma resistência à mudança das tradicionais estruturas da AP, às limitações dos sistemas de informação (ainda em fase embrionária) e ao tímido apoio político manifestado na transferência do financiamento para as regiões de saúde, (Ferreira, *et al*, 2010).

Em 2005, segundo Ferreira *et al* (2010), a contratualização ganha, um novo impulso através da publicação do Despacho n.º 22250/2005⁸, que revitaliza as agências de contratualização. Iniciam-se as reformas dos CSP e dos cuidados continuados integrados, sendo criada as respetivas Unidades de Missão. Surgem ainda modelos inovadores de organização e gestão de cuidados, designadamente as USF e os ACES, como descrito anteriormente.

A metodologia aprovada no final de 2005 assenta na negociação da produção até então praticada com a introdução de indicadores de eficiência e qualidade, contemplando as áreas de qualidade e serviço, produção e eficiência operacional e eficiência económico-financeira.

Posteriormente desenvolveu-se a reestruturação das ARS, onde se enquadra a criação dos Departamentos de Contratualização, a expansão das USF e o seu próprio processo de contratualização e a formação dos ACES.

O Despacho Normativo n.º 46/97⁹, determinou a instalação das agências de acompanhamento dos serviços de saúde junto das ARS, posteriormente redenominadas de agências de contratualização, pelo Despacho Normativo n.º 61/99¹⁰, enquanto "*instância de intervenção no sistema, na qual estão representados o cidadão e a administração e onde se congrega a informação necessária, visando garantir a satisfação das necessidades e das preferências dos utentes*", tendo como missão "*explicar as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade, com vista a assegurar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e a máxima eficiência e equidade nos cuidados de saúde a prestar*".

Neste contexto foram identificados sete pontos fundamentais associados às agências (Ferreira, *et al*, 2010):

- O cidadão ser o centro do sistema;

⁸ Despacho n.º 22250/2005, de 25 de Outubro de 2005. Determina que até ao final do mês de Outubro cada hospital proceda à análise/negociação interna da sua atividade para 2006 e cria um grupo de trabalho por forma a garantir que o processo estabelecido decorra de forma articulada.

⁹ Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de Agosto de 1997. Estabelece normas sobre os incentivos a conceder às empresas no âmbito do regime de Apoio à Realização de Estratégias Empresariais Integradas.

¹⁰ Despacho Normativo n.º 61/99, de 12 de Novembro de 1999. Altera o Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de Agosto, que estabelece as orientações relativas à instalação e funcionamento das agências de acompanhamento dos serviços de saúde junto das administrações regionais de saúde.

- Criação de instrumentos adequados para um maior envolvimento dos utentes;
- Aplicação judiciosa dos recursos disponíveis, com vista à máxima eficiência e equidade, numa perspetiva de reforço das unidades funcionais de saúde;
- Acompanhamento e avaliação do desempenho e da divulgação da informação das unidades de saúde;
- Execução de uma estratégia regional de saúde, veiculada por um processo de contratualização centrado na melhoria da comunicação entre financiador e prestador;
- Esforço no combate ao desperdício e no alcance de ganhos em saúde, acessibilidade e controlo de gastos.

Posteriormente, o Despacho n.º 22250/2005, determinou a reconstituição das agências enquanto órgãos das ARS com intervenção ativa na distribuição de recursos pelos estabelecimentos do SNS.

Com o Despacho n.º 721/2006¹¹, definiu-se cláusulas contratuais gerais dos contratos-programa a celebrar entre o Ministério da Saúde e as unidades de saúde integradas no sector empresarial do estado. Este prevê a garantia da qualidade na prestação de cuidados de saúde, e no cumprimento de metas a alcançar de acordo com os recursos disponíveis, os contratos-programa, tendo "*por objetivo a realização de prestação de saúde aos utentes do SNS mediante o pagamento de contrapartidas financeiras em função das condições previstas e resultados obtidos*" devem cumprir objetivos de convergências, comprometendo ainda em promover níveis de eficiência mais elevados.

3.3. A contratualização nos CSP – USF

No âmbito da contratualização desenvolvida para a prestação de CSP, Ferreira *et al* (2010) consideram que os projetos que tiveram importância significativa na implementação dos novos modelos de delegação das responsabilidades gestórias, foram a orçamentação

¹¹ Despacho n.º 721/2006, de 11 de Janeiro de 2006. Aprova as cláusulas contratuais gerais dos contratos-programa a celebrar entre o Ministério da Saúde e as unidades de saúde integradas no sector empresarial do Estado para pagamento de atos e atividades.

por programas nos CS e o Projeto-Alfa, entre 1997 e 1999, o Regime Remuneratório Experimental (RRE), entre 1999 e 2005, e as USF, a partir de 2005.

Quanto ao primeiro, a orçamentação por programas nos CS, a Agência da Região de Lisboa e Vale do Tejo, iniciou em 1999, um modelo de orçamentação por programas para a distribuição interna de recursos em cada CS, ainda que o nível de gastos se baseasse em tendências históricas recentes, o que poderia potenciar a continuidade de desajustes. A grande limitação deste modelo era a escassa informação disponível em cada CS.

Mais tarde, os Projetos-Alfa representaram uma oportunidade de organizar o trabalho de forma diferente, com mais autonomia e de melhorar a satisfação profissional e dos utentes. Deste modo, previam a constituição de equipas multidisciplinares que assumiam um compromisso formal acordado com a administração, orientado por objetivos determinados e livremente pelos seus elementos. Assentando em dois princípios fundamentais, a acessibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde, visavam estimular soluções organizativas, a partir da iniciativa dos profissionais, para um melhor aproveitamento da capacidade instalado nos CS. Este modelo apresentou algumas fragilidades, como a criação de desigualdades entre os utentes das áreas abrangidas pelo projeto e os de outras zonas, a deslocação dos profissionais mais motivados e interessados e a necessidade de investimentos iniciais e de esforço de informação.

O RRE aplicava o princípio de que o pagamento aos profissionais deveria estar associado à quantidade e qualidade do desempenho. As candidaturas partiam de grupos de médicos, enfermeiros e administrativos que tinham que acordar entre si critérios de inter-substituição de forma que a assistência à população fosse garantida no próprio dia para assuntos urgentes. O programa anual de ação tinha que ser acordado com a administração que, em contrapartida, oferecia condições de trabalho adequadas à realização de programa acordado.

No que respeita à posterior experiência das USF, a sua implementação obedecia à espontaneidade das candidaturas, pautadas por um processo exigente que passava pela apresentação e discussão dos objetivos, do modelo funcional e do plano de atividades proposto. Neste processo são contratualizados metas nas dimensões de acesso, desempenho assistencial, qualidade e desempenho económico, com base numa matriz de indicadores.

Esta contratualização foi um processo de aprendizagem mútua com acompanhamento e avaliação rigorosos de modo a que fosse aperfeiçoado progressivamente.

O processo de contratualização com os cuidados de saúde primários, é organizado em dois subprocessos (figura 1): a contratualização externa, realizada entre as ARS e os respetivos ACES, formalizada com a negociação dos Planos de Desempenho e a assinatura dos Contrato-programa, e a contratualização interna, realizada entre os ACES e as respetivas unidades funcionais, formalizada com a assinatura das Cartas de Compromisso.

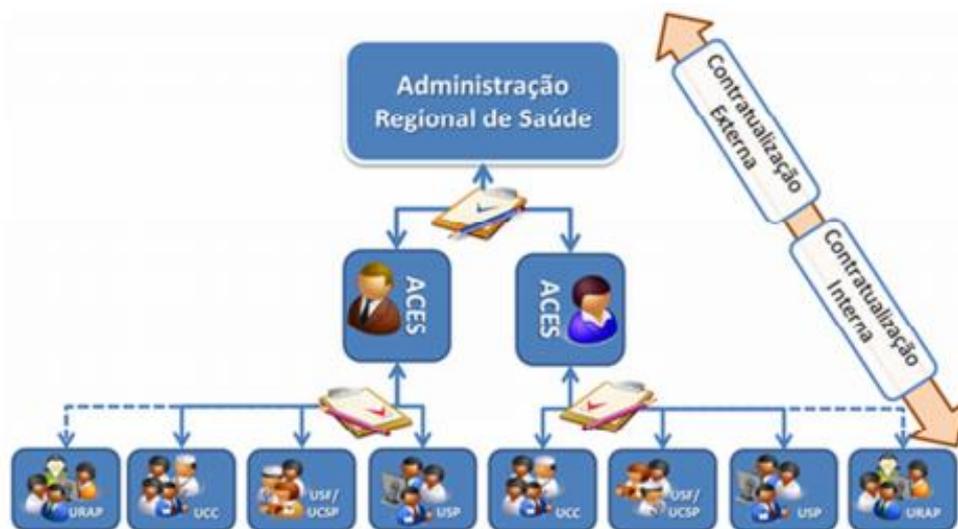


Figura 1 - Modelo de contratualização de uma ARS com os ACES (externa) e destes com as respetivas USF (interna).

Fonte: ACSS, Metodologia de contratualização CSP, 2014

Em termos gerais, os processos de contratualização externa e interna operacionalizam-se em três fases (ACSS, 2014):

- Negociação - esta fase abrange preparatórios da negociação até à assinatura do contrato-programa entre a ARS e os ACES e das Cartas de Compromisso entre o ACES e as suas Unidades Funcionais, na qual se efetua a aproximação entre a oferta e a procura (necessidades em saúde), tendo em conta o preconizado pela política de saúde definida para o período, as restrições orçamentais e outros condicionamentos associados à negociação e à partilha do risco. A negociação

impõe a troca de propostas, entre as partes envolvidas, e que estas sejam concebidas sempre de modo racional.

