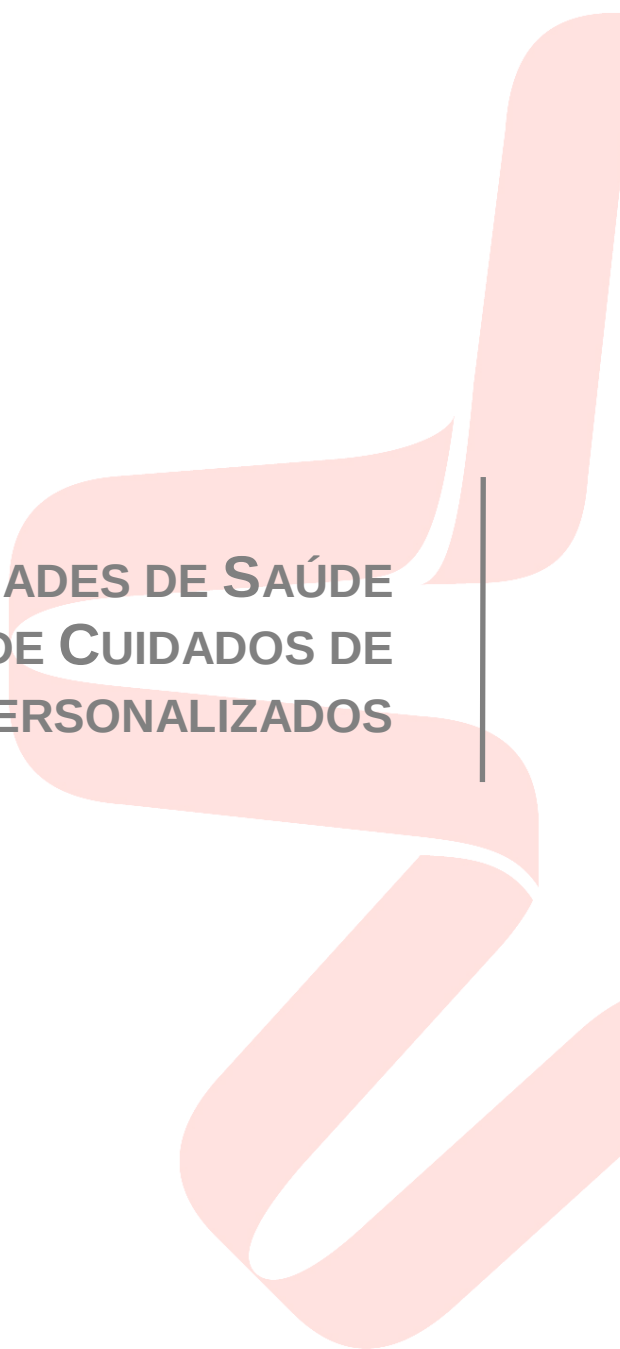




ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



ESTUDO SOBRE AS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR E AS UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS



FEVEREIRO DE 2016

Índice

Sumário executivo	3
1. Introdução.....	7
2. Enquadramento sobre os CSP em Portugal.....	10
2.1. Evolução legislativa.....	10
2.2. Análise comparativa entre as USF e as UCSP	34
2.3. Análise internacional	42
3. Avaliação do acesso à rede de CSP do SNS.....	49
3.1. Descrição da oferta e análise da proximidade geográfica à rede.....	50
3.2. Análise da capacidade da rede	54
3.3. Utentes com médico de família	59
3.4. Implementação da atividade do enfermeiro de família.....	62
3.5. Utilização dos CSP.....	67
3.6. Cumprimento dos TMRG nos CSP.....	77
4. Análise da eficiência dos CSP do SNS	83
4.1. Combinação de profissionais de saúde	84
4.2. Eficiência produtiva	86
4.3. Promoção em saúde e prevenção da doença	90
4.4. Análise dos internamentos evitáveis.....	99
4.5. Desempenho económico-financeiro	108
5. Conclusões.....	113
Anexo I – Diagnósticos classificados como ACSC.....	117

Índice de Abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSC – *Ambulatory Care Sensitive Conditions*

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

BII – Bilhete de Identidade dos Indicadores de contratualização dos cuidados de saúde primários

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

LBS – Lei de Bases da Saúde

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RRE – Regime Remuneratório Experimental

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

UAG – Unidade de Apoio à Gestão

UF – Unidade Funcional

USF – Unidade de Saúde Familiar

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USP – Unidade de Saúde Pública

Sumário executivo

O presente estudo foi realizado em resposta à solicitação do Senhor Ministro da Saúde dirigida à Entidade Reguladora da Saúde (ERS) em 25 de maio de 2015, para que, ao abrigo das atribuições e incumbências estabelecidas nos seus estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, procedesse a uma avaliação que permita orientar a política futura na área dos cuidados de saúde primários (CSP), em concreto mediante a comparação dos modelos de gestão das Unidades de Saúde Familiar (USF) e das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

O estudo está estruturado em cinco capítulos, em que o primeiro se dedica a algumas notas introdutórias. O capítulo 2 descreve a evolução legislativa no contexto nacional, onde se identificam avanços e recuos na reforma dos CSP e na sua implementação. O conceito de USF surgiu pela primeira vez em 1999, embora a sua regulamentação e criação apenas se tenha iniciado em 2006. Deste capítulo também se extrai que as principais diferenças entre os modelos de gestão considerados assentam, desde logo, no modelo de adesão que parte da iniciativa da equipa, no caso das USF, estando subjacente um sistema de incentivos institucionais e financeiros direcionados à equipa com base no seu desempenho. Por outro lado, as UCSP não têm autonomia no cumprimento do plano de ação e não têm gestão participativa dos profissionais, ao contrário do que ocorre nas USF.

No capítulo 3, dedicado à avaliação do acesso, destaca-se, quanto à oferta de CSP do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que as UCSP, a nível nacional, são o tipo de unidade mais comum, e que o número dos dois tipos de modelo de USF está muito próximo. A menor percentagem de USF no total das unidades encontra-se nas ARS Alentejo e Algarve e a maior na ARS Norte. Na vertente da proximidade da população à rede, conclui-se que mais de 99% da população em Portugal Continental tem uma unidade funcional (UF) de CSP a menos de 30 minutos do local de residência, com maior percentagem da população coberta por uma UCSP. A nível regional, a ARS Alentejo é a que apresenta menor percentagem da população a menos de 30 minutos de qualquer tipo de UF.

Ainda no âmbito do acesso, o rácio de utentes com médico de família por médico e o rácio de utentes com médico de família por enfermeiro, são superiores nas USF de modelo B. Se se considerarem todos os utentes inscritos, e não apenas os que têm médico de família, verifica-se haver mais utentes inscritos por médico nas UCSP, com a exceção da ARS Norte.

Em 2014, 87% dos utentes dos CSP do SNS tinham médico de família atribuído, com percentagem superior na ARS Norte e menor na ARS Algarve. Esta percentagem reduziu-se 2% entre 2010 e 2014, a nível nacional. Verificou-se também que nas USF quase toda a população tem médico de família, parcela nitidamente superior à percentagem de utentes com médico de família nas UCSP. Nas UCSP das ARS Algarve e Lisboa e Vale do Tejo os utentes com médico de família representam menos de 60% do total de utentes inscritos. No que se refere à implementação das experiências-piloto da atividade do enfermeiro de família nas CSP no SNS, o processo revelou diferentes estádios de implementação nas cinco ARS, com o processo mais moroso nas ARS Lisboa e Vale do Tejo e Algarve.

Numa ótica de acesso realizado, a taxa de utilização de consultas médicas, que exprime a proporção de utentes inscritos que tiveram consulta médica num ano, é superior nas USF de modelo B, mesmo controlando os efeitos de outras variáveis suscetíveis de influenciar este indicador. Regionalmente, essa taxa é significativamente inferior nas ARS Centro, ARS Lisboa e Vale do Tejo e ARS Algarve, quando comparadas com a ARS Norte. Entre 2012 e 2014, as USF de modelo B apresentaram taxas de utilização de consultas médicas e de enfermagem, de domicílios médicos e de enfermagem e taxa média de utilização de consultas de planeamento familiar superiores, e a ARS Alentejo apresentou a maior taxa de utilização em maior número dos indicadores considerados.

No que se refere ao cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) no acesso aos CSP, ainda analisados no capítulo 3, constatou-se que as UCSP foram visadas em maior número de reclamações rececionadas pela ERS, destacando-se como principais constrangimentos a demora na marcação de consulta programada para adulto, a pedido do utente, e o não cumprimento do TMRG no âmbito de consulta por motivo de doença aguda.

Na análise da eficiência dos CSP, desenvolvida no capítulo 4, foi primeiramente estudada a combinação de profissionais de saúde, tendo-se constatado que as UCSP apresentam sempre um rácio de enfermeiros por médico superior às USF, e as USF de modelo B o rácio inferior, com a exceção da ARS Centro. Por região de saúde, a ARS Alentejo tem o maior rácio de enfermeiros por médico e a ARS Lisboa e Vale do Tejo o menor rácio.

Ao nível da eficiência produtiva, as USF de modelo B são tendencialmente mais eficientes na realização de consultas face ao número de utentes inscritos e as UCSP,

comparativamente, mais ineficientes. Por região de saúde, a ARS Lisboa e Vale do Tejo apresenta mais unidades funcionais relativamente mais eficientes e a ARS Centro mais unidades funcionais com nível de eficiência abaixo da mediana.

Nos indicadores relativos a cuidados de saúde de prevenção (indicadores de vigilância oncológica, de rastreio, e de plano de vacinação), e de prevalência de doenças, as USF de modelo B exibiram um melhor desempenho, seguidas pelas USF de modelo A. A nível regional, a ARS Norte destaca-se pelo melhor desempenho global. Constatou-se também que, na generalidade, entre 2012 e 2013, os indicadores de desempenho melhoraram nas USF e UCSP, mas exibiram um ligeiro agravamento entre 2013 e 2014.

Realizou-se ainda uma análise aos internamentos por *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC), os quais se interpretam como internamentos evitáveis por CSP eficientes. A nível nacional, estes internamentos representaram 8% do total dos internamentos nos hospitais do SNS em 2014. A ARS Centro destacou-se por registar a maior proporção e a ARS Norte a mais baixa. O resultado da análise econométrica realizada é interpretado como revelando uma associação no sentido de uma maior cobertura por USF de modelo B levar a uma menor taxa de ACSC, mas esta estimativa não tem significância estatística, pelo que no contexto deste estudo não há evidência estatística para suportar tal conclusão. No caso das USF de modelo A, a associação revelada no coeficiente é de sentido oposto, mas também aqui a estimativa não tem força estatística. Importa também reter que a percentagem de utentes com médico de família atribuído surgiu como fortemente associada à redução da taxa de internamentos por ACSC.

Por último, na análise da performance económica das unidades de cuidados de saúde primários, estudou-se a despesa média com medicamentos e a despesa média de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) prescritos, por utente utilizador, baseada no preço convencionado. Em todos estes indicadores constatou-se que as USF de modelo B exibiram um melhor desempenho (despesa mais baixa), seguidas pelas USF de modelo A. Quanto ao indicador relativo à proporção de embalagens de medicamentos faturados que são genéricos, entre 2012 e 2014, verificou-se que as USF de modelo B utilizaram maior percentagem de medicamentos genéricos do que as UCSP, não obstante a tendência de aumento desta percentagem ter sido observada nas três tipologias de UF analisadas.

O capítulo 5 reúne as principais conclusões do estudo, que indiciam um melhor desempenho das USF de modelo B na maioria dos indicadores considerados, possivelmente associado ao regime de incentivos financeiros aos profissionais dessas UF, incentivos que não se encontram previstos nas USF modelo A e nas UCSP.

1. Introdução

O presente estudo foi realizado em resposta à solicitação do Senhor Ministro da Saúde, dirigida à Entidade Reguladora da Saúde (ERS) em 25 de maio de 2015, para que se procedesse a uma “[...] avaliação isenta e imparcial, que permita orientar a política futura nesta área” dos cuidados de saúde primários (CSP). Em concreto, pretendia-se um estudo que ajudasse a perceber como eventuais alterações no acesso aos CSP se relacionam com a procura de cuidados hospitalares e se as Unidades de Saúde Familiar (USF) são mais eficientes quando comparadas com as Unidades de Cuidados de Saúde Primários (UCSP).

Neste contexto, o estudo foi realizado ao abrigo das atribuições e incumbências estabelecidas nos estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.

A importância dos CSP já foi reconhecida há mais de 30 anos pelos signatários da Declaração de Alma-Ata, que consideraram os CSP como a chave para se atingir um nível de saúde que permita a todos uma vida económica e socialmente produtiva. Em Portugal, a idealização de unidades junto das comunidades com a função de promoção da saúde e prevenção da doença surge em 1971, e, no decurso de mais de 50 anos, verificaram-se várias reformas no âmbito da rede pública dos CSP, na sua reestruturação, sempre com preocupações de introdução de maior eficiência na alocação de recursos e de procura de uma mais adequada e eficiente resposta às necessidades populacionais.

Atualmente os CSP são reconhecidos como elemento fundamental do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português, e idealmente representam o primeiro nível de contacto com o cidadão. A sua importância é reconhecida, por um lado, por abranger um conjunto de cuidados de saúde que englobam a prevenção e prestação na doença, a promoção da saúde, a continuidade de cuidados de saúde e a articulação com outros serviços de saúde, e por outro lado, por haver evidência de que os sistemas de saúde com *gatekeeping* nos CSP contêm a despesa em saúde sem efeitos adversos para o paciente¹. Aliás, a Organização Mundial de Saúde (OMS)², em janeiro de 2008, conclui que a evidência disponível confirma que sistemas de saúde fortemente

¹ Ver, por exemplo, *Fiscal Sustainability of Health Systems, Bridging Health and Finance Perspectives*, setembro de 2015, OCDE disponível em: <http://www.oecd.org/publications/fiscal-sustainability-of-health-systems-9789264233386-en.htm>

² Relatório Mundial de Saúde sob o tema “Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais do que Nunca, 2008, Organização Mundial de Saúde.

orientados para os cuidados primários obtêm melhores resultados de saúde para a população, maior equidade, utilização mais adequada dos serviços, e maior satisfação dos utilizadores a um mais baixo custo.

Importa preliminarmente referir que a ERS teve já a oportunidade de publicar um primeiro estudo³ sobre o acesso aos CSP no SNS, em 2008, cujo objetivo foi elaborar um diagnóstico sobre o acesso, considerando as dimensões de proximidade, capacidade, adequabilidade e aceitabilidade, detetando os pontos mais sensíveis de maiores dificuldades de acesso e enfatizando as assimetrias regionais.

No presente estudo, atento o teor do pedido do Senhor Ministro da Saúde, realiza-se uma análise comparativa entre as USF e as UCSP, ao nível do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, considerando a proximidade e a capacidade da rede pública, e da eficiência produtiva das unidades da rede, onde se incluem as análises relativas à promoção em saúde e à prevenção da doença, os internamentos evitáveis e o desempenho económico-financeiro.

Assim, o presente estudo está estruturado em cinco capítulos, sendo o primeiro um capítulo introdutório. O capítulo 2 descreve o enquadramento dos cuidados de saúde primários no SNS, compreendendo quer a evolução legislativa da implementação, organização e reforma destes cuidados, e a enunciação de documentos que serviram como base às decisões políticas e legislativas nessa matéria, quer a avaliação de indicadores de qualidade e resultados associados aos CSP do SNS em Portugal, em comparação com outros países pertencentes à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE).

No capítulo 3 é estudado o acesso dos utentes numa vertente geográfica, que se desdobra nas dimensões de proximidade e de capacidade. A análise da proximidade tem em consideração a distância ou tempo de viagem dos utentes até aos diferentes tipos de estabelecimentos de CSP. Numa ótica de capacidade avalia-se a cobertura das redes de serviços em termos de disponibilidade de recursos humanos.

Ainda no capítulo 3 identifica-se, por região de saúde, o número e a percentagem de utentes com médico de família bem como se descreve a implementação da atividade do enfermeiro de família. Numa ótica de acesso realizado, é considerada a utilização de diferentes prestações nos CSP do SNS, bem como o cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG), mediante o levantamento das reclamações,

³ Disponível em https://www.ers.pt/pages/18?news_id=57.

rececionadas, entre 2014 e 2015, incorporadas num processo de monitorização que teve início na ERS em 2015.

No capítulo 4 avalia-se a eficiência produtiva na prestação de CSP, integrados em UCSP e USF. Inicia-se o estudo com a análise relativa à combinação de profissões de saúde. Em complemento, estuda-se a eficiência, considerando a análise das consultas realizadas por tipo de unidade funcional face ao número total de utentes inscritos. Posteriormente, analisam-se os cuidados de saúde de prevenção da doença e promoção da saúde. Adicionalmente, e atenta a natureza específica da organização dos cuidados de saúde, avalia-se a capacidade de as unidades de CSP conterem a ocorrência de internamentos por causas evitáveis. Esta avaliação assenta no estudo do indicador denominado na literatura da especialidade por taxa de *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC), o qual se interpreta como um indicador de ocorrência de hospitalizações passíveis de se evitar com cuidados primários atempados e adequados. Por último, a análise da performance económico-financeira das unidades de CSP assenta na avaliação da despesa com medicamentos e com meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT).

O capítulo 5 é dedicado às principais conclusões do estudo comparativo entre as USF e UCSP ao nível do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde e da eficiência produtiva.

2. Enquadramento sobre os CSP em Portugal

No presente capítulo tem-se em consideração os diplomas e outros documentos que serviram à edificação dos cuidados primários no sistema de saúde português. O objetivo passa por perceber, afinal, quais os princípios e as opções que foram, no decurso de mais de 50 anos até aos dias de hoje, fundeando a criação e sedimentação do primeiro nível de cuidados de saúde e, *in fine*, perceber as decisões assumidas, especialmente as de criação e implementação de USF e UCSP.

Em complemento, empreende-se uma análise comparativa de indicadores de desempenho dos CSP, entre países da OCDE, no sentido de integrar a realidade nacional no contexto internacional, e clarificar a posição relativa de Portugal nestes indicadores.

2.1. Evolução legislativa

A presente secção descreve cronologicamente os principais diplomas legais nos quais assentou o desenvolvimento dos cuidados primários, no sentido de contextualizar o surgimento das USF e UCSP. São também descritos documentos que serviram de suporte às reformas implementadas.

Diplomas legais

Em 1963, a **Lei n.º 2120, de 19 de julho**⁴, defendia a prevenção como princípio essencial na organização dos serviços de saúde e de assistência a prestar aos indivíduos e aos seus agrupamentos naturais, e na execução das políticas de saúde e de assistência a implementar pelo Governo Português – cfr. Bases I e II do Capítulo I do diploma. Nessa Lei encontrava-se prevista uma unidade denominada de centro de saúde, para ação local e apoio aos postos concelhios, que funcionava na dependência das delegações de saúde – cfr. Base XVIII e XIX da Lei n.º 2120 – embora com atuação limitada por um contexto no qual ao Estado competia “[e]xercer acção meramente supletiva em relação às iniciativas e instituições particulares, que dever[ia] favorecer [...]”.

⁴ Esta Lei foi revogada pela Lei n.º 28/84, de 14 de agosto.

Porém, a criação dos centros de saúde que, anos mais tarde, viriam a ser apelidados de “primeira geração”, materializou-se com a publicação do **Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro**⁵. Este diploma veio reorganizar os serviços do Ministério da Saúde e da Assistência, “[...] a fim de se ajustar a sua orgânica aos princípios definidos na Lei n.º 2120, de 19 de Julho de 1963 e [...] atender à instantânea necessidade de intensificação e desenvolvimento das actividades de saúde pública e de promoção social, criando condições favoráveis à sua realização, mediante a integração dos serviços públicos e a coordenação de iniciativas e instituições particulares que devem assegurar a cobertura médico-social, sanitária e assistencial das populações.”.

Ali foi reiterado que os serviços de prevenção da doença e de promoção da saúde, “[...] apesar da importância fundamental que têm para o desenvolvimento social e económico da Nação, não ocupa[va]m ainda a posição que lhes compete [...]” e mais se reconhece que atento o carácter complexo do sistema, “[...] a ação médico-social, sanitária e assistencial carec[ia] de ser planificada, orientada e executada com a preocupação fundamental de evitar gastos desnecessários e duplicações de esforços, de maneira a conseguir o rendimento máximo dos meios disponíveis” – cfr. preâmbulo do Decreto Lei n.º 413/71.

Assim, foram estabelecidos os níveis centrais, locais e especiais de atuação do Ministério⁶, com integração dos centros de saúde⁷, das inspeções coordenadoras e dos conselhos e comissões coordenadores no nível local. Os primeiros eram responsáveis pela concretização direta da política de saúde, trabalhando “[...] em íntimo contacto com as populações, de modo a assegurar a efetiva promoção da saúde e prevenção da doença e a oportuna aplicação das medidas de tratamento dos doentes e de reabilitação dos diminuídos” – cfr. artigo 49.º do Decreto-Lei n.º 413/71. Além disso, os centros de saúde foram definidos nesse decreto-lei como núcleo funcional a instalar em cada concelho, com competência específica para a prossecução das suas atividades de saúde, e nos quais são integrados vários serviços para o efeito. Competia-lhes igualmente ser o núcleo da unidade de saúde que ali é descrita como o sistema de métodos de trabalho no qual se conjugam as atividades do

⁵ Miguel, L. (2010), *Modelos e Gestão nos Cuidados de Saúde Primários*, in: Simões, J. (coordenação) *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde*, Almedina, Lisboa.

⁶ De acordo com o ali definido, sob o Título II – “Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência”, a orgânica da Tutela compreende, além do Gabinete do Ministro, os serviços centrais, locais e especiais – cfr. artigo 10.

⁷ Poderiam já existir centros de saúde instalados aos quais seriam aplicáveis as disposições do Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro.

centro de saúde e as atividades dos restantes serviços que não estão integrados no centro de saúde⁸ – cfr. artigo 50.º do Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro⁹.

Finalmente, os centros de saúde eram ainda descritos como serviços responsáveis pela integração e coordenação das atividades de saúde e de assistência, bem como pela prestação de cuidados médicos de base, de natureza não especializada, com o objetivo de assegurar a cobertura médico-sanitária da sua população. Territorialmente, previa-se a sua distribuição por distritos e por concelhos, e ainda por freguesias com a designação de postos de saúde.

Na sequência da revolução de abril de 1974, as mudanças político-administrativas implicaram que de um sistema de saúde financiado por sistemas de previdência social de base profissional, com cobertura não universal, que respondia às necessidades de saúde da população empregada e dos seus familiares, se passasse para um sistema universal com financiamento de base fiscal e cobrindo a quase generalidade dos cuidados de saúde. Tal opção implicou que a estratégia de criação e desenvolvimento do SNS colocasse a tónica nos CSP.

Assim, pelo **Decreto-Lei n.º 488/75, de 4 de setembro**, foram criadas as administrações distritais¹⁰, como resposta às ideias de regionalização, que pretendiam uma racionalização de meios para melhor garantir os cuidados completos e integrados da coletividade, bem como a descentralização de competências entre vários níveis técnicos, complementares entre si e distribuídos numa estrutura hierarquizada.

Certo é que as dificuldades na execução das competências daquelas administrações implicaram que, em 1982, pelo **Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho**, se reformulasse o diploma de 1975. Nesse sentido, foi decidido articular o setor privado com os recursos da rede oficial “[...] salvaguardando os superiores interesses do Estado na satisfação das necessidades de saúde das famílias e da comunidade.”. Para

⁸ Às unidades de saúde compete a coordenação com os centros de saúde, dos serviços oficiais e particulares, e cabe-lhes o exercício das funções médico-sanitárias, hospitalares, assistenciais e de política sanitária – cfr. artigo 60.º.

⁹ O artigo 56.º define as valências que poderão estar compreendidas na atividade dos centros de saúde distritais e concelhios e determina que a distribuição destas dependerá de despacho ministerial.

¹⁰ Nos termos do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 488/75, de 4 de setembro, compete às administrações distritais dos serviços de saúde, a promoção e vigilância da saúde e de prevenção das doenças, o diagnóstico e tratamento dos indivíduos doentes e a reabilitação de diminuídos, e o ensino e formação de trabalhadores de saúde. Cada uma das administrações teria o âmbito do distrito e em cada uma seriam integrados os estabelecimentos e serviços de saúde oficiais aí localizados e a sua instalação corresponderia à estipulada para o ordenamento do território.

tanto, foram criadas as administrações regionais de cuidados de saúde¹¹ dotadas de personalidade jurídica, com autonomia administrativa e património próprio – cfr. artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 254/82 –, com o intuito de servirem ao planeamento e à gestão coordenada de ações que visam a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com o máximo de aproveitamento, ao menor custo, dos recursos existentes nas estruturas dos setores público e privado da saúde.

O **Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de abril**, criou os denominados centros de saúde de segunda geração, definidos como unidades integradas prestadora de CSP, que visam a promoção e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença – cfr. artigo 2.º. Em especial, competia a esses centros de saúde efetuar o diagnóstico, tão precoce quanto possível, e o correto tratamento das doenças agudas e crónicas que não careçam de cuidados especializados, promover o controlo de determinados grupos populacionais (por exemplo, diabéticos e portadores de doenças cardiovasculares) e promover a informação da população sobre as indispensáveis noções básicas da saúde e de prevenção da doença. Além do mais, ali se estabelece a dependência orgânica e funcional das Administrações Regionais de Saúde (ARS) da respetiva área geográfica e a gestão por objetivos que pressupõe um planeamento das ações capazes de corresponder às necessidades locais e sem perder de vista a política de saúde global.

A Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela **Lei n.º 48/90, de 24 de agosto**, reiterou a competência do Estado de garantir a proteção do direito à saúde ainda que sob limites de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis, através, designadamente, dos serviços e estabelecimentos públicos – cfr. Base I. Mais determinou que as políticas de saúde, além de deverem ser vistas como evolutivas e ajustáveis de forma permanente ao contexto nacional, às necessidades e recursos instalados, devem, designadamente, assumir uma organização dos serviços de saúde estruturada, a funcionar de acordo com os interesses dos utentes, na qual os mesmos serviços devem articular-se entre si e com os demais serviços de segurança e bem-estar social. Conforme é mencionado, o SNS integra todos os estabelecimentos oficiais prestadores de cuidados de saúde, aqui naturalmente considerados os centros de saúde. Essa Lei destacou os CSP como elemento fundamental do sistema de saúde, que deveriam situar-se junto das comunidades e construir-se sob uma

¹¹ Nos termos do artigo 4.º, estas administrações regionais teriam como território de atuação o distrito enquanto não fossem criadas as regiões administrativas. Além disso, conforme decorre do artigo 7.º, ficariam em regime de instalação sob os artigos 79.º e ss. do Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro.

articulação entre os vários níveis de cuidados “[...] reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes” – cfr. Base XIII.

Um outro documento que importa considerar é o Estatuto do SNS aprovado pelo **Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro**, aplicável, nos termos do seu artigo 2.º, a todas as instituições e serviços que constituem o SNS e às entidades particulares e profissionais em regime liberal integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde. À data da sua aprovação, o artigo 6.º sob a epígrafe “Centros de Saúde”¹² determinava que estes dependiam orgânica e funcionalmente da ARS competente territorialmente “[...] a qual assegura as verbas necessárias ao seu funcionamento, enquanto não forem criados os grupos personalizados de centros de saúde.”. Por seu lado, o Estatuto aprovado e publicado em 1993, no texto original do seu artigo 13.^{o13}, assumia sob a epígrafe “grupos personalizados de centros de saúde” que estes integravam grupos dotados de personalidade jurídica, a criar por decreto-lei e cuja direção cabe a três diretores de centros de saúde nomeados por despacho do Ministro da Saúde, sem que lhes seja atribuída uma qualquer remuneração suplementar. Também o artigo 14.^{o14}, na sua versão original, anotava que os hospitais e os grupos personalizados de centros de saúde agrupavam-se em unidades de saúde com competência para assegurar a continuidade da prestação de cuidados, com respeito pelas atribuições das instituições aí integradas.

O **Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de maio** reconheceu que as experiências organizativas nos CSP até então implementados não garantiam “[...] um adequado e justo reconhecimento dos diferentes níveis, qualitativos e quantitativos, do desempenho dos profissionais de saúde.”. Nesse sentido, o diploma mencionado estabeleceu um regime remuneratório experimental (RRE) aplicado aos médicos da carreira de clínica geral que exerçam funções nos centros de saúde – cfr. preâmbulo do Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de maio. O RRE, para além da remuneração base, pressupunha componentes variáveis de remuneração associadas a um conjunto de atividades assistenciais e ao alargamento da dimensão da lista de utentes – cfr. artigo 8.º do referido decreto-lei.

¹² Este artigo foi posteriormente revogado pelo artigo 59.º do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio.

¹³ Revogado pelo artigo 59.º do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio.

¹⁴ Este artigo foi revogado pelo n.º 1 do artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio.

A primeira definição de USF surgiu com a publicação do **Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio**¹⁵, que estabeleceu o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, e concebe a existência e a integração de distintas unidades funcionais (UF). Esta alteração surgiu incentivada pela “[...] evolução da prestação de cuidados de saúde, caracterizada por uma crescente complexidade técnica, bem como a atual exigência de instituições e serviços de saúde que, numa perspetiva multidisciplinar e de forma efetiva e eficiente, [devem] ser centrados no cidadão e orientados para a obtenção de ganhos em saúde [...]”.

Conforme se destaca no preâmbulo do predito diploma, o Governo julgou prioritário a reformulação do quadro legal aplicável centrada na atribuição de personalidade jurídica aos centros de saúde, na gestão institucional rigorosa e numa hierarquia técnico-assistencial capazes de influenciar o desempenho dos profissionais e das equipas por eles formadas, numa base de autonomia e de corresponsabilização, sob os princípios da qualidade e eficiência.

Além disso, conforme ali é defendido, o processo de reestruturação do nível de cuidados primários deveria fazer-se progressivamente, de forma flexível e consensual, otimizando os recursos disponíveis, designadamente através da criação de serviços comuns a vários centros de saúde, sendo que na génese os centros de saúde mantinham as competências anteriormente previstas para melhoria da saúde da população – cfr. artigo 2.º. Às ARS competia a previsão nos planos anuais e plurianuais da criação de centros de saúde e a reestruturação dos já existentes que deveria estar concluída no prazo máximo de três anos – cfr. artigo 56.º do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio.

Do ali disposto, realce-se que a estrutura organizacional tal como definida no artigo 10.º previa que cada centro de saúde dotado de personalidade jurídica e cada associação de centros de saúde dispunham de quatro a dez USF e uma unidade operativa de saúde pública. Além disso, cada centro de saúde, mesmo que integrado

¹⁵ O diploma foi alterado pelo Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de fevereiro, posteriormente revogado pelo Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril, e, mais tarde, repristinado pelo Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de junho. Esta repristinação fundamentou-se na alegação de não ter sido considerada a “[...] enorme diversidade das dimensões dos CS [aos quais não é conferida] qualquer autonomia”. Nesse seguimento, foi assim reconhecida a falha e abolido o diploma do sistema jurídico com o intuito de se delinear uma nova forma de organizar a acessibilidade do utente à saúde. Refira-se ainda que esta repristinação teve aplicação temporária, porque já estava criado um grupo técnico para a reforma dos CSP com o objetivo de estabelecer um plano, e identificar medidas operacionais e atividades a executar para formulação de um novo instrumento.

numa associação, teria de dispor de uma unidade de cuidados na comunidade – cfr. o artigo 14.º do decreto-lei.