- Monitorização e acompanhamento - efetua-se a recolha sistemática da informação sobre o compromisso assumido entre as partes nas diferentes dimensões de análise e em que se discutem em tempo útil as várias possibilidades de introdução de medidas que permitem corrigir eventuais desvios em relação ao recomendado entre as partes.
- Avaliação – esta fase crucial encerra o ciclo do processo de contratualização. A avaliação é não só um momento de prestação de contas mas também um momento de reflexão sobre o desempenho de todos os intervenientes no processo, os quais deverão ter a capacidade de avaliar de forma desprendida e objetiva os resultados alcançados, agindo em função dos mesmos. A fase de avaliação tem um enorme potencial transformador, pretendendo-se que a mesma contribua significativamente para a alteração de comportamentos, de atitudes e de práticas de gestão e de prestação de cuidados, visando a melhoria dos resultados globais das entidades envolvidas no processo de contratualização.

3.4. A metodologia de contratualização nos CSP

A metodologia de contratualização nos CSP, até ao momento, atravessou duas fases: inicialmente, entre 2006 e 2013, seguindo o previsto na Portaria n.º301/2008¹² e a atual metodologia, que teve início no final de 2013, e que acompanha a Portaria n.º 377-A/2013.

3.4.1. Primeira fase, 2006-2013

Tendo como referência a Portaria n.º301/2008, a contratualização de metas de desempenho com as USF pretende conduzir a esforços significativos na melhoria dos níveis da acessibilidade, dos desempenhos assistencial e económico e da satisfação dos utentes.

¹² Portaria n.º301/2008, de 18 de Abril de 2008. Regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às unidades de saúde familiar (USF) e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efetividade e qualidade dos cuidados prestados.

Desta forma, distingue-se as USF que atinjam as metas contratualizadas com a atribuição de recompensas, suportadas pelos ganhos de eficiência previamente incorporados no sistema de saúde, das que, por sua vez, não consegue atingir as metas contratualizadas.

Para o efeito o processo de contratualização deve impor níveis adequados de exigência e responsabilização dos prestadores e, simultaneamente, favorecer a criação de ambientes de trabalho motivadores. Isto através, de uma gestão por objetivos decorrente do processo de contratualização, onde implica mecanismos de avaliação associados incentivos, quer para as equipas de saúde, quer para os profissionais que as integram.

A metodologia de contratualização concebida para as USF de modelo A, em funcionamento desde 2006, já contemplava a existência de incentivos institucionais para aplicação nas respetivas USF. Depois, com a publicação do Decreto – Lei n.º 298/2007¹³, consagrou-se e ampliou-se esta possibilidade para todas as USF, independentemente do modelo em que se enquadrem.

Neste mesmo diploma, foi também previsto a atribuição de incentivos financeiros aos profissionais das USF enquadradas no modelo B, sendo os incentivos dos médicos aferidos pela compensação das atividades específicas e os dos restantes profissionais, enfermeiros e pessoal administrativo, integrados na compensação pelo desempenho. Estes incentivos financeiros a atribuir ao pessoal da carreira de enfermagem e ao pessoal da carreira de assistente administrativo tinham, necessariamente, de estar delimitados pelos valores remuneratórios fixados para as escalas indiciárias das respetivas carreiras.

Assim, os valores dos prémios de desempenho a atribuir correspondiam à concreta expectativa remuneratória máxima resultante do desenvolvimento indiciário especificamente destas duas carreiras.

Estas duas modalidades de incentivos, institucionais e financeiros, criam condições para o desenvolvimento de ambientes de motivação dos profissionais, ao atribuir às equipas melhorias nas unidades de saúde, nomeadamente no contexto físico do seu exercício e no reforço de competências decorrente da facilitação na acessibilidade a ações de formação e

¹³ Decreto – Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto de 2007. Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B.

ao atribuir aos profissionais recompensas associadas ao desempenho. Esta atribuição de incentivos segue o previsto na Portaria n.º 301/2008.

Os incentivos institucionais traduziam-se na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carta de serviços da USF, no apoio à investigação ou no aumento das funções das equipas multiprofissionais¹⁴. As equipas, independentemente do modelo em que enquadravam-se, tinham acesso a incentivos institucionais que contavam da Carta de Compromisso, que eram contratualizados anualmente e que eram avaliados na: acessibilidade, desempenho assistencial, satisfação dos utentes e eficiência¹⁵.

A contratualização, que era efetuada entre as USF e a ARS, continha 15 indicadores, sendo 13 indicadores comuns a todas as USF e 2 indicadores acordados de entre indicadores validados pela ACSS¹⁶. O quadro seguinte mostra como eram divididos estes 15 indicadores pelas respetivas áreas (no quadro estão 14 indicadores, faltando o indicadores da satisfação, uma vez que não foi contratualizado e por isso não constou da Carta de Compromisso):

¹⁴ Art. 2.º, n.º3, Portaria n.º 301/2008.

¹⁵ Art. 2.º, n.º1, Portaria n.º 301/2008.

¹⁶ Art. 2.º, n.º2, Portaria n.º 301/2008.

Quadro 1 – Exemplo de lista de indicadores a contratualizar, na 1.ª fase 2006-2013

Área	Nome Indicador
Acesso	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família
	Taxa de utilização global de consultas médicas
	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos
	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos
Desempenho Assistencial	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada
	Proporção de hipertensos com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg
	Percentagem de diabéticos dos 18 aos 75 anos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres
	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre
	Proporção de crianças com 2 anos com PNV cumprido até ao segundo ano de vida
	Proporção de inscritos com idade maior ou igual a 14 anos com registo de hábitos tabágicos
	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias
	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
Eficiência	Custo médio de medicamentos faturados (PVP) por utilizador[1]
	Custo médio com MCDT faturados, por utilizador do SNS

Os incentivos financeiros, como referidos anteriormente, são atribuídos aos enfermeiros e ao pessoal administrativo em função dos resultados obtidos pela equipa profissional e detêm a natureza de prémios de desempenho¹⁷. A sua realização consistia na concretização de metas contratualizadas referentes a atividades decorrentes de vigilância de mulheres em planeamento familiar e grávidas, de vigilância de crianças do nascimento até ao segundo ano de vida, de vigilância de diabéticos e de hipertensos.

A ARS apurava os resultados finais da contratualização que determinam a atribuição de incentivos institucionais e financeiros. O apuramento destes era realizado segundo a métrica de avaliação e os critérios que constavam na Portaria n.º 301/2008, já anunciada.

A atribuição dos incentivos provia da elaboração, pela USF, de um relatório de atividades, focalizando nas metas dos indicadores contratualizados, e proposta de plano de aplicação de incentivos institucionais, que remetia ao Departamento de Contratualização da ARS respetiva até 15 de Fevereiro do ano seguinte àquele a que respeita. Depois a ARS comunicava à USF, até 28 de Fevereiro de cada ano, a decisão relativa à atribuição de incentivos. A ARS pode, se assim o entender, providenciar a realização de uma auditoria

¹⁷ Art. 3.º, n.º1, Portaria n.º 301/2008.

clínica para verificar o cumprimento das metas, que deve estar concluída até 15 de Março de cada ano¹⁸.

As USF que atingissem 90% da pontuação máxima possível em cada área, teriam direito à totalidade do referido incentivo. A atribuição do incentivo institucional implica que se obtenha a pontuação necessária nas quatro classes de indicadores simultaneamente, de modo a garantir que existe um equilíbrio no desempenho global da USF.

Caso existisse lugar à atribuição de incentivos financeiros, a ARS procedia, dentro de cada grupo profissional, à distribuição, efetuada em partes iguais por todos os elementos que o integrem, até 31 de Março de cada ano. Também até 31 de Março de cada ano, a ARS aprova o plano de aplicação de incentivos institucionais remetidos, ou negocia com a USF a sua aplicação em consonância com a estratégia regional de saúde¹⁹.

3.4.2. Presente

Passados cinco anos desde a publicação da Portaria n.º 301/2008, foi sentida pelo atual governo a necessidade de rever os critérios para a atribuição dos incentivos institucionais, por isso, foi publicada a Portaria n.º 377-A/2013, com as alterações realizadas.

As mudanças incidiram, por um lado, num índice global de desempenho, que consiste num valor apurado resultante da soma do grau de cumprimento ajustado de cada indicador, ponderado pelo respetivo peso relativo e por outro lado, um conjunto de novos indicadores de contratualização e de monitorização da atividade das USF, que permite abranger outras áreas e patologias, como as doenças respiratórias e de saúde mental, e reforçar o número de indicadores de resultado (ACSS, 2014). Neste contexto, incumbe à ARS acompanhar o processo de contratualização e arbitrar eventuais conflitos.

Como na anterior portaria, as equipas multiprofissionais das USF, têm acesso a uma componente variável da remuneração, denominada de incentivos, que consta da Carta de Compromisso, contratualizada anualmente e que é aferida pelo desempenho demonstrado em quatro áreas. Contudo, entre a USF e os ACES passaram a ser contratualizados 22 indicadores, da qual 12 indicadores são comuns a todas as USF, definidos a cada três anos

¹⁸ Art. 5.º, n.º1, 2 e 3, Portaria n.º 301/2008.