As USF mereciam destaque no artigo 12.º que define como sua missão a de prestar cuidados de saúde de forma personalizada, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. Uma USF era aí designada como a unidade elementar de prestação de cuidados de saúde a uma população identificada através de listas de utentes inscritos em número não inferior a 4.000 nem superior a 18.000, tendo em conta as características geodemográficas da população abrangida – cfr. o artigo 12.º do decreto-lei.

Não obstante, aquele decreto-lei foi revogado pelo **Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril**¹⁶. Este diploma veio apresentar alterações ao regime legal até então adotado, na perspetiva de evolução do atual sistema de organização dos CSP para um novo modelo que ali se apelida de rede de prestação de CSP¹⁷, “[...] mais próximo dos cidadãos, das suas famílias e comunidades, simultaneamente mais eficiente, socialmente mais justo e solidário.”. De uma estrutura tradicionalmente centralizadora pretendia passar-se para uma rede integrada de serviços de saúde em que coexistem entidades de natureza pública, privada e social, assente numa ideia de complementaridade com as responsabilidades sociais do Estado.

A mencionada rede era constituída pelos centros de saúde integrados no SNS, pelas entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos, que prestem CSP a utentes do SNS nos termos de contratos celebrados ao abrigo da legislação em vigor, e por profissionais e agrupamentos de profissionais em regime liberal constituídos em cooperativas ou outras entidades, com quem sejam celebrados contratos, convenções ou acordos de cooperação. O objetivo passava por promover, simultaneamente, a saúde e a prevenção da doença, bem como a gestão dos problemas de saúde,

¹⁶ Este diploma revogou o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, e o Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de abril, mas foi depois revogado pelo Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de junho, que, por sua vez, ripristinou o Decreto-Lei n.º 157/99.

¹⁷ Nos termos do n.º 2 do artigo 1.º, a rede é “[...] constituída pelos centros de saúde integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelas entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde primários a utentes do SNS nos termos de contratos celebrados ao abrigo da legislação em vigor, e, ainda, por profissionais e agrupamentos de profissionais em regime liberal, constituídos em cooperativas ou outras entidades, com quem sejam celebrados contratos, convenções ou acordos de cooperação.”. O n.º 3 da mesma disposição legal, determina que à mesma rede compete a promoção da saúde e a prevenção da doença, “[...] bem como a gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos, tendo em conta a sua dimensão física, psicológica, social e cultural, sem discriminação de qualquer natureza, através de uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e a comunidade em que se insere.”.

considerada a sua dimensão física, psicológica, social e cultural, sem discriminação e centrada na pessoa, na família e na comunidade.

O centro de saúde, cujo objetivo primordial era melhorar o nível de saúde da população da sua área geográfica, articular-se-ia funcionalmente com as restantes unidades prestadoras de cuidados, respeitando-se, em cada região de saúde, as orientações quanto às UF de saúde existentes, a definir por despacho do Ministro da Saúde. Neste decreto-lei era focada a necessidade de constituição de equipas multiprofissionais, com responsabilização de uma liderança, e com o exercício das tarefas e competências profissionais de forma planeada e por objetivos, ao qual se associavam incentivos à produtividade e à qualidade assistencial. Por decisão do Ministro da Saúde, aqueles centros, que podiam integrar distintas UF¹⁸, deviam ser classificados em três categorias (A, B ou C) sob proposta das ARS, tendo em consideração a necessária racionalização de recursos e as características geodemográficas da população abrangida, pressupondo três níveis de remuneração e de subsídios a aplicar a diretores e coordenadores.

Certo é que Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril, foi depois revogado pelo Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de junho, que, por sua vez, ripristinou o Decreto-Lei n.º 157/99, ainda que temporariamente, “[...] até à entrada em vigor de um novo e definitivo diploma [...]”¹⁹.

A **Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005**²⁰ criou a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP)²¹ que assumiu a condução do projeto global de

¹⁸ Conforme indicado pelo n.º 1 do artigo 10.º, cada centro de saúde pode dispor das seguintes UF integradas:

- a) Unidade de cuidados médicos, melhor definida no artigo 12.º, que detém por missão a prestação personalizada de cuidados médicos, devendo garantir a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos;
- b) Unidade de apoio à comunidade e de enfermagem que, nos termos do artigo 13.º, deve prestar cuidados de enfermagem e de cuidados domiciliários e, ainda, contribuir para o apoio psicológico e social à comunidade de utentes de cada centro de saúde, em estreita articulação com a unidade de cuidados médicos e de saúde pública, designadamente na identificação e acompanhamento de indivíduos e famílias em situação de maior risco, dependência e vulnerabilidade;
- c) Unidade de saúde pública, nos termos do artigo 14.º, tem por missão organizar e assegurar atividades no âmbito da proteção e promoção da saúde da comunidade, nos termos da lei;
- d) Unidade de gestão administrativa, nos termos do artigo 15.º, coordena os procedimentos administrativos necessários ao bom funcionamento dos serviços e unidades que, na área abrangida pelo centro de saúde, prestam cuidados de saúde primários à população, garantindo a máxima eficácia e eficiência e procurando racionalizar a utilização dos recursos disponíveis.

¹⁹ Este decreto foi, por fim, revogado pelo artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 102/2009, de 11 de maio.

²⁰ Publicada a 12 de outubro de 2005, na I Série B do Diário da República n.º 196.

²¹ A MCSP foi incumbida de, designadamente, apoiar a reconfiguração dos centros de saúde em USF, coordenar tecnicamente o processo global de lançamento e implementação das USF,

lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar.

Pouco depois, as USF foram regulamentadas pelo **Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de fevereiro**²², em desenvolvimento do que se encontrava previsto no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, cuja disciplina considerava a necessidade de regulamentar os termos, as condições e os procedimentos conducentes ao lançamento e implementação das USF e a necessária reestruturação progressiva dos centros de saúde.

Foi aprovado, em anexo ao despacho, o Regulamento para Lançamento e Implementação das Unidades de Saúde Familiar, que previa uma revisão no prazo de seis meses. De acordo com a Norma I, uma USF definia-se como a “[...] célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa, funcional e técnica e integrada em rede com outras UF do centro de saúde.”. A adesão ao modelo das USF resultava da iniciativa da equipa multiprofissional, mediante a apresentação voluntária de uma candidatura, estando definidos naquele regulamento os termos e procedimentos da mesma e outras especificidades como a construção da equipa, o regime de trabalho e de remuneração, e os níveis e condições de implementação destas unidades²³.

desempenhar funções de natureza avaliadora, reguladora de conflitos e de apoio efetivo às candidaturas das USF, propor, em articulação com a Secretaria Geral do Ministério da Saúde, a 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 nas USF, elaborar a lista de critérios e a metodologia que permitam avaliar e classificar as USF em diferentes níveis de desenvolvimento, propor e apoiar oportunidades de prestação de serviços partilhados entre diferentes unidades, em estreita articulação com os serviços centrais ou personalizados do Ministério da Saúde, e propor, nos termos da lei, modalidades de participação dos municípios, cooperativas, entidades sociais e privadas na gestão de centros de saúde e USF.

²² Revogado pelo Despacho Normativo n.º 5/2011, de 15 de março. Este Despacho tinha anteriormente sido alterado, nas suas Normas IV e VII, pelo Despacho Normativo n.º 10/2007, de 26 de janeiro, em cujo preâmbulo se assume que, no sentido “[...] de agilizar o funcionamento das USF e a sua articulação com os centros de saúde e administrações regionais de saúde, mostra-se necessário, em presença da experiência entretanto obtida, que se proceda a algumas adaptações ao mencionado Regulamento.”.

²³ Após a implementação do regime visto e perante os resultados obtidos foi decidido transpor, consolidar e alargar o modelo de incentivos dos médicos, já designado por RRE, a todos os profissionais das USF, com o intuito de reforçar a eficácia, a eficiência e a acessibilidade ao nível primário dos cuidados de saúde.

Um ano mais tarde, publicou-se o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF²⁴, tendo por base três modelos de desenvolvimento (A, B e C). Os critérios e a metodologia que permitem classificar as USF em cada modelo são elaborados pela MCSP, em articulação com as ARS e a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), e aprovados por despacho do Ministro da Saúde – cfr. artigo 3.º do **Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto**²⁵. Este decreto estabelece também 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, tendo por base o modelo de incentivos previstos no RRE. Assim, surgem efetivamente em 2007 as primeiras USF, cuja autonomia organizativa e funcional “[...] se inspirou nas experiências inovadoras anteriormente desenvolvidas nos centros de saúde, e que deram corpo a novas formas de organização dos cuidados de saúde, entre as quais se salienta o regime remuneratório experimental (RRE) estabelecido para os médicos” – cfr. preâmbulo do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto.

A cada uma das USF compete a missão de prestar cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos – cfr. artigo 4.º. Nos termos do artigo 5.º, importa que no exercício da sua atividade, cada USF atue conciliando a prestação, a eficiência e a qualidade, apresente autonomia e auto-organização funcional e técnica e se articule com outras UF do centro de saúde, e seja capaz de avaliar e adotar as medidas corretivas adequadas, com a preocupação de uma gestão participativa de todos os profissionais, sempre com o intuito de melhorar o desempenho e aumentar a satisfação dos mesmos. O modelo USF pressupõe também que todos os elementos da equipa cooperem na concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde e cada elemento da equipa seja solidário no cumprimento das obrigações dos demais elementos.

Ainda, nos termos do disposto do artigo 40.º sob a epígrafe “Monitorização, avaliação e acreditação”, compete às ARS a monitorização e avaliação que devem incidir “[...] sobre as áreas da disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico – científica, efetividade, eficiência e satisfação e podem contemplar especificidades e

²⁴ Nos termos do n.º 2 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, o regime seria aplicável aos profissionais que integram as USF, independentemente do vínculo laboral estabelecido com as entidades sob direção, tutela ou superintendência do Ministro da Saúde.

²⁵ Este diploma veio revogar o Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de maio, a Portaria n.º 993-A/98, de 24 de novembro, o artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, e as normas iv, v, vi e viii do Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de fevereiro.

características de carácter regional, quando estas se apresentem como fatores corretivos e niveladores da matriz nacional.”. Além do mais, as USF podem submeter-se a um sistema de acreditação.

Importa referir que os profissionais sujeitos ao regime anterior designado por RRE, previsto no Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de maio, poderiam nos 30 dias seguintes à entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 298/2007, apresentar uma candidatura à constituição de USF, ainda que continuassem sujeitos àquele regime até ao início da atividade da USF ou até à recusa da candidatura. Caso não houvesse qualquer interesse na constituição de uma USF ou a candidatura fosse recusada, o regime do RRE deixaria de ser aplicável no prazo de 30 dias após a entrada em vigor do novo regime das USF ou na data da notificação da recusa da candidatura.

Os modelos de desenvolvimento das USF (modelo A, B e C) foram definidos no **Despacho n.º 24 101/2007, de 22 de outubro**, assim como os processos para a sua atribuição. Para tanto, foram considerados como critérios fundamentais: o grau de autonomia organizacional, a diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais, e o modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico. Nesse despacho também se determina que cada um dos modelos “[...] assume diferentes patamares de autonomia, aos quais correspondem distintos graus de partilha de risco e de compensação retributiva [...]”. Finalmente, refira-se ter sido permitido aos profissionais a transição de um modelo para outro em qualquer momento, se “[...] observados os termos de acesso e a metodologia, definidos pela MCSP, bem como o número de USF estabelecido, anualmente, por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, de acordo com o n.º 2 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto.” – cfr. § 3 do Anexo ao Despacho n.º 24101/2007.

É nesta senda de alterações que surgem os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), pelo **Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro**²⁶, motivando novos desafios e exigências em termos de planeamento e gestão da prestação de cuidados de saúde, que implicaram uma alteração profunda no modelo de organização dos serviços a nível regional, desde logo pela extinção de todas as sub-regiões de saúde. Os ACES configuram uma forma organizativa destinada a incrementar o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, e potenciar os ganhos em saúde

²⁶ Este diploma conheceu, até ao presente momento, cinco alterações pelos Decretos-Leis n.ºs 81/2009, de 2 de abril, 102/2009, de 11 de maio, 248/2009, de 22 de setembro, 253/2012, de 27 de novembro e 137/2013, de 7 de outubro.

conseguidos pelas USF. O ACES²⁷ é um conjunto de UF, que agrupa um ou mais centros de saúde, e que tem por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica. Os ACES são serviços desconcentrados da respetiva ARS, estando sujeitos ao seu poder de direção – cfr. artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 28/2008.

Este diploma também se refere a cada tipo de UF que os ACES podem compreender, concretizando, nos termos do artigo 9.º, que a USF “[...] é disciplinada por legislação específica”. Indica também que a UCSP tem estrutura idêntica à prevista para a USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos, e a equipa é composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF – cfr. artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 28/2008.

Finalmente, importa notar que, nos termos do artigo 42.º, os centros de saúde deixam de estar sujeitos à vigência transitória do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, a partir do momento em que são integrados em ACES. Além do mais, foi definido o período de 90 dias para regulamentação deste regime.

A **Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril**, veio regular os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF. Para tanto, especifica os indicadores usados na contratualização de cada tipo de incentivos e a métrica de avaliação das metas contratualizadas. São assim previstos, no n.º 2 do artigo 2.º da referida portaria, que todas as USF devem observar 15 indicadores para os incentivos institucionais, 13 dos quais identificados no respetivo anexo I e dois outros selecionados entre indicadores validados pela ACSS (segundo a alínea b) do n.º 2 do artigo 2.º). O artigo 3.º faz depender o pagamento de incentivos a enfermeiros e secretários clínicos, da 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, segundo métrica de avaliação e critérios constantes do anexo II referida portaria.

²⁷ No Capítulo II sob o título “Unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde”, o artigo 7.º define as UF que podem integrar um ACES e que, nos termos do seu n.º 1, podem designar-se por (a) Unidade de saúde familiar (USF), (b) Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP), (c) Unidade de cuidados na comunidade (UCC), (d) Unidade de saúde pública (USP), (e) Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP) e outras unidades ou serviços, propostos pela respetiva ARS e aprovados por despacho do Ministro da Saúde. Além do mais, nos termos dos n.ºs 2 e 3, em cada centro de saúde componente de um ACES funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta, sendo certo que cada ACES tem somente uma USP e uma URAP. Importa notar que o Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) foi aprovado pelo Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril.

Em 11 de maio de 2009 surge o **Decreto-Lei n.º 102/2009**, que estabeleceu que os ACES integrados em ULS deveriam seguir, com as necessárias adaptações, o regime de organização e de funcionamento dos ACES previsto no anterior decreto-lei.

Em 21 de outubro, pelo **Despacho n.º 13795/2012**, foram estabelecidos os critérios e procedimentos de organização das listas de utentes nos ACES, com o intuito de manter atualizados os dados de inscrição dos utentes no Registo Nacional de Utentes (RNU) do SNS. A ideia assentou na criação de um mecanismo de atualização dos dados da inscrição para otimizar e gerir de forma eficiente os recursos e, simultaneamente, promover melhorias na acessibilidade aos cuidados e serviços de saúde, contribuindo para reduzir e eliminar o número de utentes sem médico de família. Conforme indicado no artigo 3.º do Despacho, a inscrição em lista de médico de família considera “[...] a disponibilidade de vagas na sua área de residência permanente e atendendo, sempre que possível, à sua preferência”, e o registo realiza-se “[...] preferencialmente por agregado familiar, devendo os sistemas de informação conter informação que permita agregar os utentes das famílias que partilhem a mesma habitação com vista a serem associados ao mesmo médico de família.”.

Importa mencionar que na sequência do entendimento do Tribunal de Contas plasmado no relatório da “Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários”²⁸ foram aprovadas algumas alterações aos regimes legais então em vigor.