¹⁹ Art. 5.º, n.º4 e 5, Portaria n.º 301/2008.

pela ACSS em termos de acesso, desempenho assistencial, satisfação dos utentes e eficiência. Outros 4 indicadores selecionados a cada três anos pela ARS, comuns às respetivas USF da região de saúde, em termos de acesso e/ou desempenho assistencial, 2 indicadores serão selecionados a cada três anos pelos ACES, específicos para cada USF do ACES, em termos de acesso e/ou desempenho assistencial e 4 indicadores propostos pela USF para o triénio, em termos de acesso e/ou desempenho assistencial²⁰. Todos os indicadores poderão ser revistos anualmente pela ACSS, ouvidas as ordens profissionais, os sindicatos e as sociedades científicas. O quadro 2 expõe um exemplo dos indicadores contratualizados para 2014:

Quadro 2 - Exemplo de lista de indicadores a contratualizar em 2014

	ID	Nome Indicador
Nacional - ACSS	4	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos
	6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos
	20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90
	39	Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0 %
	47	Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabáxic.
	51	Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado
	52	Proporção MIF, com acompanhamento adequado em PF
	56	Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót.
	58	Proporção crianças 1 ano, c/ acompanham. adequado
	70	Despesa medic. prescritos, por utiliz. (PVP)
	71	Despesa MCDTs prescritos., por utiliz. (p. conv.)
ARS	23	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)
	25	Proporção de hipertensos, c/ acompanh. adequado
	43	Proporção DM c/ acompanham. adequado
	78	Proporção de utentes com diagnóstico DPOC
ACES	8	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)
	32	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A
USF	28	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido até 7A
	74	Proporção cons. méd. presenciais, com ICPC-2
	26	Proporção hipertensos >= 25A, c/ vacina tétano
	53	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool

²⁰ Art. 2.º, n.º1 e 2, Portaria n.º 377-A/2013.

Para cada indicador, e outros indicadores que venham a ser validados, há um bilhete de identidade com as regras de cálculo e demais especificações de registo que serão publicados pela ACSS. Quando em três anos consecutivos se atingir a meta contratualizada, com superação do valor de referência nacional, deve ser escolhido pelo ACES outro indicador, cujo único critério deve refletir uma área de melhoria e o mesmo na escolha pela USF.

Nos incentivos financeiros, permanece o regulamento seguido até então, incluindo atividades como, rastreios oncológicos, vacinação e acessibilidade, que não faziam parte das atividades exigidas na concretização das metas contratualizadas.

A publicação dos pesos dos indicadores nacionais, os critérios gerais para a definição das metas a contratualizar e o referencial das metas de cada indicador nacional para o processo de contratualização será até 15 de dezembro do ano anterior a que se refere²¹.

A USF elabora um relatório de atividades, com base nas metas dos indicadores contratualizados e pelos dados fornecidos automaticamente pelo sistema de informação, que remete para o diretor executivo do ACES, até 31 de março do ano seguinte àquele a que respeita, que, após parecer do conselho clínico e de saúde, submete à aprovação do conselho diretivo da ARS. A ARS e o ACES podem, se assim o entenderem, providenciar a realização de uma auditoria clínica para verificar o cumprimento das metas, que deve estar concluída até 15 de maio de cada ano, (art. 5.º, n.º2, Portaria n.º 377-A/2013).

Depois a ARS, por intermédio do ACES comunica à USF, até 15 de junho de cada ano, a decisão relativa à atribuição de incentivos. Caso haja lugar à atribuição de incentivos financeiros, a ARS, procede à sua entrega, aos profissionais até 15 de julho de cada ano. Se à atribuição de incentivos institucionais, a USF apresenta uma proposta de plano de aplicação de incentivos institucionais, que remete para o diretor executivo do ACES, até 15 de julho de cada ano, que, após parecer do conselho clínico e de saúde, submete à aprovação do conselho diretivo da ARS. Até 31 de julho de cada ano, a ARS, aprova o plano de aplicação de incentivos institucionais remetido ou negocia com a USF a sua aplicação em consonância com a estratégia regional de saúde, (art. 5.º, n.º3, 4, 5 e 6, Portaria n.º 377-A/2013).

²¹ Art. 4.º, n.º1, Portaria n.º 377-A/2013.

A avaliação dos resultados dos indicadores e a determinação do direito à atribuição de incentivos institucionais assenta no Índice de Desempenho Global (IDG) da USF, aferido pelos indicadores contratualizados.

Para determinação do IDG considera -se: o grau de cumprimento do indicador, que corresponde à percentagem de concretização da meta definida, e o grau de cumprimento ajustado do indicador, que corresponde ao grau de cumprimento do indicador, expandido por um limite superior e inferior, (anexo III, Portaria n.º 377-A/2013). Para determinar estes dois graus de cumprimento, com exceção de alguns indicadores, é trilhado os seguintes limites:

- Se o grau de cumprimento do indicador for inferior a 80%, o grau de cumprimento ajustado é igual a 0%;
- Se o grau de cumprimento do indicador for igual ou superior a 80% e igual ou inferior a 110%, o grau de cumprimento ajustado é igual ao próprio valor;
- Se o grau de cumprimento do indicador for superior a 110%, o grau de cumprimento ajustado é igual a 110%.

Os valores máximos dos incentivos institucionais a atribuir pelas USF, variam entre 9600 € e 20000 €, e seguem os seguintes critérios: sempre que o IDG apurado for inferior a 75%, não há lugar à atribuição de incentivos, e quando o IDG apurado ficar entre 75% e 100%, a atribuição de incentivos corresponde ao produto do IDG pelos valores máximos dos incentivos²².

3.4.3. Fontes de dados utilizadas

Para se chegar à concretização da fase final da contratualização, a avaliação, momento de prestação de contas mas também um momento de reflexão sobre o desempenho de todos os intervenientes no processo, é imprescindível para os Departamentos de Contratualização, e até mesmo para a monitorização do processo para as próprias USF, a recolha dos resultados junto das fontes.

²² Anexo IV, n.º2, Portaria n.º 377-A/2013.

A entidade que disponibiliza os dados utilizados para a avaliação da contratualização é a ACSS. Esta recolhe a informação inerente a cada indicador, através de um sistema de informação designado por Sistema de Informação da ARS (SIARS).

O SIARS é uma ferramenta de exploração e análise de dados. Tem por base os dados de sistemas de informação de produção e permite obter de forma simples indicadores e relatórios de gestão das respetivas USF.

Esta informação é disponibilizada para os Departamentos de Contratualização, como também para as USF, deste modo, estas conseguem ao longo do ano enquadrar os seus resultados e, se for necessário, ver se ainda precisam despende mais esforço para alcançar o que foi inicialmente negociado.

As USF também conseguem obter informação dos seus indicadores através do programa Performance, que está ligado com o programa MedicineOne, que é uma solução de gestão clínica integrada, centrada no utente e concebida para dar resposta às diferentes necessidades das Unidades de Saúde nacionais. O MedicineOne gere toda a informação clínica e administrativa dos utentes, promovendo uma boa colaboração entre os profissionais através de *workflows* de trabalho integrados, otimizando os processos e apoiando a prática clínica.

A possibilidade, das USF, obterem informação, referente aos resultados que vão atingindo progressivamente, de duas formas diferentes, gera por vezes alguma controvérsia, porque normalmente, os resultados dados por estes dois programas não coincidem, originando discrepâncias na informação. Esta situação levanta problemas, como a presença de erros na recolha de dados para o cálculo dos indicadores que inviabilizam todas as potenciais conclusões referentes aos mesmos. Sem dados corretos torna-se difícil negociar, monitorizar ou comparar adequadamente.

4. ESTÁGIO

4.1. Apresentação da unidade de acolhimento

A unidade de acolhimento, na qual realizei o estágio, foi a Unidade de Saúde Familiar CelaSaúde. É uma unidade funcional do ACES Baixo Mondego I, com autonomia organizativa, funcional e técnica, que presta cuidados de saúde a uma população de 15 425 utentes inscritos, tendo como objetivo final contratualizado 16 000 utentes. A estrutura etária dos utentes da USF, em 31 de Dezembro de 2013, era na maioria uma população adulta, contudo tinha uma proporção considerável de crianças e idosos, como é visível na figura seguinte:

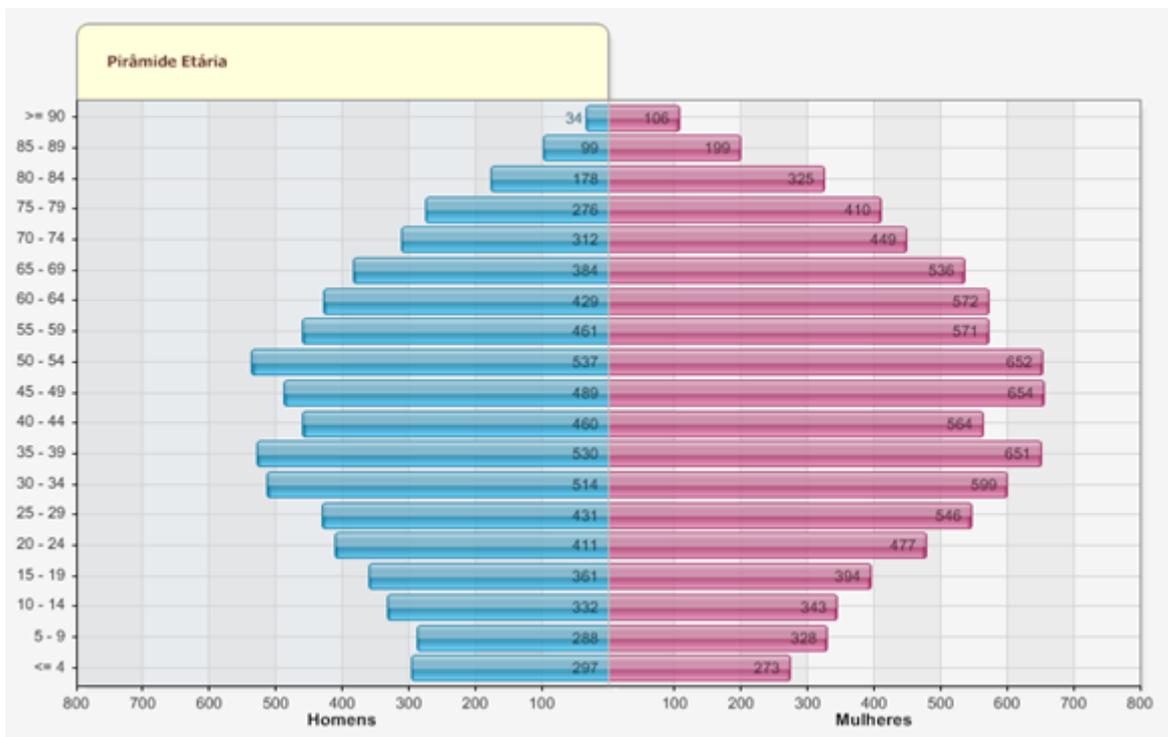


Figura 2- Pirâmide etária USF CelaSaúde, Dez 2013;

Fonte: USF CelaSaúde

É constituída por uma equipa de 24 profissionais, repartido por: 9 médicos, 9 enfermeiros e 7 administrativos, que visam a prestação de cuidados assistenciais efetivos privilegiando a acessibilidade e a aceitabilidade, a intervenção a nível da comunidade, as atividades de investigação e formação e satisfação dos utentes e dos profissionais.

A USF iniciou atividade em 23 de Novembro 2009 em Modelo A, atualmente já se encontra no Modelo B, com início a 1 de Setembro de 2013.

4.2. Objetivos do estágio curricular e apresentação das atividades realizadas

O estágio na USF CelaSaúde, apresentava como objetivos gerais: elaboração de projetos, melhoria do sistema de informação, utilização do sistema de informação/comunicação com os utentes, análise do sistema de produção e recursos humanos, candidatura a projetos e acreditação. Estes objetivos foram traçados previamente de forma genérica entre o Gabinete de Saídas Profissionais e a unidade de acolhimento.

Ao longo do estágio estes objectivos gerais foram redefinidos tendo desenvolvido as seguintes actividades: acreditação, contratualização e sistema de avaliação dos profissionais.

4.2.1. Acreditação

Iniciei o estágio com a realização de atividades dentro da acreditação. A acreditação é o reconhecimento formal por um organismo independente especializado em normas técnicas daquele setor de que uma instituição atende a requisitos previamente definidos e demonstra ser competente para realizar suas atividades com segurança. É um processo complexo, em que pode durar de um a três anos para obter o certificado e que acompanha o seguinte enquadramento legal:

- Decreto-Lei nº 234/2008²³ - Confere à Direção Geral de Saúde (DGS) competências para planear e programar a política nacional para a qualidade no sistema de saúde;

²³ Decreto-Lei nº 234/2008 de 2 de Dezembro de 2008. Primeira alteração aos Decretos-Leis n.º 212/2006, de 27 de Outubro, que aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, e 219/2007, de 29 de Maio, que aprova a orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., transferindo as competências atribuídas à Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., em matéria de qualidade, para a Direcção-Geral da Saúde e fixando a forma de extinção da estrutura de missão Parcerias. Saúde, criada pela Resolução

- Portaria n.º 155/2009²⁴- Cria o Departamento da Qualidade na Saúde;
- Despacho n.º 14223/2009²⁵- Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde;
- Despacho n.º 69/2009²⁶- Aprova o Modelo de Acreditação, como modelo oficial e nacional de acreditação das instituições de saúde.

Todos os Programas de Acreditação, que em conjunto irão constituir o Programa Nacional de Acreditação em Saúde (acreditação de unidades de saúde, acreditação de competências, acreditação da formação contínua, acreditação de páginas web), têm uma estrutura comum (figura 3) e cobrem as mesmas áreas-chave de gestão da qualidade, às quais correspondem cinco blocos padrão, em que cada um respeita a um determinado conjunto de objetivos.

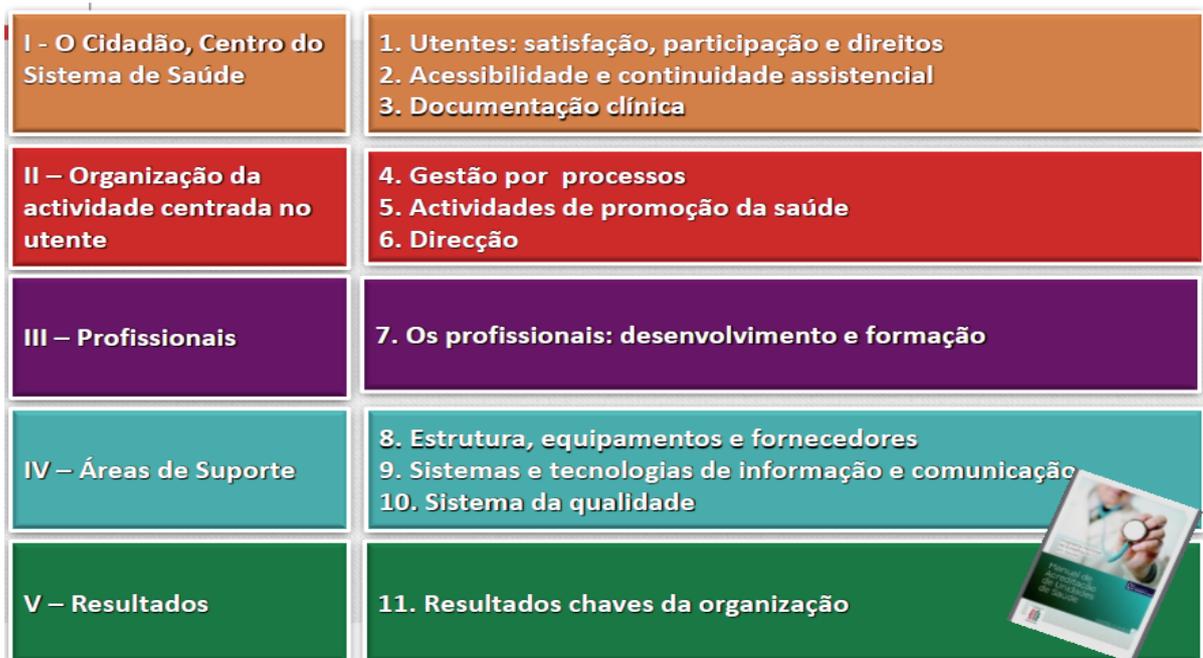


Figura 3: Programa Nacional de Acreditação em Saúde; Fonte: DGS

do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de Novembro, cujo prazo de vigência foi prorrogado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2004, de 1 de Julho.

²⁴ Portaria n.º 155/2009, de 10 de Fevereiro de 2009. Altera as Portarias n.º 644/2007, de 30 de Maio, que estabelece a estrutura nuclear da Direcção-Geral da Saúde e as competências das respetivas unidades orgânicas, 646/2007, de 30 de Maio, que aprova os Estatutos da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., e 660/2007, de 30 de Maio, que fixa o número máximo de unidades orgânicas flexíveis e a dotação máxima de chefes de equipas multidisciplinares da Direcção-Geral da Saúde.

²⁵ Despacho n.º 14223/2009, de 24 de Junho de 2009. Procedeu à aprovação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

²⁶ Despacho n.º 69/2009, de 31 de Agosto de 2009. Modelo de Acreditação ACSA (Andaluzia) como modelo oficial e nacional de acreditação das instituições de saúde portuguesas.

Desta forma, debrucei-me sobre o manual de acreditação onde são explicados todos os procedimentos necessário para este exercício e as competências necessárias para atingir a acreditação com sucesso. Assim, conforme os cinco blocos padrão e respetivos sub-blocos analisei cada um tentando saber: primeiro, o que pretendiam; segundo, que objetivos tinham que ser cumpridos; terceiro, se a USF já alcançava o requisito, e por fim se a USF já adquiria o requisito exigido era necessário arquivar, junto do bloco a que dizia respeito, caso contrário, era necessário cria-la.

Logicamente este é um processo demorado, pormenorizado e complexo, de forma a responder à lista imensa de requisitos exigidos. Para tal, é predefinido as fases do Modelo de Acreditação, onde:

- **Primeira fase – Preparação:** candidatura, designação da equipa avaliadora e uma visita de apresentação;
- **Segunda fase – Enfoque Interno:** autoavaliação, registo do resultado da autoavaliação e plano de melhoria interno;
- **Terceira fase – Enfoque Externo:** avaliação Externa e relatório da avaliação;
- **Quarta fase – Acompanhamento:** auto-avaliação de acompanhamento e posterior informação da avaliação de acompanhamento.

A unidade que se quer acreditar tem de demonstrar como respeita os direitos dos doentes e familiares, aborda e implementa os processos assistenciais, regista/organiza o processo e a documentação clínica, promove o uso racional de medicamentos e tecnologias, assegura a gestão das competências profissionais, gere os seus processos de suporte e de segurança e como faz o levantamento de riscos e trata o risco clínico. É da mesma importância a unidade respeitar a privacidade e a confidencialidade dos dados, garantir instalações e recursos adequados e seguros, assegurar a manutenção dos equipamentos e controlo de fornecedores e avaliar os resultados do seu desempenho e os comunicar.

Em suma, o Modelo de Acreditação assume inúmeras vantagens, para os utentes e a USF, nomeadamente: a melhoria da segurança para os pacientes e profissionais, o aumento da qualidade da assistência, a construção de equipa e melhoria contínua, a definição de

critérios e objetivos concretos adaptados à realidade portuguesa e o caminho para a melhoria contínua.