Com efeito, em 2014 foi emitido pelos Gabinetes da Ministra de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde o **Despacho n.º 6080-B/2014, de 9 de maio**, que resultou, essencialmente, da jurisprudência e recomendações do Tribunal de Contas relativos ao modelo de organização, funcionamento e remuneração das USF. Nesse sentido, conforme decorre do seu artigo 1.º, o diploma em causa veio fixar os números máximos de USF a constituir (50), e as que transitavam do modelo A para modelo B (20), no ano de 2014.

Também a aprovação do **Despacho n.º 4389/2015, de 30 de abril**, resultou do entendimento formulado por aquele órgão de soberania²⁹ e, nesse seguimento,

²⁸ Relatório n.º 17/2014 - 2ª Secção, Processo n.º 32 /2012 – AUDIT.

²⁹ A propósito da atribuição de médico de família aos utentes do SNS, o Tribunal de Contas veio referir que, na realidade, o modo instituído da sua atribuição “[...] pode condicionar a liberdade de escolha dos utentes e causar assimetrias de acesso, consoante os utentes estejam, ou não, integrados nas listas dos médicos de família e consoante estes profissionais desempenhem funções numa UCSP, numa USF do modelo A ou numa USF do modelo B.”. Com efeito, a exclusão de utentes das listas de cada médico por razões administrativas, pode

pretendeu “[...] tornar ainda mais explícita e inequívoca a garantia de que não há eliminação das listas ou perda do direito a médico de família para quem opte por não ser frequentador [...] dos serviços.”. Assim, aquele regime veio definir os critérios e procedimentos de organização da listas de utentes dos ACES – cfr. artigo 1.º –, estabelecendo a classificação, por categorias, dos utentes que são registados nos ACES. No que respeita à inscrição em lista de Médico de Família, o artigo 3.º determina que deve ser respeitado o limite por cada profissional e em cada UF, considerada a área de residência permanente e, sempre que possível, a preferência do utente. Além disso, a prioridade na inscrição considera o agregado familiar, as utentes grávidas e os doentes crónicos – cfr. artigo 3.º.

Além do mais, compete a cada ACES, em colaboração com o gabinete do cidadão, da UF e do médico de família, atualizar a informação do RNU e proceder às incorreções ali verificadas, e divulgar o número de utentes por cada profissional médico, por ACES e locais, e que se encontrem inscritos nas listas³⁰.

A título de conclusão e revisão de todo o desenho legislativo até agora enunciado, pode afirmar-se que a criação, o funcionamento e a organização dos centros de saúde inicia-se em 1971 e, em 1996-1998, surgem alguns projetos pioneiros a que se seguiu a criação do RRE, ao mesmo tempo que se deu início ao processo de contratualização. Em 1999, ano em que foi aprovado o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, a rede de CSP do SNS sofre profundas alterações, designadamente pela atribuição de personalidade jurídica aos centros de saúde, com a responsabilização daí decorrente, e por conceber a existência e a integração nos centros de saúde de distintas UF, das quais se contam as USF. Contudo, esse diploma acabou por ser revogado pelo Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril, que, ainda assim, foi contestado por não ter em conta a diversidade das dimensões dos centros de saúde nem lhes conferir qualquer autonomia. Por isso, a revogação deste último diploma de 2003 ocorreu pelo Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de junho, que, por sua vez, repôs a

não se coadunar com o carácter preventivo e de promoção da saúde que também caracteriza a atividade dos cuidados de saúde primários e, nessa medida, justifica-se uma captação de doentes sem contactos registados por parte dos estabelecimentos de saúde.

Nessa medida, é entendido que “[...] os utentes não devem ser excluídos das listas de utentes de cada médico simplesmente por inexistirem contactos com os mesmos durante 3 anos”, tanto mais, porque, a mera existência de utentes sem médico de família traduz uma falta de “igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde” – cfr. pág. 27 do Relatório de Auditoria ao desempenho das UF de Cuidados de Saúde Primários, Relatório n.º 17/2014 - 2ª Secção, Processo n.º 32 /2012 – AUDIT.

³⁰ No *website* da ACSS pode ser consultado o relatório sobre o número de utentes inscritos, por ARS, ACES e Médico, nos cuidados primários, sob o título “Publicação Periódica sobre o Número de Utentes Inscritos nos Cuidados de Saúde Primários”, de maio de 2015.

disciplina do Decreto-Lei n.º 157/99, ripristinando-a, ainda que temporariamente, “[...] até à entrada em vigor de um novo e definitivo diploma [...]”³¹.

Ainda assim, em alguns documentos pode ler-se que o arranque ascendente de toda a reforma dos CSP ocorreu em 2006/2007, após o Governo ter criado, em 2005, a MCSP e ter adotado as Linhas Orientadoras para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, conforme será visto de seguida. Com efeito, apesar da figura das USF ter sido proposta em 1999, estas apenas em 2006 foram regulamentadas, e efetivamente implementadas em 2007. Entre 2008 e 2010 iniciou-se uma profunda transformação dos centros de saúde, com a constituição dos ACES e dos seus órgãos de governação e de gestão. Foi também uma fase de abertura das candidaturas a Unidades de Cuidados Continuados (UCC) e, ao longo do ano de 2010, foram constituídas outras UF dos ACES, designadamente as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Saúde Pública (USP) e as Unidades de Recursos Assistenciais partilhados (URAP).

Outros documentos relevantes

Outros documentos devem ser aqui considerados para melhor se perceber a sucessiva intervenção política nos cuidados primários em Portugal e que foram servindo, por isso, à fundamentação, revisão e revogação dos diplomas legais já vistos. Com efeito, conforme será possível perceber, várias foram as intervenções gizadas por distintos grupos e equipas de trabalho, todos criados com a missão especial de analisar a realidade do nível dos CSP do nosso sistema de saúde.

Na sequência da revolução de abril de 1974, as mudanças político-administrativas implicaram que o sistema de saúde apostasse no primeiro nível de cuidados, o que levou a que este fosse permeável a distintas intervenções que procuraram servir à sua (re)organização e (re)estruturação.

Conforme visto *supra*, as opções legislativas nesta temática foram-se (também) fundamentando, desde 2005, **no Programa do XVII Governo Constitucional (2005-2009)** que, à data, assumiu preocupações com as “[...] desigualdades em saúde que devem ser combatidas.”. Nesse sentido, conforme decorre do seu ponto V sob a epígrafe “Saúde: Um bem para as pessoas”, foi delimitada a necessidade de redefinir

³¹ Este decreto foi, por fim, revogado pelo artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 102/2009, de 11 de maio.

a política de saúde, reorganizar o sistema que deverá centrar-se no cidadão e a essencialidade dos cuidados primários, porquanto são estes o “[...] pilar central do sistema de saúde”. Mais ali se reflete sobre a adoção de medidas de política assentes na reestruturação dos centros de saúde, através da criação de USF que, por sua vez, devem assumir (a) pequenas equipas multiprofissionais e auto-organizadas, (b) autonomia organizativa funcional e técnica, (c) contratualização de uma carteira básica de serviços, (d) meios de diagnósticos descentralizados, e (e) sistema retributivo que premeie a produtividade, a acessibilidade e a qualidade. Estas deveriam ser integradas, em rede, podendo assumir diferentes enquadramentos jurídicos na sua gestão, quer pertencendo ao sector público administrativo (USF pública ou em RRE), quer pertencendo aos sectores cooperativo, social e privado. Além disso, reconhecia-se a necessidade de reforçar e desenvolver em cada centro de saúde um conjunto de serviços de apoio comum às USF, como a vacinação, saúde oral, saúde mental e consultorias especializadas, de reforçar os incentivos e a formação dos médicos de família e ainda, a necessidade de revogar o Decreto-lei n.º 60/2003. De entre as medidas a tomar no âmbito de uma política de centralidade do utente, importava promover o contacto direto paciente-profissional e a cobertura alargada pelas USF, até ao final de 2006, de, pelo menos, dois milhões de utentes, com atendimento durante 24 horas diárias e uma adequada articulação com cuidados hospitalares que, até ao final de 2005, deveria assentar em normas e mecanismos de referenciação, com priorização do atendimento das situações urgentes e orientação do doente no sistema.

A MCSP, criada por Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de outubro, elaborou um documento sob o título **“Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários”** (janeiro, 2006)³² no qual se

³² Conforme referido no mesmo documento, são julgadas como duas áreas prioritárias de atuação, a reconfiguração e autonomia dos centros de saúde e a implementação de USF e, para cada uma das ações, são apresentadas distintas medidas de atuação. A título de exemplo, refira-se que a propósito da reconfiguração e autonomia do centro de saúde, ali é realçada a necessidade de autonomia gestonária dos centros de saúde como força contrária à centralização do sistema nas ARS e nas SRS e em comunhão com o que a própria CRP determina dever ser o SNS, de gestão descentralizada e participada. Esta atribuição deverá resultar da motivação e mobilização dos próprios profissionais e tanto implica necessariamente, a reorganização dos serviços, a transferência de competências e de recursos das SRS e a contratação de outros recursos, em função de necessidades específicas. Contratualização e avaliação dos centros de saúde que na realidade terão sido iniciadas, ainda que de forma pouco robusta, em 1996/97 com as agências de contratualização de serviços de saúde. Por isso, na contratualização aqui proposta importaria a participação da equipa regional de apoio à reforma dos CSP, e deveria orientar-se pelos princípios e métodos previstos no Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de setembro, referentes aos centros de responsabilidade integrados (CRI). Além do mais ali se menciona a necessidade de implementar uma participação efetiva dos cidadãos e da comunidade nos centros de saúde e nas estruturas de contratualização do SNS – de que são exemplos, a reativação dos conselhos consultivos dos centros de saúde e a criação de ligas de amigos, ou também a criação de um Gabinete do cidadão e sistema de gestão de

reconhece a oportunidade histórica de desenvolver os CSP, com a modernização dos centros de saúde para se criar um sistema de saúde mais acessível, eficiente e equitativo. Neste documento referia-se que o novo modelo originado pelo projeto de RRE (1998) implicaria um ganho dos centros de saúde com um mais elevado grau de autonomia de gestão. No que respeita à implementação das USF, ali é reconhecido que nos países em que a medicina geral e familiar está mais avançada se assiste ao abandono da prática isolada que é substituída pela formação de grupos e de equipas – *group practices* e *family health teams*. Mais, as USF devem ser consideradas unidades elementares da vertente de prestação de cuidados individuais e familiares dos CSP e devem constituir-se por equipas multiprofissionais, com instalação de um sistema de informação próprio. Neste âmbito, detêm autonomia organizativa, funcional e técnica com estatuto semelhante aos centros de responsabilidade integrados (CRI)³³, favoráveis à dependência hierárquica e à avaliação de desempenho que deve munir-se de incentivos que tenham como objetivo apoiar e estimular o trabalho coletivo dos profissionais da USF, com base nos ganhos de eficiência conseguidos. Além disso, as USF podem contratualizar uma carteira de serviços básica e adicional e assumir, nos dias úteis, atendimento aos utentes, no próprio dia, de qualquer das listas dos MF. Também ali é feita menção ao conteúdo do projeto de cada USF³⁴, ao número de utentes que poderão estar inscritos, à dimensão mínima e máxima das USF, à carteira básica de serviços e contratualização da carteira de serviços adicionais (ex. alargamento da cobertura horária, internamento, saúde oral, psicologia clínica) e à definição dos níveis ou estádios de desenvolvimento³⁵, dos métodos de avaliação e de

utentes que deveria facilitar a comunicação entre o centro de saúde, enquanto instituição pública, e os cidadãos/comunidade, e dar apoio logístico ao Conselho Consultivo do centro de saúde. Além destas medidas, foram também consideradas outras atinentes à resposta dos cuidados primários à doença aguda e às situações urgentes e ali estabelecidas algumas medidas de atuação.

³³ O Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de setembro, estabelece o regime geral da criação dos centros de responsabilidade integrados, nos hospitais e centros hospitalares do SNS. Os CRI constituem estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando serviços e ou UF, homogêneos e/ou afins, e têm por objetivo melhorar a acessibilidade, a qualidade, a produtividade, a eficiência e a efetividade da prestação de cuidados de saúde, através de uma melhor gestão dos recursos.

³⁴ O projeto a apresentar pelo grupo de profissionais deve conter, designadamente, a constituição de equipa multiprofissional, com indicação do coordenador; a população abrangida; os compromissos relativos aos objetivos de desenvolvimento: a carteira de serviços; o plano de atividades com definição e quantificação de metas e objetivos a atingir; o plano de formação contínua de todos os profissionais; o horário de funcionamento e o regulamento.

³⁵ Os dois primeiros níveis são ali definidos como fases de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, sendo “[...] indispensáveis 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 terceiro nível permitirá aplicar a modalidade retributiva especial para os médicos e o sistema de incentivos para todos os profissionais, sensível ao desempenho e qualidade, a definir em diploma próprio que substituirá e alargará definitivamente o Decreto-lei n.º 117/98, de 5 de maio, que, como

incentivos, com consequente definição de metas temporais que deverão ser cumpridas pelo próprio Governo, pela MSCP e por outras entidades responsáveis, como as ARS ou a DGS.

Mais tarde, em 2008, a MCSP elaborou um documento sob o tema **“Sucessos e problemas das Unidades de Saúde Familiar”** (fevereiro de 2008) que serviu à identificação dos “[...] problemas e sucessos no processo de formação e atividade das novas USF [...]”, através de um método de análise qualitativo no qual participaram 210 profissionais de saúde – médicos, enfermeiros e administrativos – representando 73 USF, das cinco ARS. Foram identificados problemas de recursos humanos (tais como escassez, precariedade dos contratos e dificuldades associadas à contratação), formação, sistemas de informação, comunicação intersectorial, de incentivos, de equipamentos e de instalações³⁶. Quanto aos sucessos, foi assumido o aumento da acessibilidade dos cidadãos aos serviços, a autonomia, o trabalho em equipa, a satisfação e motivação profissional, e os novos sistemas de informação. No final, foi concluído que existe uma linha de pensamento coletivo coerente e o entendimento de que a aposta no sucesso deste projeto é o fio condutor.

O **Programa do XVIII Governo Constitucional (2009-2011)** defende que o SNS “[...] é uma das marcas de sucesso da democracia portuguesa” e reconhece que nos últimos 30 anos, a sociedade portuguesa alterou toda a sua demografia por força da redução da natalidade e do aumento da esperança de vida que fizeram crescer a importância da resposta aos problemas dos cidadãos idosos. Além disso, o País tornou-se mais urbano, ganhou novas acessibilidades, e tudo obrigou a repensar a rede de serviços de saúde. Além disso, o mesmo documento reconhecia que os indicadores relativos ao SNS melhoravam, mais pessoas tinham mais e melhor acesso a cuidados de saúde e daí que se reconhecesse a relevância de prosseguir a reforma do SNS. A propósito das reformas dos CSP, afirmava-se que, no mesmo ano de 2009, as 200 USF existentes acompanhavam já 2,2 milhões de portugueses e permitiam que mais cerca de 250 mil pessoas passassem a ter médico de família, pelo que, até ao

visto, aprovou o RRE. Por seu lado, o nível quatro assentará na contratualização do orçamento-programa com a agência de contratualização para uma USF estatal e no último nível só “[...] são admissíveis contratualizações externas com entidades/USF de propriedade ou com gestão não pública (cooperativas, convenção, ou outras).”.

³⁶ A título de informação adicional, refira-se que cada uma das categorias de profissionais envolvidas identificou os problemas e os sucessos que foram enumerados no documento, por ordem decrescente de importância, por cada uma das ARS e em cada uma, por cada categoria de profissionais. Curioso é perceber que não existe unanimidade, seja na sua relevância, seja na sua descrição, entre os profissionais que foram entrevistados para o estudo.

ano de 2013, as USF deveriam abranger todo o território nacional, além de que deveriam ser criadas UCC em todos os municípios do País.

O **Programa do XIX Governo Constitucional (2011-2015)** reconheceu que importaria “[...] levar a cabo uma utilização mais racional e eficiente dos recursos disponíveis, não apenas pelo objetivo da sustentabilidade, mas porque esta é absolutamente necessária para continuar a garantir o direito à proteção da saúde, o que implica reforçar os princípios da responsabilização pelos resultados, da transparência da gestão dos dinheiros públicos e o da imparcialidade objetiva e eficaz das decisões de política de saúde.”.