4.2.2. Contratualização

Posteriormente, trabalhei na totalidade do processo de contratualização da USF CelaSaúde, despertando-me o interesse para a realização, mais conceptual, do tema principal associado a este relatório de estágio.

A primeira etapa deste trabalho, exigiu uma pesquisa e estudo para saber do que se tratava e como era o processo de execução da contratualização. Foi também necessário conhecer a área dos CSP e compreender qual foi a sua evolução ao longo dos tempos, como é apresentado no ponto 2 deste relatório. Como também, entender quais os princípios gerais da contratualização e a sua trajetória em Portugal, que desenvolvi no ponto 3 do relatório.

Depois de apreender os conhecimentos básicos, comecei a recolher informação relativa aos anos anteriores, de forma a ter a perceção do histórico, para auxiliar na conceção da contratualização do presente ano e tratamento desta mesma informação.

Após, a consolidação da informação e o conhecimento de quais seriam os indicadores a contratualizar, passei por uma fase de simulação dos dados, testando quais seriam as melhores metas a negociar para a USF, tendo em conta os resultados que vinham a atingir e a metodologia a aplicar. No entanto, até chegar às metas que seriam mais confortáveis para a USF, realizei várias simulações, como por exemplo estipular os intervalos possíveis de oscilação para as metas a propor ao ACES, ou seja, achar os valores mínimos aceitáveis para as metas e os possíveis valores máximos para as metas, que a USF sustentasse.

Nesta sequência, simulou-se quais os resultados mínimos obrigatórios dos indicadores (anexo IV) para a unidade atingir incentivos, segundo os intervalos possíveis para as metas. E, posteriormente, proceder à recolha dos melhores indicadores, à exceção dos que já estavam predefinidos para a USF e escolher quatro para incluir com os restantes na contratualização, como é explicado no ponto 3.4.2. deste relatório.

Seguidamente, apresentei para todos os profissionais da USF, qual seria a estrutura da contratualização para o corrente ano, expus as simulações efetuadas, e mostrei a lista dos

melhores indicadores, para que todos os profissionais da USF, em consenso, procedessem à escolha.

Realizada a escolha dos indicadores eleitos pela própria USF e já realizada a negociação, da USF com o ACES e deste com a ARS, como é explicado em detalhe, este processo de contratualização interna e externa, no ponto 3.3., foi efetuada uma reunião com todos os profissionais para mostrar as conclusões estabelecidas na negociação feita com o ACES. Nesta reunião foi também exposto qual a regra de cálculo correspondente a cada indicador contratualizado e os critérios que cada um precisa obedecer para serem contabilizados corretamente e assim contribuir para bons resultados da USF.

Numa fase final, acompanhei os dados que a USF foi registando nos primeiros meses e informando cada profissional da sua posição individual e da colocação da unidade em geral permitindo compreender como estava a evoluir o desempenho, quer da unidade quer o de cada profissional, e o que se tornava necessário fazer para melhorar gradualmente os resultados por forma a atingir os valores contratualizados.

4.2.3. Avaliação de desempenho

Finalmente, dediquei-me ao Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na AP (SIADAP), suportado pela Lei n.º 66-B/2007²⁷. O SIADAP aplica-se ao desempenho dos serviços públicos, dos respetivos dirigentes e demais trabalhadores. Este sistema integra três componentes:

- O Subsistema de Avaliação do Desempenho dos Serviços da AP (SIADAP 1);
- O Subsistema de Avaliação do Desempenho dos Dirigentes da AP (SIADAP 2);
- O Subsistema de Avaliação do Desempenho dos Trabalhadores da AP (SIADAP 3).

Segundo a Direção Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP), o SIADAP assenta numa conceção de gestão dos serviços públicos centrada em objetivos. Neste sentido, na avaliação dos serviços, dos dirigentes e demais trabalhadores assumem um

²⁷ Lei n.º 66-B/2007, de 28 de Dezembro de 2007. Estabelece o sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na administração pública (SIADAP).

papel central nos resultados obtidos em relação aos objetivos previamente fixados. Os resultados devem ser medidos mediante indicadores previamente fixados que permitam, entre outros, a transparência e imparcialidade e a prevenção da discricionariedade.

O sistema de avaliação dos serviços públicos (SIADAP 1) visa reforçar na AP uma cultura de avaliação e responsabilização, vincada pela publicitação dos objetivos dos serviços e dos resultados obtidos, em estreita articulação com o ciclo de gestão. A avaliação é feita com base nos parâmetros de eficácia, eficiência e qualidade. Esta avaliação é anual, através da autoavaliação e da heteroavaliação. A autoavaliação é obrigatória, evidenciando os resultados alcançados e os desvios verificados de acordo com o Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR), sendo parte integrante do relatório anual de atividades efetuado pelos serviços.

A avaliação global dos dirigentes da AP (SIADAP 2) é feita no fim das comissões de serviço, sendo que anualmente se proceda a uma monitorização intercalar. A avaliação dos dirigentes não produz efeitos na sua carreira de origem.

O sistema de avaliação dos trabalhadores (SIADAP 3) consagra prioridades como: fixação de objetivos individuais, identificação do potencial de evolução dos trabalhadores, diagnóstico de necessidades de formação e de melhoria dos postos e processos de trabalho e reforçar a intervenção dos trabalhadores no processo de fixação de objetivos e de avaliação dos serviços.

No estágio analisei principalmente o sistema de avaliação dos trabalhadores, em particular na avaliação referente aos médicos. Atendendo às especificidades da carreira médica, houve necessidade de adaptar o SIADAP, com vista a garantir a qualidade do serviço prestado e a melhoria das práticas profissionais. Por conseguinte, a Portaria n.º 209/2011²⁸ procede à adaptação do subsistema de avaliação do desempenho dos trabalhadores da AP (SIADAP 3), aprovado pela Lei n.º 66 -B/2007²⁹, a trabalhadores integrados na carreira especial médica.

²⁸ Portaria n.º 209/2011, de 25 de Maio de 2011. Procede à adaptação do subsistema de avaliação do desempenho dos trabalhadores da Administração Pública (SIADAP 3) a trabalhadores integrados na carreira especial médica.

²⁹ Lei n.º 66-B/2007, de 28 de Dezembro de 2007. Estabelece o sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na administração pública (SIADAP).

Conforme a DGAEP, a avaliação do desempenho dos trabalhadores é efetuada com base nos parâmetros de resultados e competências. Os resultados são fixados, bienalmente (Despacho n.º 4085-A/2014³⁰), um mínimo de três e um máximo de sete objetivos para cada trabalhador, sendo que para cada objetivo deve ser estabelecido o indicador de medida de desempenho. As competências são escolhidas de entre as constantes da lista aprovada para o respetivo grupo profissional (Portaria n.º 359/2013³¹) em número não inferior a cinco para cada trabalhador.

Como referido anteriormente, debrucei-me principalmente no sistema de avaliação para os médicos, e como este até então nunca foi exercido, coube-me a tarefa de investigação sobre este sistema. Onde recaiu, nomeadamente, na análise dos documentos imitados pelo Ministério da Saúde e pela ACSS, e na organização de uma síntese exibida, posteriormente, em reunião, para os profissionais interessados.

4.3. Análise crítica do estágio

Ao longo da minha permanência na USF CelaSaúde foi-me dada a possibilidade de ter um papel ativo de modo a conhecer o seu funcionamento e quais as funções que lhes estão inerentes. Igualmente, permitiu-me estudar o processo de mudança recente na metodologia aplicada na contratualização nos CSP, Deste modo, durante o processo de contratualização realizei as simulações descritas no ponto 4.2.2 e, posteriormente, observei e comparei os resultados gerados com a transição da anterior metodologia para a atualmente em vigor.

Desta forma, simulei os resultados obtidos para os dois casos em estudo, no caso dos incentivos institucionais, utilizando os resultados de 2013 e as metas propostas de 2013 e os resultados provisório de 2014 e as metas de 2014, assinaladas na USF CelaSaúde, e os critérios de atribuição dos incentivos institucionais e financeiros e métricas de avaliação das metas contratualizadas, segundo a Portaria n.º 301/2008 e a Portaria n.º 377-A/2013.

³⁰ Despacho n.º 4085-A/2014, de 17 de Março de 2014. Estabelece o cronograma e disposições adicionais para a implementação da avaliação do desempenho dos trabalhadores da Administração Pública (SIADAP 3) a trabalhadores integrados na carreira especial médica no biénio 2013/2014.

³¹ Portaria n.º 359/2013, de 31 de dezembro de 2013. Aprova os modelos de fichas de autoavaliação e avaliação do desempenho na Administração Pública, as listas de competências e revoga a Portaria n.º 1633/2007, de 31 de dezembro.

4.3.1. Metodologia de contratualização praticada entre 2006 e 2013

Neste caso, para a obtenção dos resultados consideramos a Portaria n.º 301/2008, utilizando os resultados conseguidos em 2013 e as metas que foram contratualizadas no mesmo ano, (anexo I).

Para cada indicador foi calculado o grau de cumprimento, em relação à meta contratualizada, que corresponde à percentagem de concretização da meta definida. Calcula-se mediante a divisão entre o resultado e a meta respetiva, originando um valor expresso em percentagem. Com a existência de um limite inferior e superior, temos o seguinte:

- Se o grau de cumprimento for inferior ao limite inferior o resultado ajustado será 0;
- Se o grau de cumprimento estiver entre os limite inferior e exterior o resultado ajustado é 1;
- Se o grau de cumprimento for superior ao limite superior o resultado ajustado é 2.

O apuramento dos incentivos institucionais é realizado através do somatório dos resultados ajustados de todos os indicadores e segue a métrica de avaliação em que, se a pontuação for superior a 90% da pontuação máxima necessária (30 pontos), há atribuição de incentivos institucionais.

Deste modo, para receber os incentivos a unidade deveria ter 27 pontos no total dos resultados ajustados, mas a pontuação encontrada foi de 16 pontos, logo não receberia incentivo institucionais.

Uma possível razão para a pontuação encontrada, aponta para transição que ocorreu na USF, em setembro, de USF Modelo A para Modelo B, que pode ter afetado nos resultados alcançados. Outra explicação, poderá estar relacionada com o empenho profissional e na comunicação efetiva entre os diversos grupos de profissionais envolvidos na prestação de cuidados.

Também, a elevada ponderação dada aos indicadores de eficiência relativamente aos outros indicadores, devido à sua importância para a sustentabilidade do SNS, pode

induzir más práticas, nomeadamente, ao obrigar equipas que obtêm uma pontuação muito baixa a diminuir ainda mais esta pontuação. Logo, é necessário apelar à flexibilidade e bom senso na discussão das metas dos indicadores.

4.3.2. Metodologia de contratualização atual, com resultados de 2013

Agora, o cálculo é feito de acordo com a Portaria n.º 377-A/2013 e com os valores registados, para cada indicador, em 2013 e as metas contratualizadas para 2014, (anexo II).

Segundo esta nova metodologia, é calculado o grau de cumprimento para cada indicador, em relação à meta contratualizada (rácio entre o resultado e meta contratualizada), e juntamente o resultado ajustado do indicador. Este resultado ajustado corresponde ao grau de cumprimento do indicador, delimitado por um limite superior e inferior. Estes limites destinam-se a que, por um lado, apenas contribuam para a pontuação que determina a atribuição de incentivos, indicadores com graus de cumprimento elevado, a partir de determinado nível, e por outro, impedir que níveis de concretização muito positivos ou muito negativos, que podem ser resultados de metas desadequadas ou de fatores imprevisíveis, possam afetar de forma determinante a pontuação final. Os limites inferior e superior e o método de atribuição do resultado ajustado é o seguinte:

- Se o grau de cumprimento for inferior ao limite inferior o resultado ajustado é 0;
- Se o grau de cumprimento estiver entre o limite inferior e o limite superior o resultado ajustado é o próprio valor;
- Se o grau de cumprimento for superior ao limite superior o resultado ajustado é igual ao limite superior.

Posteriormente, temos em conta a ponderação atribuída a cada indicador. Esta ponderação estabelece a importância relativa de cada indicador para o cálculo do IDG. A ponderação correlaciona-se com o volume de trabalho subjacente à atividade monitorizada por cada indicador e com a importância dessa atividade para a melhoria do nível de saúde dos utentes.

Finalmente encontra-se o valor do IDG que corresponde à soma das ponderações do resultado ajustado de cada indicador, na qual resulta a atribuição dos incentivos institucionais se este ficar entre 75% e 100%, caso for inferior a 75% não obtém incentivos institucionais.

Tendo em conta o IDG atingido, de 45,58%, não seriam atribuídos incentivos institucionais. Como justificação, aplico as mesmas razões alegadas no ponto anterior e ainda acrescento a possibilidade de lapsos no preenchimento dos campos durante as consultas, no programa Mediceone, correspondentes a todos os itens que são necessários para a observância correta do indicador, gerando potencialmente desajustes nos resultados finais. Esta última explicação revela a necessidade da consciencialização dos profissionais para efectuarem de forma correcta o registo de todos os elementos necessários.

Também, não podemos esquecer, dos fatores não controláveis pela própria USF, tais como, a não comparência dos utentes nas consultas, por longos períodos de tempos. Estes casos, acontecem principalmente com utentes recém-nascidos e grávidas, contudo não são os únicos, visto que, muitas das vezes são seguidos na maternidade ou no privado e não comparecem na USF, no entanto eles são contabilizados como utentes inscritos na USF, mas como não respeitam aos critérios exigidos para o cálculo do indicador acabam prejudicando os resultados finais da USF.

4.3.3. Metodologia de contratualização atual, com resultados de 2014

Nesta situação, o processo de cálculo é igual ao do ponto 4.3.2., simplesmente agora, serão utilizados os resultados parciais registados até Março de 2014, para as metas contratualizadas em 2014, em conformidade com a Portaria n.º 377-A/2013, (anexo III).

Tendo em conta o IDG calculado, de 40,53%, mais uma vez, não seriam atribuídos incentivos institucionais.

Prováveis explicações, para que neste caso específico, o resultado encontrado não fosse o pretendido, devem-se a irregularidades e atrasos na divulgação dos resultados, facultados pelo SIARS, algo que inviabiliza o cumprimento dos objetivos traçados pelo USF, uma vez que, a não divulgação atempada e periódica da informação sobre o estado do

cumprimento das metas contratualizadas, impossibilita o acompanhamento do estado de desenvolvimento da USF, até ao momento.

4.3.4. Comparação de resultados

Após a comparação dos resultados obtidos nos pontos anteriores (4.3.1. a 4.3.3.) é possível concluir que, independentemente dos cenários, a USF não atingia os parâmetros exigidos para a atribuição de incentivos institucionais, como é visível no quadro seguinte:

Quadro 3 - Comparação de Resultados

	4.2.1. Metodologia de contratualização praticada entre 2006 e 2013	4.2.2. Metodologia de contratualização atual, com resultados de 2013	4.2.3. Metodologia de contratualização atual, com resultados de 2014
Pontuação do Resultado ajustado / IDG	16 pontos	45,58%	40,53%
Atribuição de Incentivo se:	> 27 pontos	[75;100]%	[75;100]%
Cumprimento	Não cumpriu	Não cumpriu	Não cumpriu

Contudo, a análise da atual metodologia de contratualização é precoce, uma vez que, esta somente está em vigor desde 30 de dezembro de 2013, e é uma fase de iniciação e adaptação para as USF. Principalmente para a USF em questão, uma vez que, somente está em Modelo B há menos de um ano, e por isso é o primeiro contato com esta metodologia.

Outra razão, que impede a obtenção de melhores resultados, conta, em grande medida, com a deficiência e insuficiência dos sistemas de informação subjacentes. Esta

questão enfatiza o debatido no ponto 3.4.3, sobre a discrepância encontrada nos resultados obtidos pelos sistemas de informação, disponíveis pelas USF, na recolha dos dados referentes aos indicadores contratualizados, podendo gerar incorreções ou más escolhas na altura da negociação.

Porém, prevê-se, que após a integração nos novos critérios, as USF passarão a ter melhores resultados no longo prazo nomeadamente a redução dos seus custos, o que foi, para além da melhoria na prestação dos CSP, uma das causas marcantes para esta revisão de metodologia de contratualização nos CSP.

Esta melhoria para os resultados, no longo prazo, justifica-se no confronto entre os valores do IDG, para a metodologia de contratualização atual, com resultados de 2013 em comparação com a metodologia de contratualização atual, com resultados de março 2014.

Ora observando os resultados do ano 2013, concluiu-se com um IDG de 45, 58%, uma vez que, em março de 2014 o resultado encontrado já foi de 40,53%, muito próximo do resultado obtido em 2013. Se com a metodologia de contratualização atual, já se registou uma percentagem de 40,53%, no IDG, e somente foi contabilizado os primeiros três meses, deste ano de contratualização, se ao longo do ano esperar-se um crescimento progressivo é de acreditar que no final do ano de 2014 os resultados sejam consideravelmente melhores aos anteriores, mesmo que, exista a eventualidade, de não serem suficientes para atingir os incentivos institucionais.

Esta melhoria de resultados só será possível se existir uma monitorização rigorosa por parte da USF relativamente aos resultados que vai obtendo ao longo do ano, porque assim prevê qual poderá ser a sua situação no final do ano. Simultaneamente, é importante estimular o empenho de todos os profissionais, porque a união, o trabalho em equipa e a partilha de valores comuns ajudarão a alcançar o objetivo pretendido.

CONCLUSÃO

No âmbito deste relatório de estágio, realça-se a base motivadora para o desenvolvimento do sistema de saúde, sendo esta as reformas registadas nos CSP, com maior foco a partir de 2005. Destacam-se como elementos fundamentais a constituição de USF, a criação de ACES, a introdução de novo modelo de gestão, a instituição de governação clínica e reorganização dos serviços de suporte e a desativação das SRS.

Juntamente com as reformas nos CSP, ressurgiu a contratualização nos CSP, projetando uma nova forma de distribuição de recursos financeiros públicos, tendo presente os princípios básicos para a sustentabilidade do sistema de saúde.

Em Portugal é a partir de 2005 que a contratualização ganha um novo impulso, com a introdução de indicadores de eficiência, e qualidade e posteriormente com a reestruturação das ARS, a expansão das USF e a formação dos ACES.

Ou seja, a contratualização foi um processo de evolução contínua e com vários aperfeiçoamentos, impondo níveis adequados de exigências e responsabilidade aos prestadores de saúde e simultaneamente criando ambientes de trabalho mais motivadores.

A metodologia da contratualização nos CSP foi uma das vertentes em que as mudanças se sentiram com maior repercussão. Contudo, considera-se que a metodologia de incentivos pode ser um instrumento de gestão eficiente, podendo ser até imperativo. Expõe uma definição clara de objetivos, indicadores e critérios de inclusão dos profissionais a incentivar e a necessidade de monitorização efetiva, nomeadamente com recurso a sistemas de informação integrados

Concluiu-se que, apesar das alterações metodológicas, para os incentivos institucionais, em algumas USF, a atribuição de incentivos não mudaria. Contudo, é necessário a perceção de fatores como a maturidade da USF e em que tipo de população está inserida a quando da negociação das metas.