Como objetivos estratégicos, dever-se-ia, designadamente, continuar a melhorar a qualidade e o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, quer ao nível da organização, quer ao nível da prestação. Como medidas dirigidas à qualidade e acesso efetivo aos cuidados de saúde, impor-se-ia concluir os trabalhos do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, em concreto, procurar a “[...] promoção de estilos de vida saudáveis, tendo em perspetiva os objetivos de ganhos de saúde da população e programas nacionais e integrados; garantir a cobertura dos cuidados primários, assegurando o acesso a um médico de família à generalidade dos cidadãos, minimizando as atuais assimetrias de acesso e cobertura de natureza regional ou social e apostando na prevenção; reforçar o papel das entidades integrantes da Rede de Cuidados Primários criando mecanismos que permitam e induzam a autonomia de gestão de cuidados primários por parte dos profissionais de saúde, entidades privadas ou sociais [...] e] transferir, de forma gradual, alguns cuidados atualmente prestados em meio hospitalar para estruturas de proximidade, ao nível da Rede de Cuidados Primários e da Rede de Cuidados Continuados, ou mediante convenções.”.

O **Plano Estratégico** elaborado pela MCSP, em fevereiro 2010, reconhece que depois de lançadas as USF, a principal atenção devia dirigir-se ao funcionamento efetivo dos ACES e à implementação das suas UF. Por isso, foram definidos os eixos julgados essenciais para a consolidação e conclusão da reforma dos CSP, assentes na saúde da pessoa, da família e da comunidade; na governação clínica e de saúde; nos recursos humanos e desenvolvimento profissional; na gestão, organização e participação; e na inovação e qualidade. Nesse seguimento, ali se refere que a estratégia da reforma deve considerar como objetivos primordiais a qualidade dos cuidados de saúde, a recompensa pelas boas práticas profissionais, e a eficiência e a sustentabilidade do sistema de saúde.

Em 30 de novembro 2010, a ACSS publicou o **primeiro relatório do progresso da reforma dos CSP**, elaborado pelo designado Grupo de Coordenação Estratégica – CSP. O relatório destacou as prioridades para 2011, que assentavam, essencialmente, na necessidade de se estudar o custo-efetividade, o custo-benefício e o custo utilidade das USF, e ainda, de ser feita a medição de valor das intervenções de saúde e cálculo da relação custo-benefício global de projetos e outros métodos de priorização de projetos de intervenção em saúde da comunidade.

Em abril de 2011, foi apresentada uma proposta do mesmo Grupo de Coordenação para a reforma e o desenvolvimento organizacional dos CSP, no qual é recomendada a constituição, no Ministério da Saúde, no quadro do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), de um Gabinete de Análise, Planeamento e Coordenação Estratégicos³⁷ com carácter estrutural permanente junto da equipa ministerial ou na ACSS detendo, no entanto, um estatuto funcional autónomo, com o apoio logístico desta.

Em 30 de abril de 2011, foi também elaborado um segundo relatório sob o título **“Reforma dos Cuidados de Saúde Primários – Relatório de Progresso 2”**, no qual a ausência de autonomia contratualizada dos ACES é vista como um dos maiores entraves à prossecução da reforma nos cuidados primários, a par das dificuldades ao nível dos recursos humanos e dos sistemas de informação. Paralelamente, é proposto consolidar as mudanças já realizadas e desenvolver instrumentos de gestão e de governação clínica e organizacional.

O Memorando de Entendimento (MoU) sobre as Condicionalidades de Política Económica assinado entre o Estado português e a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional em maio de 2011, determinava, a respeito dos serviços de cuidados primários da saúde, que o Governo Português deveria prosseguir com a redução das consultas de especialidade e dos episódios de emergência e com a melhoria da coordenação de cuidados de saúde, aqui com o aumento de USF a contratar com as ARS, no 3.º trimestre do ano de 2011, e, mais

³⁷ De acordo com a proposta apresentada, o Gabinete a criar teria como atribuições as de, designadamente, manter permanentemente atualizado o quadro de necessidades em saúde e em cuidados de saúde da população, a nível nacional, proceder continuamente à análise estratégica das dinâmicas e da evolução do sistema de saúde em geral e do SNS, em especial, também a de zelar pela coerência da arquitetura do sistema de informação da saúde e do SNS e a de coordenar os macroprocessos de reforma e desenvolvimento integrado das redes de cuidados primários, hospitalares e dos cuidados continuados integrados, estimulando a autonomia-responsabilização dos ACES e das suas UF, bem como dos hospitais e das suas unidades autónomas de gestão.

tarde, no 4.º trimestre do mesmo ano, com uma mais efetiva prestação com a presença de médicos de família em áreas onde sejam necessários.

Num documento de trabalho elaborado pelo Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, no Ministério da Saúde, sob o tema do **“Reagrupamento dos centros de saúde – aspetos e princípios a ter em conta”**, de fevereiro de 2012, defende que os ACES devem assumir poder e responsabilidade na decisão, com preocupações de contratualização dos serviços, com o intuito de obter resultados de saúde, devendo ainda preocupar-se com a avaliação e monitorização dos resultados. Nesse sentido, propõe-se que os meios e os recursos das anteriores sub-regiões de saúde sejam recolocados ao dispor das Unidade de Apoio à Gestão (UAG) dos ACES. A ideia principal é a de que deverá ocorrer uma reestruturação dos ACES³⁸ e um reagrupamento dos centros de saúde com base nos pilares de descentralização das equipas multiprofissionais, ainda que interligadas e complementares entre si, da partilha de recursos, saberes e competências “transversais” das unidades funcionais, do desenvolvimento de uma gestão de proximidade, e de uma governação clínica e de saúde centrada nas pessoas, orientada para resultados (ganhos em saúde) e baseada em processos assistenciais e de saúde, definidos e avaliáveis. Além disso, ali se refere que o critério de sucesso essencial para qualquer reestruturação ao nível dos ACES (e dos seus órgãos de apoio) é: garantir pontos de interface e interação com os utentes e a comunidade; garantir as condições materiais e funcionais necessárias e suficientes “[...] para que as equipas e seus profissionais possam prestar cuidados de qualidade, sem sobressaltos, lacunas ou ruídos que prejudiquem a qualidade e os resultados do seu desempenho”; perceber o papel de liderança, estímulo e apoios dos órgãos dos ACES.

O mesmo Grupo Técnico, em setembro de 2012, apresentou uma **“Análise SWOT e recomendações para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários”**. Se, por um lado, ali se reconhece a evolução do sistema de saúde português, também se percebe que ainda existe um caminho a percorrer com “[...] vários problemas e obstáculos a superar”, embora se considere que a ameaça da persistente crise financeira e económica possa ser vista como uma oportunidade “[...] para modificar perspetivas e prioridades dos decisores políticos e dos líderes e elites sociais relativamente aos CSP [...]”. Foram selecionadas áreas que exigiam uma análise mais

³⁸ Conforme indicado no relatório, “[...] para garantia a capacidade adequada de ação dos órgãos e estruturas considera-se que cada ACES não deve incluir mais de 20 equipas/UF, no total de USF, UCSP, UCC, USP e URAP”. Ainda assim, admite-se que esta dimensão poderá ser ultrapassada, ainda que excecionalmente, e por razões geodemográficas e de contexto.

aprofundada, designadamente garantia da equidade de acesso a toda a população a cuidados primários de qualidade, sistemas de informação, recursos humanos, contratualização, otimização da gestão organizacional, liderança da reforma e processos de mudança, e apoio ao desenvolvimento organizacional dos CSP.

Ainda em 2013, foi publicado um documento elaborado pela ACSS em parceria com as ARS, atinente à **Metodologia de Contratualização para os cuidados de saúde primários no ano de 2013**³⁹, no qual se anota que o processo negocial entre ARS e ACES deve considerar, designadamente e em suma:

- (i) avaliar as necessidades em saúde regionais e locais;
- (ii) estimular a implementação de programas de governação clínica e de respostas adequadas aos problemas e necessidades em saúde de grupos específicos e da população no seu todo;
- (iii) promover a acessibilidade dos utentes, por um lado, através do cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos definidos na legislação em vigor e, por outro lado, pelo desenvolvimento de circuitos de coordenação e referenciação de utentes;

³⁹ A propósito da contratualização percebe-se que é esta uma característica essencial da reforma que se pretendeu implementar nos cuidados primários no SNS. Este procedimento foi sendo configurado e concretizado através de distintos documentos, a saber:

- em 2009, a ACSS publicou, em 3 de janeiro, pela primeira vez, um documento que pretendeu operacionalizar a metodologia de contratualização das USF - “Metodologia de Contratualização para as USF modelo A e modelo B e que divulgou as regras de cálculo para os indicadores usados nos incentivos financeiros das USF modelo B;
- também em 2009, a mesma ACSS publicou, para as USF e UCSP, o cálculo de indicadores de desempenho – “Critérios a observar na sua implementação” - , no qual foram definidas as regras de cálculo e os bilhetes de identidade dos indicadores usados nos incentivos institucionais, nos incentivos financeiros e nas atividades específicas;
- em fevereiro de 2010, foi publicada a “Metodologia de Contratualização para as mesmas USF e UCSP” e ali se estabeleceu metodologia de contratualização com as USF modelo A e B, introduziu-se a contratualização nacional com as UCSP e operacionalizou-se a contratualização interna efetuada entre os responsáveis dos ACES e das UF;
- os indicadores de contratualização externa foram estabelecidos para os ACES por documento sob o título “Metodologia de Contratualização para o ano de 2010”. Neste documento estabeleceu-se que a contratualização dos ACES se baseava em 14 indicadores definidos a nível nacional, 4 selecionados a nível regional e 2 a nível local e definiu-se a implementação experimental, de dois instrumentos previsionais junto dos recém-criados ACES: O Plano de Desempenho (PD) e o Contrato-Programa (CP). Estes instrumentos surgiram devido à necessidade de promover a autonomização e responsabilização dos prestadores para melhor responder às necessidades em saúde das populações;
- o documento intitulado “Bilhete de Identidade dos Indicadores de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários” foi publicado pela ACSS, em janeiro de 2013, veio definir as regras de cálculo e as especificações de registo de uma matriz de 100 indicadores de contratualização e monitorização, abrangendo um maior número de áreas clínicas e alargando o número de indicadores de resultado que estão disponíveis no processo de contratualização nos cuidados de saúde primários. Além do mais, resultou de um trabalho de cooperação com os Departamentos de Contratualização de cada ARS, o colégio da especialidade da Ordem dos Médicos e com a USF-AN.

- (iv) coordenar o acompanhamento dos utentes que necessitem de cuidados hospitalares em ambulatório ou internamento, e cuidados após a alta, designadamente, cuidados continuados integrados paliativos, convalescença e domiciliários;
- (v) otimizar a utilização dos recursos do SNS disponíveis conforme as necessidades clínicas observadas;
- (vi) considerar o envolvimento e responsabilização dos cidadãos e das comunidades, através de órgãos e de práticas formais (gabinetes do cidadão e conselhos da comunidade) e informais que promovam a participação e a cidadania em saúde;
- (vii) fortalecer a integração dos cuidados de promoção da saúde, de prevenção, de proteção da saúde individual e coletiva, da capacitação dos indivíduos e do envolvimento intersectorial;
- (viii) fomentar o processo de contratualização interna nas diferentes UF, que reforce a autonomia e a responsabilidade das equipas;
- (ix) desenvolver competências de gestão organizacional e de controlo de gestão, nomeadamente na área da gestão financeira de recursos humanos, de instalações e equipamentos, de recursos materiais e aprovisionamento, de sistemas de informação, entre outras, e
- (x) garantir o compromisso assumido de contenção de custos, de sustentabilidade económica do SNS e de melhoria do acesso e da qualidade dos cuidados que são prestados.

Nesse seguimento, os Departamentos de Contratualização das ARS deverão monitorizar a qualidade e a coerência dos processos de contratualização interna que, à data do documento que se analisa, deveriam decorrer até dia 30 de abril de 2013, com submissão do Plano de Desempenho pelos ACES até dia 10 de maio⁴⁰. Diga-se que é após uma fase de contratualização interna que compete ao Diretor Executivo e ao Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES elaborarem uma proposta de Plano de Desempenho – que inclui, entre outros aspetos, propostas de metas⁴¹ –, a

⁴⁰ Conforme decorre do mesmo documento para 2013, o processo de contratualização externa, ou seja, as negociações entre as ARS e os ACES, deveriam culminar com a assinatura do Contrato-Programa (no caso, até ao dia 31 de maio). Por outro lado, o processo de contratualização interna é encerrado com a assinatura das cartas de compromisso entre o ACES e as USF/UCSP (no caso, até ao final do mês de maio de 2013).

⁴¹ A propósito das negociações de metas para as USF e UCSP, o documento anota que a sua definição “[...] depende da negociação a ser efetuada entre o ACES e as unidades funcionais que o compõem. As metas devem ser exigentes, mas viáveis, com o fim de garantir os melhores resultados em saúde, a motivação dos profissionais e o desenvolvimento organizacional das equipas.”. Além disso, a proposta deve considerar, o Plano de Ação da UF, o Plano de Atividades do ACES e os Planos de Saúde (regionais e nacional); o histórico de

negociar em fase de contratualização externa que culmina com a assinatura do Contrato-Programa. Com efeito, seja o Plano de Desempenho, seja o Contrato-Programa dos ACES são, por excelência, “[...] os 2 verdadeiros instrumentos de transferência de autonomia e de responsabilidade para os responsáveis dos cuidados de saúde primários.”. Ora, o Plano de Desempenho é um documento estratégico negociado anualmente com o ACES, relativamente, por exemplo, a indicadores populacionais de cariz sociodemográfico, socioeconómico e de resultados em saúde, no qual são também definidas prioridades assistenciais para o ano seguinte e são explicitados os recursos materiais, humanos e financeiros disponibilizados. Por seu lado, o Contrato-Programa deve ser outorgado entre o ACES e a ARS, deve estar alinhado com o definido no Plano e concretiza “[...] o compromisso assumido ao identificar claramente as obrigações e as contrapartidas de ambas as partes e as regras de acompanhamento, monitorização e avaliação das atividades a desenvolver pelo ACES.”.

Como contributo para melhor se perceber a reforma que tem sido implementada ao nível dos cuidados primários, veja-se a **Declaração de Aveiro** que resultou do 7.º Encontro Nacional das USF, de 16 de maio de 2015, organizado pela Associação Nacional das USF (USF-AN) e com a participação de vários elementos em funções em unidades de CSP. Ali reconhece-se que as reformas concretizadas têm contribuído para um Estado “mais amigo das pessoas”. Não obstante, se se julga que as USF são um projeto de sucesso e evolutivo, certo é que “[...] o país não evoluiu no mesmo ritmo [...] incluindo o conjunto dos cuidados de saúde primários e o Serviço Nacional de Saúde.”.

É ainda afirmado que alguns ACES “[...] são demasiado grandes para serem próximos e [...] a descentralização das competências acumuladas pelas ARS, ainda está por concretizar 7 anos depois da sua criação.”. Além do mais, os processos de contratualização, além de estarem atrasados, assentam em critérios e metas excessivos e mal fundamentados. Por isso, ali se pugna por um novo ciclo de transformação dos cuidados primários do país, porque a reforma até então “[...] centrou-se na criação de um novo tipo de organização para os cuidados de saúde primários” e agora é tempo de se centrar mais nas pessoas do que nas organizações, daí que se fale em centralidade das pessoas no sistema de saúde.

resultados do indicador na UF, na região e a nível nacional; os recursos disponíveis em cada USF/UCSP, ainda, as boas práticas de prestação de cuidados de saúde, assim como uma melhoria ao nível da acessibilidade, da satisfação dos utentes e do desempenho assistencial e económico-financeiro.

Como visto, nas sucessivas alterações que foram sendo introduzidas na organização e na orgânica dos centros de saúde, pressupunham-se diferentes graus de autonomia administrativa, ainda que, em comum, se tenha mantido a ideia de prestação de serviço público de CSP em estabelecimentos públicos dotados de meios e de recursos humanos com vínculo laboral público, tutelados pelas administrações regionais de saúde, que asseguram o financiamento público. Com efeito, as USF apresentaram-se como a nova UF multiprofissional, sem autonomia financeira mas com autonomia funcional e técnica. Mas as reformas introduzidas desde o início do presente século procuraram desenvolver um sistema de incentivos orientados para a realização da produção e gestão por objetivos, com o intuito de maior descentralização, por via da autonomia de gestão e responsabilização. Além disso, percebe-se que foram muitos os grupos e equipas criados pelo Governo para discutir e apresentar propostas de reforma nos cuidados primários, e em concreto, para delinear projetos de lançamento e posterior acompanhamento das USF.

A este respeito, recorde-se que em 2005 surgiu o Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e a MCSP; em 2010, o Ministério da Saúde apresentou um novo modelo de governação da reforma dos cuidados primários assente nas propostas da Coordenação Nacional e da Coordenação Estratégica; ainda, em outubro de 2011, foi constituído, sob a dependência direta do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, o Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários.

Houve pois, uma sucessão de vários grupos de trabalho e equipas que, pela sua missão têm contribuído para uma sucessão de documentos e propostas que, assentam na descentralização, na autonomia e responsabilização de gestão, pela articulação entre UF, na eficiência funcional e no envolvimento dos utentes e da comunidade. Ainda assim, identifica-se na evolução legislativa avanços e recuos na reforma dos CSP e sua implementação, que também se deverão à sucessão das mencionadas equipas, à sua não cooperação e à sua extinção sem que tenha havido sempre uma monitorização dos progressos no terreno sobre a execução da reforma.

2.2. Análise comparativa entre as USF e as UCSP

Analizada a sucessão legislativa e os documentos publicados que serviram de base à reforma dos cuidados primários, existe atualmente uma divisão territorial e

administrativa em ACES que integram UF distintas, nomeadamente Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), USF e UCSP – cfr. Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. A comparação entre USF e UCSP justifica-se por estas últimas se assemelharem ao modelo organizacional de centro de saúde clássico (anterior à criação das USF), que se manteve nos casos em que os profissionais não quisessem ou não existissem condições para constituir uma USF. O papel basilar das USF e UCSP na estrutura dos centros de saúde encontra-se desde logo patente no decreto-lei que criou os ACES, quando estabelece que “em cada centro de saúde componente de um ACES funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP [...]” – cfr. n.º 2 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro.

A reforma que tem vindo a ser promovida no sistema de saúde português assume que as competências das diferentes classes de profissionais devem ser aproveitadas, assim como deve ser potenciada a autonomia e cooperação entre as equipas e entre os profissionais e responsabilizá-los pela prestação de cuidados de saúde com qualidade e adequação, em tempo útil e com o menor custo. Nesse sentido, é relevante, desde logo, que exista uma clara distinção entre a missão, as características, e as atribuições de cada UF, sem embargo de todas deverem ser capazes de adaptar o seu funcionamento às necessidades do indivíduo, da sua família e da comunidade, privilegiando as dinâmicas funcionais em rede, o trabalho multidisciplinar e integrado, na procura de resultados positivos em saúde.

Porém, os resultados e as vantagens do atual modelo organizacional de CSP não são consensuais. O Relatório Primavera de 2014, intitulado “Saúde, Síndrome de Negação”, publicado pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde, assinala como aspetos negativos da reforma de CSP as dificuldades recorrentes dos sistemas de informação, a incapacidade de resposta à diminuição de recursos humanos, e a fragilidade de algumas UF, nomeadamente as USP e as URAP.

Por outro lado, a reforma implementada nos CSP, com o desenvolvimento do modelo USF, não deixa de revelar alguns constrangimentos. O Relatório Primavera de 2013, intitulado “Duas Faces da Saúde”, faz clara menção à reforma dos CSP para reconhecer que, não obstante, a implementação de algumas medidas positivas, “[...] continuam a persistir ações e omissões controversas, principalmente entre aqueles que localmente têm sido a principal força motriz na promoção desta reforma, os profissionais no terreno. Nomeadamente o processo de contratualização continua com atrasos recorrentes, foco de conflitualidade e mal aceite pelos coordenadores e

prestadores e considerado inadequado pelos profissionais”, sendo igualmente sinalizados atrasos na abertura de novas USF.

No mesmo sentido, o relatório intitulado “O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2014/2015: Questionário aos Coordenadores de USF”⁴², identificou como áreas de maior insatisfação dos coordenadores destas unidades o processo de contratualização, a falta de transparência e de equilíbrio na negociação, essencialmente por não serem acauteladas as especificidades de cada USF, e “embora se tenha registado um aumento do número de USF com direito a incentivos institucionais, a maioria tem estes incentivos em dívida”. Ainda assim, a maior parte dos coordenadores “encara o processo de contratualização como um estímulo para trabalhar com maior qualidade, e verifica-se que a quase totalidade das USF de modelo A pretende evoluir para modelo B”.

A Unidade de Saúde Familiar

Na sequência da regulamentação das USF pelo Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de fevereiro, o Decreto-Lei n.º 298/2007, mais tarde retificado pela Declaração de Retificação n.º 81/2007, de 12 de setembro⁴³, veio definir o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, independentemente do vínculo laboral estabelecido, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B – cfr. Capítulo VII. Nos termos dos n.ºs 1 e 2 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, a USF pode ser uma das UF que compõe um ACES, sendo certo que em cada centro de saúde funciona, pelo menos, uma USF ou uma UCSP. Em comum com as demais UF, a USF deve apresentar uma equipa multiprofissional “[...] com autonomia organizativa e técnica e atua[r] em intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES” – cfr. artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro.

⁴² Publicado pela Unidades de Saúde Familiar – Associação Nacional, em 13 de maio de 2015, em Lisboa.

⁴³ Conforme a declaração de retificação, no Decreto-Lei n.º 298/2007, publicado no Diário da República, 1.ª série, n.º 161, de 22 de agosto de 2007, onde se lê no n.º 7 do artigo 28.º, “As componentes previstas na alínea c) do n.º 3 e na alínea a) do n.º 4 são consideradas para efeitos de aposentação ou reforma e para efeitos de abono de vencimento de exercício perdido em virtude de faltas por doença ou de proteção social na eventualidade doença”, deve ler-se, “As componentes previstas na alínea a) do n.º 3 e na alínea a) do n.º 4 são consideradas para efeitos de aposentação ou reforma e para efeitos de abono de vencimento de exercício perdido em virtude de faltas por doença ou de proteção social na eventualidade doença.”.

As USF têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, devendo garantir a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos, e assumem-se como as “[...] unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares [...]”, passíveis de serem organizadas de acordo com um dos três modelos definidos. Para tanto, e conforme já visto, a lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as USF em modelo A, B ou C⁴⁴, foram elaboradas pela MCSP em articulação com cada ARS e a ACSS, e aprovadas pela tutela. Apesar da previsão destes três modelos, que de seguida se descrevem, e da existência de um Grupo de Trabalho constituído para analisar as condições de abertura do modelo C de USF, nos termos previstos no Despacho n.º 12876/2012, de 19 de setembro⁴⁵, neste momento, apenas existem USF de modelo A e B.

Os três modelos assumem diferentes patamares de autonomia, aos quais correspondem distintos graus de partilha de risco e de compensação retributiva. A classificação em modelo B admite como critério que “o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efectiva, e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente e uma participação no processo de acreditação das USF” – cfr. Despacho n.º 24 101/2007, de 22 de outubro. Com efeito, o modelo B pressupõe um grau de amadurecimento operacional superior ao das USF modelo A, modelo de gestão que “[c]orresponde 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” – cfr. o despacho referido. A passagem pelo modelo A é 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” – cfr. o despacho referido. O modelo C é apresentado como modelo experimental, a regular por diploma próprio, “com carácter supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS”, e abrange as “USF dos sectores social, cooperativo e privado, articuladas com o centro de saúde, mas sem qualquer dependência hierárquica deste, baseando a sua actividade num

⁴⁴ O Despacho n.º 24 101/2007, de 22 de outubro, veio aprovar a lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as USF em três modelos de desenvolvimento, A, B e C.

⁴⁵ O Grupo de Trabalho elaborou um documento “Condições de abertura das USF Modelo C ao sector social e cooperativo a título experimental – Recomendações e Propostas” em que, entre outras, propõe a conclusão do processo de atualização de listas de utentes de forma a identificar as áreas com incapacidade de resposta em termos de médicos de família, junto de cada uma das ARS, e com potencial para a implementação de USF modelo C – cfr. Relatório do Tribunal de Contas n.º 17/2014 - 2ª Secção, Processo n.º 32 /2012 – AUDIT.

contrato-programa, estabelecido com a ARS respectiva [...] e sujeitas a controlo e avaliação externa” – cfr. Despacho n.º 24 101/2007, de 22 de outubro.

Ainda, deve a USF estruturar-se com autonomia organizativa, funcional e técnica, e deve ser integrada numa lógica de rede com outras UF do centro de saúde ou da ULS, sendo, aliás, parte integrante daquele. Deve ainda reger-se pelos princípios definidos no artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 12 de setembro, já melhor considerados no presente documento.

No que respeita aos indicadores de desempenho a observar por cada UF, foram estes definidos, para o ano de 2015, no documento designado por “Bilhete de Identidade dos Indicadores de contratualização dos cuidados de saúde primários” (BII), elaborado pela ACSS. Aqui, é considerada toda a atividade das USF, e também das UCSP, sem prejuízo das “[...] particularidades ou mesmo exceções específicas de determinados indicadores que ali são referidas”, e que seja dirigida a “[...] todos os utentes inscritos na unidade funcional e realizada por profissionais dessa unidade [e não] a atividade realizada por profissionais de outras unidades de saúde a utentes da unidade”. Nesse sentido, não é contabilizada a atividade “[...] realizada pelos profissionais da unidade, a utentes inscritos na unidade funcional, quando a mesma é realizada em serviço de atendimento complementar (ou afins).”.

O processo de contratualização interna entre os ACES e as USF inicia-se com a apresentação, pela equipa multiprofissional, do compromisso assistencial, negociado através de uma carteira básica de serviços, por áreas de intervenção, por atividades/cuidados prestados e indicadores de desempenho, enquanto o processo de contratualização externa entre as ARS e os ACES baseia-se no plano de desempenho e no contrato-programa.

A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Conforme resulta claramente do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, as UCSP são, nos termos do artigo 7.º do referido diploma, uma das UF que podem constituir um ACES, sendo certo que no mesmo devem estar integradas, pelo menos, uma USF ou uma UCSP.

Ainda, conforme resulta do artigo 10.º, as UCSP assumem uma estrutura idêntica às USF e prestam cuidados personalizados, com garantia da acessibilidade, continuidade

e globalidade, através uma equipa que é composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF. Além disso, desenvolve com autonomia organizativa e técnica a sua atividade, integrada numa rede com as demais UF.

Com o intuito de facilitar a discussão, importa, esquematicamente, apontar as características definidoras das USF e das UCSP, considerada a legislação aplicável, para identificar as principais diferenças entre estes modelos.

Tabela 1 – Características das USF e das UCSP

USF	UCSP
Princípios de atuação	
- garantia da acessibilidade, da globalidade, da qualidade e da continuidade dos cuidados de saúde; - acessibilidade, personalização e efetivação dos cuidados, aliados a objetivos de eficiência e qualidade; - cooperação e solidariedade entre os membros da equipa; - avaliação com vista a adoção de medidas corretivas, quando necessárias.	
- autonomia no cumprimento do plano de ação; - gestão participativa de todos os profissionais, com salvaguarda dos conteúdos funcionais de cada grupo profissional e das competências específicas atribuídas ao conselho técnico.	
Missão e atividade	
- unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais; - a atividade das UF desenvolve-se com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com outras UF do centro de saúde ou da unidade local de saúde. - as UF são parte integrante do centro de saúde.	
Constituição das equipas e das listas de utentes	
- podem ser organizadas em três modelos de tipo A, B e C; - cada médico deve ser titular de uma lista de, em média, 1.550 utentes que privilegia a estrutura familiar (dimensão mínima de 1.917 unidades ponderadas⁴⁶); - a cada enfermeiro devem ser confiadas 300 a 400 famílias; - a cada colaborador administrativo correspondem, em média, 2.000 utentes de uma lista padrão nacional.	- a equipa é composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF; - cada médico tem um número base de 1.550 utentes inscritos, para um horário de 35h/semanais, que privilegia a estrutura familiar mas que pode variar consoante a carga horária de trabalho semanal; - cada enfermeiro terá entre 300 a 400 famílias inscritas na sua lista, e cerca de 1.550 utentes; - 2.025 utentes inscritos por assistente técnico.
Dimensão da população inscrita	
- a população abrangida corresponde aos utentes inscritos nas listas dos médicos que integram a equipa multiprofissional.	
- em regra, a população inscrita não deve ser inferior a 4.000 utentes nem superior a 18.000 utentes, salvo, quando as características geodemográficas da área abrangida pelo centro de saúde o aconselhem, não devendo	- a população inscrita, por regra, não deverá ser inferior a 3.000 utentes ou superior a 18 000 utentes, salvo situações devidamente justificadas e consideradas as características geodemográficas e os recursos existentes.

⁴⁶ Estas unidades ponderadas estão definidas no n.º 4 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto.