Em suma, a contratualização nos CSP é um instrumento fundamental para a prática de uma boa gestão em saúde, assegurando o necessário financiamento público dos prestadores, mas também eliminando o hiato entre o estado de saúde e o estado de saúde desejável da população. Contudo, não pode deixar de estar contextualizada com a maturidade das unidades com quem é celebrada, com a fiabilidade dos sistemas de

informação e com o contexto de austeridade, em que se olha sobretudo para o curto prazo procurando diminuir custos, que o país atravessa. Ao existir este desfasamento, mais do que um instrumento fundamental para o desenvolvimento do sistema de saúde, poderá tornar-se um instrumento penalizador para as unidades.

A concretização do estágio curricular, na USF CelaSaúde, facultou-me um enriquecimento a nível pessoal e profissional. Similarmente, proporcionou-me a oportunidade de ter um primeiro contacto com o mercado de trabalho, pois desta forma complemento e aprofundo os conhecimentos obtidos ao longo do tempo de estudo na faculdade, ligando-os ao mundo profissional. Para tal, utilizei, o aproveitamento alcançado nas áreas como, Microeconomia, Macroeconomia, Economia da Informação, Módulo de Informática, Direito Economico, Introdução à Gestão e Economia da Saúde.

Com o estágio, consegui uma visão mais ampla sua o que é a saúde, em peculiar os CSP, qual a estrutura e organização do SNS, conheci alguns dos seus problemas, do funcionamento das unidades prestadores de cuidados de saúde e de muitas atividades que lhes são exigidas e que a maioria das pessoas que usufruem deste serviço não têm ideia, mas que são da máxima importância para o bom funcionamento do SNS.

BIBLIOGRAFIA

- ACSS, (2014). *Operacionalização da Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no ano de 2014*.
- Afonso, P. B. (2010). *Contratualização em ambiente de Cuidados de Saúde Primários*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. 9, 59-64.
- Department Of Health (1998) *The new NHS: modern, dependable*. London, Stationery Office.
- Escoval, Ana, (2003). *Evolução da Administração Pública da Saúde: o papel da contratualização fatores crítica do contexto português*, Tese para obtenção do grau de doutor em organização e gestão de Empresas, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE).
- Escoval, A. (2010). *O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996 -2005)*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. 9, 7-24.
- Escoval, A., Ribeiro, R.S., Matos, T. T. (2010). *A contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o contexto internacional*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. 9, 41-57.
- Ferreira, A. S., Escoval, A., Lourenço, A., Matos, T. & Ribeiro, R. (2010) *A contratualização de cuidados de saúde*. IN Simões, J. (Ed.), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - um percurso comentado*. Coimbra, Almedina.
- Freitas, P, Escoval, A, (2010). *A transparência na contratualização em saúde e o papel dos cidadãos*, Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. 9, 129-139.
- Jesuíno, J.C. (2010). *Acordos negociados*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. 9, 65-72.
- Matos, T.T., Ferreira, A.C., Lourenço, A., Escoval, A. (2010). *Contratualização interna vs. Contratualização externa*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. 9, 161-180.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde, (2006), *Relatório de Primavera 2006. Um ano de governação em Saúde: sentidos e significados*., mar da palavra, 31-56.
- Organização Mundial de Saúde, (2008). *Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca*, Relatório Mundial de Saúde 2008, XI-XIX.

- Pisco, L. (2007). *A Reforma dos cuidados de Saúde Primários*. Caderno de Economia, n.º 80, 60-66.
- Saltman, R. B. and Figueras, J. (eds.) (1997) *European Health Care Reform - Analysis of Current Strategies*, Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Saltman, R. B. and Figueras, J. (1998) "Analyzing the evidence on European health care reforms". *Health Affairs*, 17, pp 85-108.
- Scally, G. & Donaldson, L. J. (1998) *Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England*. *British Medical Journal*, 317(7150), 61-65.
- Starey, N. (2003) What is clinical governance?
- Tomás, A, Moreira, P.K, (2010). *Incentivos em Saúde: em busca de um modelo para Portugal*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 9, 73-94.
- WHO, (1996) *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care*.
- WHO (1998) *Health Promotion Glossary*. Geneva, World Health Organization.
- WHO, (2006) *The world health report 2006: working together for health*. World Health Organization.

LEGISLAÇÃO

Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de Agosto de 1997. Estabelece normas sobre os incentivos a conceder às empresas no âmbito do regime de Apoio à Realização de Estratégias Empresariais Integradas.

Despacho Normativo n.º 61/99, de 12 de Novembro de 1999. Altera o Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de Agosto, que estabelece as orientações relativas à instalação e funcionamento das agências de acompanhamento dos serviços de saúde junto das administrações regionais de saúde.

Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, de 22 de Setembro de 2005, publicada em Diário da Republica a 12 de Outubro, Determina a criação de uma estrutura de missão para a reforma dos cuidados de saúde primários.

Despacho n.º 22250/2005, de 25 de Outubro de 2005. Determina que até ao final do mês de Outubro cada hospital proceda à análise/negociação interna da sua atividade para 2006 e cria um grupo de trabalho por forma a garantir que o processo estabelecido decorra de forma articulada.

Despacho n.º 721/2006, de 11 de Janeiro de 2006. Aprova as cláusulas contratuais gerais dos contratos-programa a celebrar entre o Ministério da Saúde e as unidades de saúde integradas no sector empresarial do Estado para pagamento de atos e atividades.

Decreto – Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto de 2007. Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B.

Lei n.º 66-B/2007, de 28 de Dezembro de 2007. Estabelece o sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na administração pública (SIADAP).

Portaria n.º301/2008, de 18 de Abril de 2008. Regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às unidades de saúde familiar (USF) e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efetividade e qualidade dos cuidados prestados.

Decreto-Lei nº 234/2008 de 2 de Dezembro de 2008. Primeira alteração aos Decretos-Leis n.º 212/2006, de 27 de Outubro, que aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde,

e 219/2007, de 29 de Maio, que aprova a orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., transferindo as competências atribuídas à Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., em matéria de qualidade, para a Direcção-Geral da Saúde e fixando a forma de extinção da estrutura de missão Parcerias. Saúde, criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de Novembro, cujo prazo de vigência foi prorrogado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2004, de 1 de Julho.

Portaria n.º 155/2009, de 10 de Fevereiro de 2009. Altera as Portarias n.º 644/2007, de 30 de Maio, que estabelece a estrutura nuclear da Direcção-Geral da Saúde e as competências das respetivas unidades orgânicas, 646/2007, de 30 de Maio, que aprova os Estatutos da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., e 660/2007, de 30 de Maio, que fixa o número máximo de unidades orgânicas flexíveis e a dotação máxima de chefes de equipas multidisciplinares da Direcção-Geral da Saúde.

Despacho n.º 14223/2009, de 24 de Junho de 2009. Procede à aprovação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

Despacho n.º 69/2009, de 31 de Agosto de 2009. Modelo de Acreditação ACSA (Andaluzia) como modelo oficial e nacional de acreditação das instituições de saúde portuguesas.

Portaria n.º 209/2011, de 25 de Maio de 2011. Procede à adaptação do subsistema de avaliação do desempenho dos trabalhadores da Administração Pública (SIADAP 3) a trabalhadores integrados na carreira especial médica.

Despacho n.º 12876/2012, de 1 de Outubro de 2012, Constitui um grupo de trabalho com o objetivo de analisar as condições de abertura do modelo C de USF, a título experimental, ao sector social e cooperativo.

Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de Dezembro de 2013, Primeira alteração à Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril que regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às unidades de saúde familiar (USF) e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efetividade e qualidade dos cuidados prestados.

Portaria n.º 359/2013, de 31 de dezembro de 2013. Aprova os modelos de fichas de autoavaliação e avaliação do desempenho na Administração Pública, as listas de competências e revoga a Portaria n.º 1633/2007, de 31 de dezembro.

Despacho n.º 4085-A/2014, de 17 de Março de 2014. Estabelece o cronograma e disposições adicionais para a implementação da avaliação do desempenho dos trabalhadores da Administração Pública (SIADAP 3) a trabalhadores integrados na carreira especial médica no biénio 2013/2014.

ANEXOS

Anexo I: Indicadores - Atribuição de incentivos institucionais, Portaria n.º 30172008, 18 de abril

Área	Nome Indicador	Resultado USF 2013	Metas propostas 2013	Grau cumprimento %	Lim. Inf.	Lim. Sup.	Result. Ajust.
Acesso	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	91,62	85	108	80	90	2
	Taxa de utilização global de consultas médicas	56,26	68	83	80	90	1
	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	27,94	20	140	80	90	2
	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	161,32	145	111	80	90	2
	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada	42,72	50	85	80	90	1
	Proporção de hipertensos com idade inferior a 65 a nos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	57,62	52	111	80	90	2
Desempenho Assistencial	Percentagem de diabéticos dos 18 aos 75 anos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que a branjam os 2 semestres	68,39	75	91	80	90	2
	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre	68,97	85	81	80	90	1
	Proporção de crianças com 2 anos com PNV cumprido até ao segundo ano de vida	94,22	98	96	80	90	2
	Proporção de inscritos com idade maior ou igual a 14 anos com registo de hábitos tabágicos	95,8	50	192	80	90	2
	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	87,4	91	96	80	90	2
	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	83,64	85	98	80	90	2
Eficiência	Custo médio de medicamentos faturados (PVP) por utilizador[1]	142,69	138,7	103	100	105	1
	Custo médio com MCDT faturados, por utilizador do SNS	48,32	47,5	102	100	105	1
			Média	106		Pontuação	16

Fonte: USF CelaSaúde

Anexo II - Indicadores - Atribuição de incentivos institucionais, com resultados 2013, Portaria n.º 377-A/2013, 30 de dezembro

ID	Nome Indicador	Resultad	Meta	Grau de cumprimento %	Lim. Inf.	Lim. Sup.	Result. Ajust.	P. Corrigida	ID
		o 2013	2014						
4	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos	161,32	155	104	80	110	104	3,0%	3,12%
6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	80,22	91	88	95	105	0	4,5%	0,00%
20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	52,09	63,6	82	80	110	82	3,0%	2,46%
39	Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0%	53,74	65,6	82	80	110	82	3,0%	2,46%
47	Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	57,61	64,9	89	80	110	89	2,5%	2,22%
51	Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado	14,75	18,7	79	80	110	0	4,5%	0,00%
52	Proporção MIIF, com acompanhamento adequado em PF	30,34	39	78	80	110	0	5,0%	0,00%
56	Proporção idosos, sem ansíol. / sedat. / hipnót.	56,98	60	95	80	110	95	2,0%	1,90%
58	Proporção crianças 1 ano, c/ acompanham. adequado	43,48	56,3	77	80	110	0	6,0%	0,00%
70	Despesa medic. prescritos, por utiliz. (PV/P)	177,27	169	95	95	105	95	16,0%	15,22%
71	Despesa MCDTs prescritos, por utiliz. (p. conv.)	71,72	68,5	95	95	105	95	8,0%	7,62%
23	Proporção hipertensos com risco CV (3A)	2,78	16,3	17	80	110	0	3,7%	0,00%
25	Proporção de hipertensos, c/ acompanh. adequado	1,21	24,9	5	80	110	0	3,7%	0,00%
43	Proporção DM c/ acompanham. adequado	23,97	30	80	80	110	0	3,7%	0,00%
78	Proporção de utentes com diagnóstico DPOC	0,51	4	13	80	110	0	3,7%	0,00%
8	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	41,32	52	79	80	110	0	3,7%	0,00%
32	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11, 14]A	46,32	60	77	80	110	0	3,7%	0,00%
28	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido até 7A	95,65	98	98	80	110	98	3,7%	3,61%
74	Proporção cons. méd. presenciais, com ICP-C-2	92,41	94,2	98	80	110	98	3,7%	3,63%
26	Proporção hipertensos >= 25A, c/ vacina tétano	83,85	95	88	80	110	88	3,7%	3,27%
53	Proporção utentes >= 14A, c/ registo consumo álcool	48,63	56,3	86	80	110	86	3,7%	3,20%
			Mediã:	75					
					Índice de Desempenho				
									45,58%

Fonte: USF CelaSaúde

Anexo III - Indicadores - Atribuição de incentivos institucionais, com resultados 2014, Portaria n.º 377-A/2013, 30 de dezembro

id	Indicador	Resultado		Grau cumprimento	Lim. Inf.	Lim. Sup.	Result.		P. Corrigida	ID
		2014	Meta 2014				Ajust.			
4	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos	176,57	155,00	113,92	80,00	90,00	90,00	3,00%	2,70%	
6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	74,84	91,00	82,24	80,00	90,00	82,24	4,50%	3,70%	
20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	50,70	63,60	79,72	80,00	90,00	0,00	3,00%	0,00%	
39	Proporção DM c/ última HgBa1c <= 8,0 %	54,42	65,60	82,96	80,00	90,00	82,96	3,00%	2,49%	
47	Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	59,69	64,90	91,97	80,00	90,00	90,00	2,50%	2,25%	
51	Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado	5,71	18,70	30,53	80,00	90,00	0,00	4,50%	0,00%	
52	Proporção MIF, com acompanhamento adequado em PF	31,95	39,00	81,92	80,00	90,00	81,92	5,00%	4,10%	
56	Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót.	56,86	60,00	94,77	80,00	90,00	90,00	2,00%	1,80%	
58	Proporção crianças 1 ano, c/ acompanh. adequado	16,07	56,30	28,54	80,00	90,00	0,00	6,00%	0,00%	
70	Despesa medic. prescritos, por utiliz. (PVP)	165,07	169,00	102,33	100,00	105,00	102,33	16,00%	16,37%	
71	Despesa MCDTs prescritos, por utiliz. (p. conv.)	74,37	68,50	91,43	100,00	105,00	0,00	8,00%	0,00%	
23	Proporção hipertensos com risco CV (3A)	0,72	16,30	4,42	80,00	90,00	0,00	3,70%	0,00%	
25	Proporção de hipertensos, c/ acompanh. adequado	0,23	24,90	0,92	80,00	90,00	0,00	3,70%	0,00%	
43	Proporção DM c/ acompanh. adequado	9,60	30,00	32,00	80,00	90,00	0,00	3,70%	0,00%	
78	Proporção de utentes com diagnóstico DPOC	0,57	4,00	14,25	80,00	90,00	0,00	3,70%	0,00%	
8	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	20,85	52,00	40,10	80,00	90,00	0,00	3,70%	0,00%	
32	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11: 14]A	46,32	60,00	77,20	80,00	90,00	0,00	3,70%	0,00%	
28	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido até 7A	20,87	98,00	21,30	80,00	90,00	0,00	3,70%	0,00%	
74	Proporção cons. méd. presenciais, com ICPC-2	93,55	94,20	99,31	80,00	90,00	90,00	3,70%	3,33%	
26	Proporção hipertensos >= 25A, c/ vacina tétano	81,10	95,00	85,37	80,00	90,00	85,37	3,70%	3,16%	
53	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	54,18	56,30	96,23	80,00	90,00	90,00	3,70%	3,33%	
			Media:	61,87541225						40,53%

Fonte: USF CelaSaúde

Anexo IV - Contratualização Interna - Indicadores Institucionais USF Modelo B
(resultados de 2014 - com limite mínimo)

Eixo Nacional				Resultado USF 2014 - Limite mínimo para atingir	Resultado USF 2013	Meta USF 2014	
ID	Cód Ind	Cód SIARS	Fx/Fl Nome Indicador	Intervalo Ref			
4	3.30.01	2013.004.01	FI Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos	[181,2; 203,8] %	140	161,3	155
6	3.15.02	2013.006.01	Fx Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	[91,9; 100,0] %	87	80,2	91
20	6.2	2013.020.01	FI Proporção de hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	[63,6; 71,5] %	51	52,1	63,6
39	6.05.01	2013.039.01	FI Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0 %	[65,6; 73,9] %	53	53,7	65,6
47	5.25	2013.047.01	FI Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	[64,9; 68,0] %	52	57,6	64,9
51	6.33	2013.051.01	FI Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado	[18,7; 21,0] %	15	14,8	18,7
52	6.3	2013.052.01	FI Proporção MIF, com acompanhamento adequado em PF	[43,3; 48,7] %	32	30,3	39
56	5.21.01	2013.056.01	FI Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót.	[67,9; 75,5] %	49	57,0	60
58	6.31	2013.058.01	FI Proporção crianças 1 ano, c/ acompanh. adequado	[56,3; 63,3] %	46	43,5	56,3
72		2013.072.01					
70	7.06.01	2013.070.01	FI Despesa medic. prescritos, por utiliz. (PVP)	[159,7; 163,6] € / UTI	176 *	177,3	169
71	7.07.01	2013.071.01	FI Despesa MCDTs prescritos, por utiliz. (p. conv.)	[61,1; 62,6] € / UTI	71 *	71,7	68,5
Eixo Regional							
ID	Cód Ind	Cód SIARS	Fx/Fl Nome Indicador	Interv Ref	resul. 2014	resul. 2013	Meta USF
23	6.21	2013.023.01	Fx Proporção hipertensos com risco CV(3 A)	[16,3; 18,4] %	13,5	2,8	16,3
25	6.35	2013.025.01	Fx Proporção de hipertensos, c/ acompanh. adequado	[24,9; 28,0] %	20	1,2	24,9
43	6.34	2013.043.01	Fx Proporção DM c/ acompanh. adequado	[19,5; 22,0] %	24	23,97	30
78	2.08.01	2013.078.01	FL Proporção de utentes com diagnóstico DPoC	Meta proposta : 4%	3,3	0,5	4
Eixo local - ACES							
ID	Cód Ind	Cód SIARS	Fx/Fl Nome Indicador	Interv Ref	resul. 2014	resul. 2013	Meta USF
8	3.22.01	2013.008.01	Fx Taxa de utilização de consultas de PF (med./enf.)	[56,2; 63,2] %	42	41,3	52
32	5.13.04	2013.032.01	FL Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14]A	[62,2; 70,0] %	49	46,3	60
Eixo Local - USF							
ID	Cód Ind	Cód SIARS	Fx/Fl Nome Indicador	Interv Ref	resul. 2014	resul. 2013	Meta USF
28	6.01.02	2013.028.01	FL Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido até 7A	[98,6; 100,0] %	80	95,7	98
74	5.28	2013.074.01	FL Proporção cons. méd. presenciais, com ICPC-2	[94,2; 100,0] %	76	92,4	94,2
26	6.02.01	2013.026.01	FX Proporção hipertensos >= 25A, c/ vacina tétano	[98,0; 100,0] %	76	83,8	95
53	5.27	2013.053.01	FL Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	[56,3; 63,4] %	46	48,6	56,3

Fonte: USF CelaSaúde