USF	UCSP
a redução ou o aumento de população inscrita exceder um quarto do valor referido no número anterior.	
Organização interna e estrutura orgânica	
- regulamento interno que consagra, nomeadamente, a missão, os valores, as intervenções e áreas de atuação dos grupos que integram a equipa, o horário de funcionamento, o sistema de marcação de consultas e renovação de prescrições, bem como a carta de qualidade; - a estrutura orgânica é composta pelo coordenador da equipa, o conselho técnico e o conselho geral; - o coordenador é designado pelo diretor executivo do ACES, de entre os médicos especialistas em MGF, com o grau de consultor com, pelo menos, cinco anos de experiência efetiva na especialidade, e deve deter competências no exercício das funções de coordenação e gestão de equipa, competência técnica e formação em gestão.	
- o período de funcionamento é das 8 às 20 horas, nos dias úteis, mas pode ser reduzido ou alargado, de acordo com as características geodemográficas da área de cada USF, a dimensão das listas de utentes e o número de elementos que integram a equipa multiprofissional.	- o seu funcionamento normal decorre entre as 8 e as 20 horas nos dias úteis, podendo o horário de funcionamento ser alargado até às 24 horas, nos dias úteis, e, eventualmente, aos sábados, domingos e feriados, em função das necessidades em saúde da população e características geodemográficas da área por eles abrangida e da disponibilidade de recursos.
Plano de ação e compromisso assistencial	
- a carteira assistencial está prevista pela Portaria n.º 1368/2007, na qual é explicitado o que deve ser obrigatoriamente contratualizado como fundamental em termos de cuidados de medicina geral e familiar e de enfermagem (núcleo base de serviços clínicos, secretariado, clínico/administrativo, funcionamento, dimensão da lista, de utentes e formação contínua.).	
- o contrato programa concretiza o compromisso assumido entre as partes e identifica as obrigações e as contrapartidas, as regras de avaliação e de controlo das atividades a desenvolver; - o compromisso assistencial é formalizado anualmente, mediante carta de compromissos acordada entre o coordenador da USF e ACES, é ainda homologado pelos Conselhos técnicos das USF, Conselhos Clínicos dos ACES e Departamentos de Contratualização das ARS; - é constituído pela prestação de cuidados incluídos na carteira de serviços, com indicação dos seus objetivos, indicadores e metas; - varia em função das características da população abrangida, dos períodos de funcionamento e cobertura assistencial e das atividades da carteira adicional de serviços; - a USF pode colaborar com outras UF do centro de saúde (saúde escolar, oral e ocupacional; projetos dirigidos a cidadãos em risco de exclusão social, etc.).	- o plano de ação contém o compromisso assistencial, objetivos, indicadores e metas a atingir na acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência; - é acordado pelo período de 3 anos, com metas anuais e sucessivamente ajustadas; - no compromisso assistencial é garantido a prestação de cuidados de saúde pessoal e familiar, ainda que possam ser contratadas carteiras adicionais, se supletivas aos serviços já prestados aos utentes do ACES.
Recursos humanos, técnicos e físicos	
- é celebrado anualmente o contrato-programa entre o ACES e a respetiva ARS, no qual são estabelecidas as regras a que devem obedecer as unidades do ACES a fim de poderem funcionar como centros de produção e de custos; - os recursos das USF são-lhe afetados pelo	- é celebrado anualmente o contrato-programa entre o ACES e a respetiva ARS, no qual são estabelecidas as regras a que devem obedecer as unidades do ACES a fim de poderem funcionar como centros de produção e de custos; - existe uma partilha de recursos do ACES, através da UAG e da URAP (gestão de pessoal,

USF	UCSP
centro de saúde, podendo ser comuns e, por isso, partilhados, com as demais unidades; - os recursos financeiros são negociados anualmente entre a USF e o centro de saúde e constam da carta de compromisso (no caso da sua não disponibilização, a unidade não pode ser responsabilizada pelo incumprimento do plano de ação); - os profissionais assumem uma responsabilidade solidária entre si, dentro de cada grupo profissional; - a remuneração mensal dos médicos integra uma remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho e, ainda, pelas atividades de formação de internos e de coordenação; - as compensações de desempenho estão associadas ao aumento das unidades ponderadas da lista mínima de utentes dos médicos por força das atividades específicas de vigilância a utentes vulneráveis e de risco, segundo as orientações técnicas da DGS⁴⁷; - os enfermeiros e o pessoal administrativo auferem de uma remuneração mensal que integra uma remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho; - podem ser atribuídos outros incentivos como prémios institucionais e financeiros à equipa multiprofissional e que visam estimular e apoiar o desempenho coletivo tendo em conta os ganhos de eficiência conseguidos que são distribuídos por toda a equipa; - a instalação de equipamentos e recursos deve reunir condições ao tipo de cuidados de saúde.	aprovisionamento e contabilidade); - cada USCP deve instalar-se num único espaço físico ou em mais do que um (se as características geodemográficas e de recursos assim o determinarem); - a remuneração mensal dos médicos integra uma remuneração base que obedece ao regime de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas; - a instalação de equipamentos e recursos deve reunir condições ao tipo de cuidados de saúde, com vista a garantir a qualidade, bem como a formação pré e pós graduada e contínua.
Monitorização e avaliação da atividade	
- incumbe aos órgãos dos ACES; - incide nas áreas da disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efetividade, eficiência e satisfação, (podem ser consideradas algumas especificidades locais e regionais, quando se vislumbrem fatores corretivos e niveladores da matriz nacional); - modelo de matriz nacional e aplica a auto avaliação, avaliações interpares e cruzadas; - podem apresentar candidatura a qualquer outro modelo.	

⁴⁷ Conforme resulta do artigo 29.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, a compensação associada às atividades específicas dos médicos está relacionada como aumento das unidades ponderadas da lista mínima de utentes dos médicos por força das atividades específicas de vigilância a utentes vulneráveis e de risco, segundo as orientações técnicas da DGS, nos termos seguintes:

- A vigilância, em planeamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano — uma unidade;
- A vigilância de uma gravidez — oito unidades;
- A vigilância de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano — sete unidades;
- A vigilância de uma criança, no segundo ano de vida, por ano — três unidades;
- A vigilância de uma pessoa diabética, por ano — quatro unidades;
- A vigilância de uma pessoa hipertensa, por ano — duas unidades.

Nos termos do n.º 2, as atividades específicas previstas no número anterior são contratualizadas anualmente e constam da carta de compromisso e, conforme o n.º 3, os critérios para atribuição de unidades ponderadas às atividades específicas previstas no n.º 1 são definidos pela DGS.

USF	UCSP
Indicadores de desempenho	
- os indicadores de desempenho são semelhantes a ambas as UF (constam do documento “Bilhete de Identidade dos Indicadores de contratualização dos cuidados de saúde primários”), ainda que as metas acordadas devam ser estipuladas considerados os meios e organização de cada uma, ainda que seja estipulado um mínimo obrigatório de indicadores decorrentes dos contratos programa de cada ACES; - investimento na qualidade dos registos clínicos; - sistemas de informação.	

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Em síntese, as principais diferenças entre os modelos de gestão considerados assentam desde logo no modelo de adesão das USF, que parte da iniciativa da equipa multiprofissional, mediante a apresentação voluntária de uma candidatura, enquanto nas UCSP se manteve o modelo anterior de centro de saúde, nos casos em que os profissionais não quiseram ou não existiam condições para constituir uma USF. Por outro lado, as UCSP não têm autonomia no cumprimento do plano de ação e não têm gestão participativa dos profissionais, como ocorre nas USF. Ainda nas USF encontra-se previsto um regime de incentivos associados à atividade, que podem ser atribuídos como prémios ao nível institucional e/ou à equipa multiprofissional, não se encontrando previsto o pagamento com base no desempenho nas UCSP.

2.3. Análise internacional

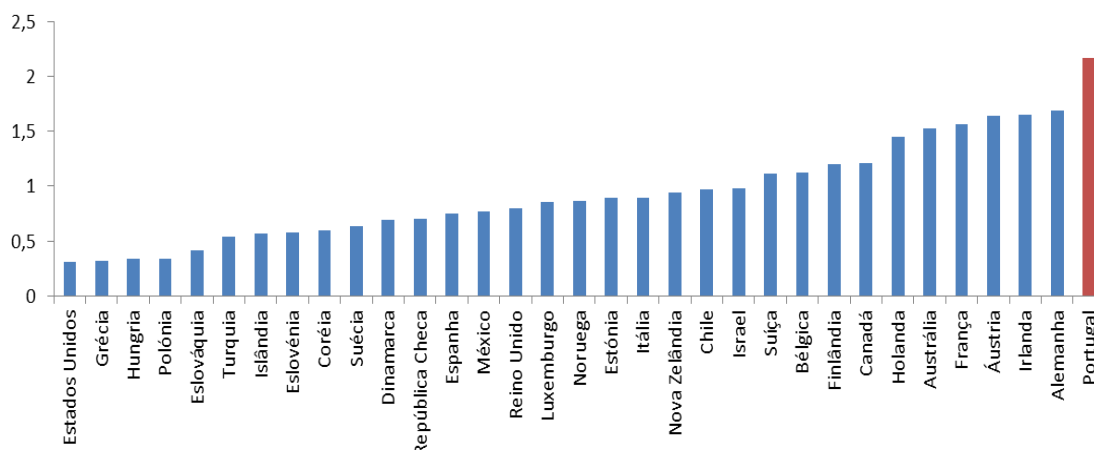
A OMS em 2008, publicou o Relatório Mundial de Saúde sob o tema “Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais do que Nunca”, no qual reafirmou a necessidade de continuar a reformar e a investir nos cuidados primários, ao mesmo tempo que reconhece que Portugal é um exemplo pelo sucesso que tem conseguido alcançar na melhoria do nível de saúde dos seus cidadãos.

Mais recentemente, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) publicou um documento “Reviews of Health Care Quality: Portugal, 2015”, onde é evidenciado que os CSP em Portugal têm tido um bom desempenho com base num conjunto lato de indicadores da OCDE⁴⁸. É mencionado que as iniciativas criadas são dinâmicas e inovadoras, tendo sido destacada, a título exemplificativo, a introdução das USF.

⁴⁸ OECD (2015), OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>.

Comparando Portugal com outros países da OCDE, verifica-se que atualmente Portugal é o país com mais médicos de clínica geral (aqui estão incluídos os médicos com especialidade em medicina geral e familiar e outros médicos não especialistas) por 1.000 habitantes do grupo de 33 países da OCDE, seguido pela Alemanha, Irlanda e Áustria (gráfico 1).

Gráfico 1 – Médicos de clínica geral por 1.000 habitantes, 2013 (ou o ano mais recente)

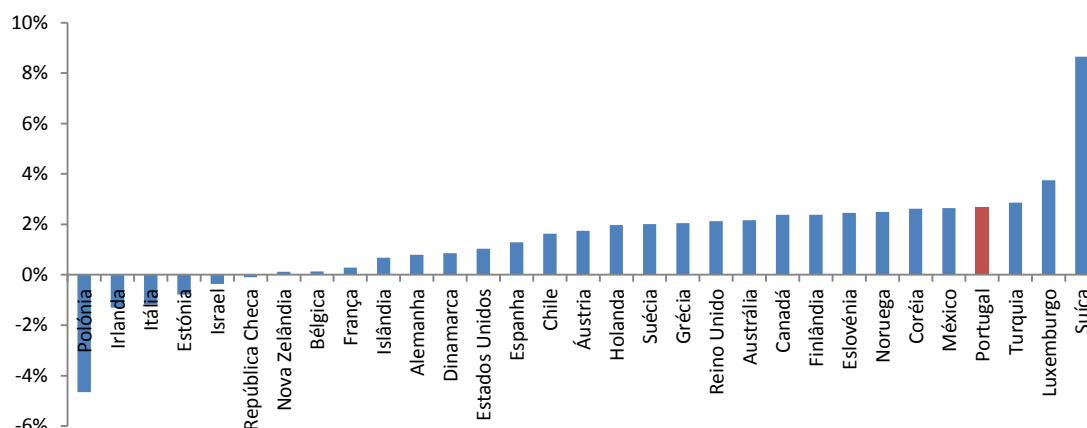


Fonte: *OECD Health Statistics 2015*. Nota: para a Eslováquia, Suécia, México, Reino Unido, Estónia, Israel e Alemanha os dados são relativos a 2014; para a Islândia e França os dados são de 2012; para a Espanha os dados são de 2010; para o Canadá os dados são de 2007; e para os restantes países os dados são relativos a 2013. Para Portugal os dados relativos aos médicos de clínica geral englobam os profissionais ativos a praticar a atividade de medicina geral, os profissionais habilitados à prática mas ativos noutras atividades e os inativos. Outros países não consideram este universo.

A taxa de crescimento médio anual do número de médicos de clínica geral por 1.000 habitantes, entre 2000 e 2013, em Portugal, foi a quarta maior taxa, inferior à da Suíça, Luxemburgo, e Turquia. A análise do número de médicos de clínica geral a nível nacional será complementada com a avaliação da distribuição regional e com a distância que a população tem de percorrer para ter acesso a cuidados de saúde primário⁴⁹.

⁴⁹ A avaliação do acesso dos CSP será analisada no capítulo 3.

Gráfico 2 – Taxa de crescimento médio anual entre 2000 e 2013 médicos de clínica geral por 1.000 habitantes



Fonte: *OECD Health Statistics 2015*. Nota: para o Chile considerou-se o período entre 2010 e 2013; para a Dinamarca entre 2000 e 2012; para a Finlândia entre 2005 e 2013; para a Grécia entre 2005 e 2013; para a Irlanda entre 2005 e 2013; Itália entre 2009 e 2013; para a Coreia entre 2004 e 2013; para a Noruega entre 2002 e 2013; para a Polónia entre 2008 e 2013; para a Eslovénia entre 2005 e 2013; para a Espanha entre 2005 e 2013; para a Suécia entre 2000 e 2013; e para os restantes países, o horizonte temporal em análise foi o compreendido entre 2000 e 2013.

Um dos desafios para a prestação e organização dos CSP é o aumento da prevalência das doenças crónicas como os diabetes, doenças pulmonares obstrutivas e doenças cardíacas. As doenças crónicas têm aumentado nos países da OCDE, e é esperado que continuem a crescer. As razões que motivam este crescimento decorrem da combinação de fatores como o estilo de vida e comportamentos, e o aumento da esperança de vida da população. Os comportamentos que colocam em risco o estado de saúde, e os encargos com algumas doenças crónicas associadas, são um motivo de preocupação em Portugal (OCDE, 2015). A hipertensão, o tabaco, o consumo de álcool, a obesidade e baixa atividade física são os principais fatores de risco para a doença e incapacidade na Europa Ocidental. Em Portugal, o consumo de tabaco entre os adultos é inferior à média dos países da OCDE, com 18,6% da população fumadora, em comparação com 20,6% da OCDE, e caiu 10% entre 2000 e 2011 (OCDE, 2013)⁵⁰. As taxas de obesidade e o consumo de álcool entre os adultos são inferiores à média da OCDE, e o consumo de frutas e vegetais é superior.

Certo é que a taxa de obesidade em adultos em Portugal aumentou 4% entre 2000 e 2011 (OCDE, 2013), e também se observam taxas relativamente elevadas de obesidade infantil, e baixos índices de atividade física entre crianças, o que motiva preocupações com a saúde da população para as próximas décadas.

⁴⁷ OCDE (2013), *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en.

O relatório da OCDE de 2015 reconhece os esforços de prevenção que Portugal tem vindo a empreender nestes últimos anos. Destacou os programas a nível nacional administrados pelo Ministério da Saúde, que incluem o Programa Nacional de Diabetes, o Programa Nacional de Prevenção e Controle do Tabagismo e o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Também realçou indicadores específicos em torno da deteção precoce da triagem para determinadas doenças, nomeadamente as doenças relacionadas com o cancro e indicadores recolhidos no âmbito dos CSP, descritos no bilhete de identidade dos indicadores (BII) de contratualização dos CSP, que devem dar alertas para riscos tais como a hipertensão e obesidade. No relatório da OCDE também foram destacadas ações de prevenção dirigidas, por exemplo, a reduzir a prevalência de diabetes em grupos de alto risco, limitando o acesso a determinados alimentos (ricos em sal, gordura e/ou açúcar) e promovendo a distribuição de fruta nas escolas. No entanto, no mesmo relatório, foi manifestada a preocupação face à diferença de resultados obtidos por USF e UCSP no controlo de doenças nos CSP, o que justifica, segundo aquela organização, a necessidade de Portugal manter, se não aumentar, os esforços para a sua prevenção. A título exemplificativo, em 2013 a proporção de diabéticos controlados nas UCSP foi de 41,5%, em comparação com 61,6% em USF de modelo A e de 70,3% em USF de modelo B; e a proporção de pacientes hipertensos com pressão arterial controlada foi de 37,8% em UCSP, em comparação com 53,8% nas USF de modelo A e de 65,2% nas USF de modelo B (OCDE, 2015).

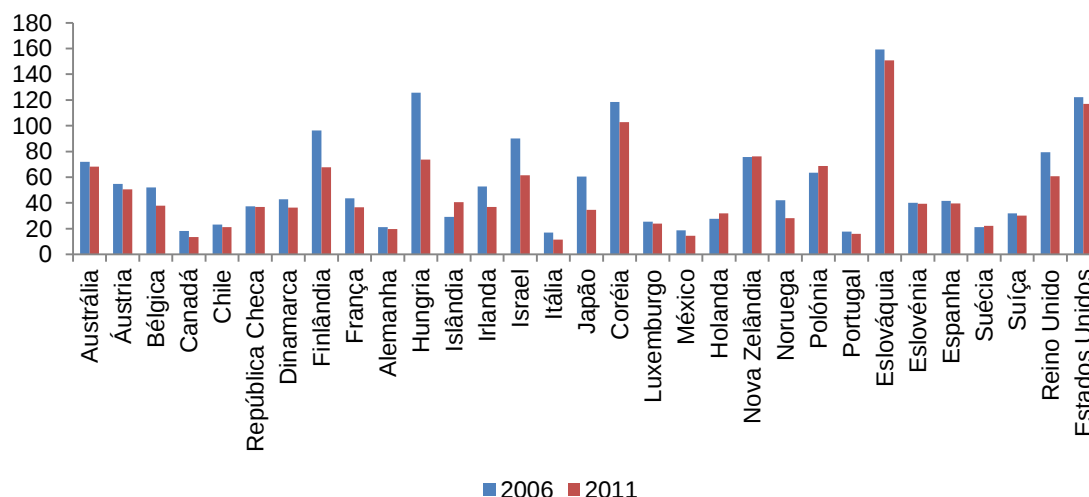
De seguida, considera-se a análise dos seguintes indicadores de qualidade nos CSP em Portugal em comparação com os resultados de outros países pertencentes à OCDE. Em concreto, foram considerados os seguintes indicadores, por 100.000 habitantes com idades iguais ou superiores a 15 anos: a admissão hospitalar por motivo de asma; a admissão por doença de obstrução pulmonar crónica; e a admissão hospitalar por motivo de diabetes (de longo prazo).

Os indicadores descritos, também utilizados pela OCDE (2015) em monitorizações de cariz idêntico, foram escolhidos por configurarem situações em que o internamento hospitalar no âmbito das doenças crónicas pode ser evitado se os CSP tiverem um bom desempenho. São assim considerados uma medida indireta da qualidade dos CSP. A este respeito na secção 4.3 é desenvolvida uma análise dedicada à incidência de internamento evitáveis, para o caso concreto das UCSP e USF em Portugal.

Da análise do gráfico *infra* retira-se que, entre 2006 e 2011, em média, a admissão hospitalar por motivo de asma, por 100.000 habitantes com idades iguais ou

superiores a 15 anos, diminuiu. Em Portugal este indicador também apresentou uma diminuição, de 1,8 por 100.000 habitantes, entre 2007 e 2013.

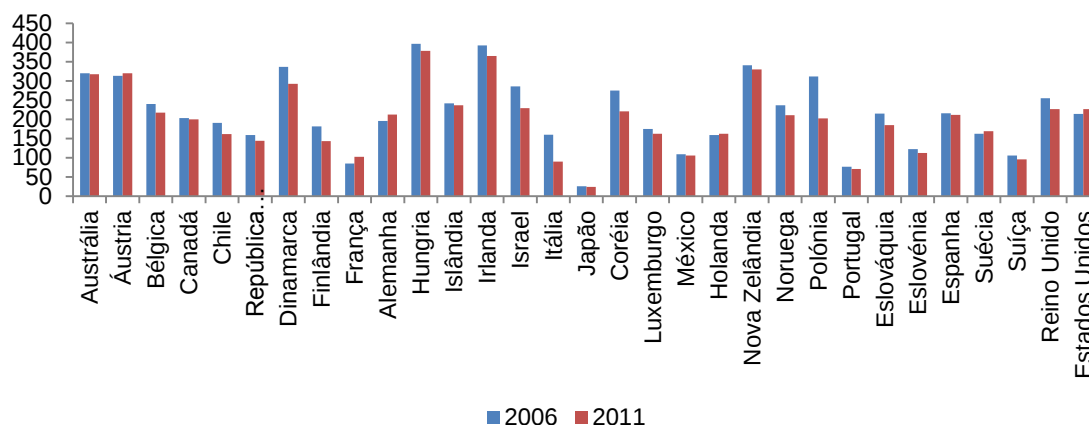
Gráfico 3 – Admissão hospitalar por motivo de asma por 100.000 habitantes, entre 2006 e 2011, para idades iguais ou superiores a 15 anos



Fonte: *OECD Health Statistics 2015*. Nota: para a Austrália e Japão considerou-se o período entre 2008 e 2011; para a Bélgica entre 2006 e 2009; para o Canadá, Finlândia, França, Alemanha, Coreia, Noruega, Portugal, Suécia entre 2007 e 2013; para o Chile entre 2007 e 2010; para a Islândia entre 2006 e 2009; para Israel entre 2006 e 2010; para o México entre 2009 e 2010; para a Holanda entre 2007 e 2010; para a Eslováquia e Eslovénia entre 2009 e 2010; para a Suíça e Estados Unidos entre 2006 e 2010; e para os restantes países, o horizonte temporal em análise foi o compreendido entre 2006 e 2011.

A admissão hospitalar por motivo de doença pulmonar obstrutiva crónica por 100.000 habitantes com idades iguais ou superiores a 15 anos, entre 2006 e 2011, diminuiu em média em 31 países da OCDE (gráfico 4). Portugal também seguiu esta tendência exibindo uma diminuição de 5,9 por 100.000 habitantes, entre 2007 e 2011.

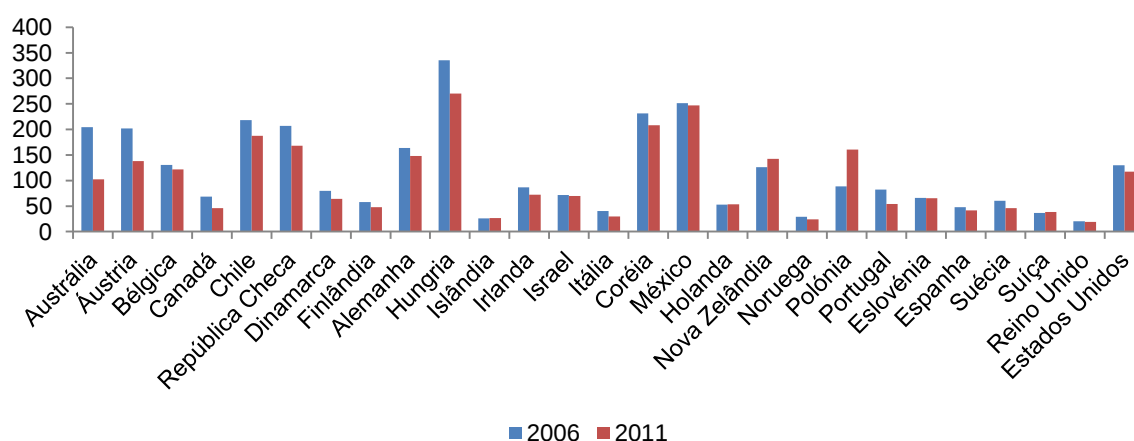
Gráfico 4 – Admissão hospitalar por motivo de doença pulmonar obstrutiva crónica por 100.000 habitantes, entre 2006 e 2011, para idades iguais ou superiores a 15 anos



Fonte: *OECD Health Statistics 2015*. Nota: Canadá, Finlândia, França, Alemanha, Coreia, Noruega, Portugal e Suécia considerou-se o período entre 2007 e 2011; Chile e Holanda entre 2007 e 2010; Dinamarca entre 2007 e 2009; Austrália e Japão entre 2008 e 2011; República Checa, México e Eslováquia entre 2009 e 2011; Israel, Polónia, Suíça e Estados Unidos entre 2006 e 2010; Islândia entre 2006 e 2009; e os restantes países, o horizonte temporal em análise foi o compreendido entre 2006 e 2011.

Da análise do gráfico *infra* retira-se que a admissão hospitalar por motivo de diabetes (longo prazo) por 100.000 habitantes com idades iguais ou superiores a 15 anos diminuiu em média em 27 países da OCDE. Em Portugal diminuiu 28,5 por 100.000 habitantes, entre 2007 e 2011.

Gráfico 5 – Admissão hospitalar por motivo de diabetes (longo prazo) por 100.000 habitantes para idades iguais ao superior a 15 anos



Fonte: *OECD Health Statistics 2015*. Nota: Canadá, Finlândia, Alemanha, Coreia, Noruega, Portugal e Suécia considerou-se o período entre 2007 e 2011; Austrália entre 2008 e 2011; República Checa, México e Eslovénia entre 2009 e 2011; Suíça entre 2008 e 2010; Israel, Polónia e Estados Unidos entre 2006 e 2010; Bélgica e Islândia entre 2006 e 2009; Chile e Holanda entre 2007 e 2010; Dinamarca entre 2007 e 2009; e os restantes países, o horizonte temporal em análise foi o compreendido entre 2006 e 2011.

Em geral e independentemente do sistema de saúde que cada país assume, constatou-se uma melhoria no desempenho dos CSP, traduzido em indicadores que refletem a redução dos internamentos hospitalares. Portugal seguiu esta tendência, mas é necessário considerar que os CSP se vão defrontar, no futuro, com enormes desafios. Dos maiores desafios apresentados no relatório da OCDE (2015) destaca-se a tendência para o envelhecimento da população. Em comparação com outros países da OCDE, Portugal já tem uma percentagem elevada da população com 65 anos ou mais – 18% em 2010, em comparação com a média dos países da OCDE de 15% – e espera-se um crescimento nos próximos 40 anos. Em 2050, é esperado que 32% da população tenha uma idade superior a 65 anos, e que 11% da população tenha idade superior a 80 anos (OCDE, 2013).

3. Avaliação do acesso à rede de CSP do SNS

Numa vertente geográfica, o acesso aos cuidados de saúde deve ser avaliado nas dimensões de proximidade e capacidade. Na dimensão da proximidade, considera-se a adequação entre a distribuição geográfica dos estabelecimentos da rede de UCSP e USF do SNS, e dos utentes, em termos de distância ou tempo de viagem entre os locais onde residem os utentes e os estabelecimentos. A dimensão da capacidade é analisada considerando os recursos humanos, médicos e enfermeiros, por ARS e por UF. Avalia-se também o rácio do número de utentes com médico de família por médico e por enfermeiro, e o rácio do número de utentes inscritos por médico e por enfermeiro, considerando separadamente as UCSP e as USF modelo A e modelo B.

Por seu turno, identifica-se o número de utentes com médico de família, sem médico de família e sem médico de família por opção, por UF e por região de saúde. É também descrito o processo de implementação da atividade do enfermeiro de família, que foi avaliada considerando as respostas de cada uma das ARS aos pedidos de informação realizados pela ERS.

Na análise de utilização de cuidados de saúde primários, avalia-se a evolução de indicadores entre 2012 e 2014, relativos ao acesso, compara-se o desempenho de USF e UCSP e evidenciam-se as diferenças regionais. Como indicadores de utilização consideram-se as taxas de utilização global de consultas médicas e de consultas de enfermagem por população inscrita, as taxas de domicílios médicos e de domicílios de enfermagem por utentes inscritos, e a taxa média de utilização de consultas de planeamento familiar. É ainda realizado um estudo econométrico para avaliar o efeito do tipo de UF (UCSP, USF modelo A e USF modelo B) sobre a taxa de utilização global de consultas médicas.

Por último, avalia-se o cumprimento dos TMRG, tendo por base o levantamento de reclamações nos prestadores de cuidados de saúde primários, rececionadas entre 2014 e 2015, e que foram incorporadas num processo de monitorização que corre termos na ERS.

Atentos os objetivos do presente estudo, a avaliação do acesso aos CSP é feita comparando a realidade de UCSP, USF de modelo A e USF de modelo B.

3.1. Descrição da oferta e análise da proximidade geográfica à rede

Na presente secção é descrita a rede de UCSP e as USF, numa ótica de localização geográfica com respeito ao concelho ao qual pertence cada UF, por ARS. A informação constante na tabela *infra* foi disponibilizada pelas cinco ARS, em resposta a um pedido de informação realizado pela ERS em agosto de 2015. Da sua análise retira-se que, a nível nacional, existem 654 UCSP e 428 USF, das quais 223 são USF de modelo A. Realça-se, também, que as USF se encontram em menor número nas ARS Alentejo e Algarve, e têm um maior peso na rede da ARS Norte, de 46% do conjunto das USF e UCSP dessa região, como se extrai da representação que consta da figura 1.

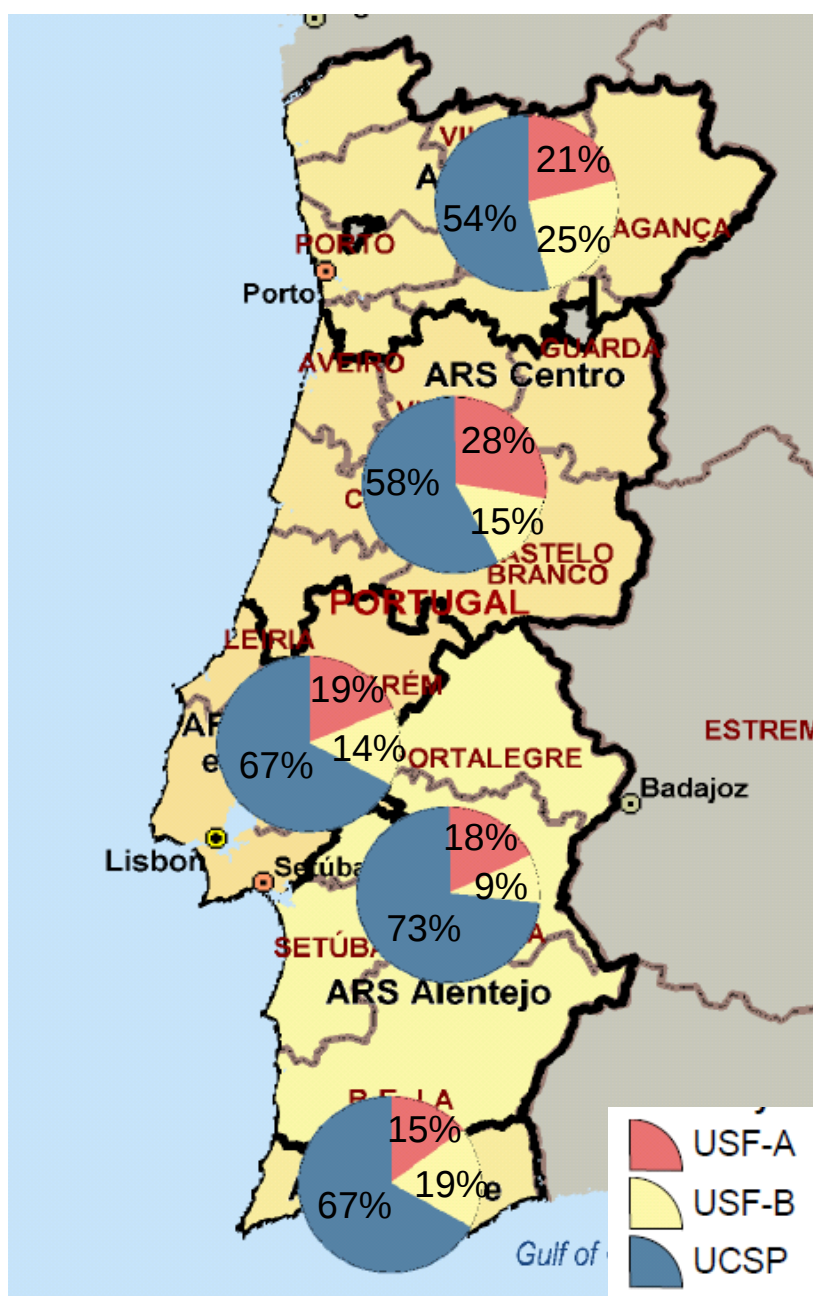
Tabela 2 – Número de USF e UCSP por ARS⁵¹

ARS	UCSP	USF-A	USF-B	Total
Norte	256	101	120	477
Centro	71	34	18	123
LVT	268	74	57	399
Alentejo	41	10	5	56
Algarve	18	4	5	27
Total	654	223	205	1082

Fonte: Elaboração própria com base na informação enviada pelas ARS.

⁵¹ A ERS confrontou o número descrito pelas cinco ARS de UCSP e USF modelo A e B com vários documentos técnicos, e constatou várias diferenças dependendo da fonte de informação. Importa referir que as análises da presente secção têm por base a informação disponibilizada pelas ARS.

Figura 1 – UCSP e USF em Portugal Continental



Descrita a oferta e apresentada a sua localização por ARS, de seguida é avaliada a proximidade dos utentes residentes à rede de pontos de oferta, em Portugal Continental, tendo em conta a localização das UCSP e as USF de modelo A e modelo B, com base nos seus códigos-postais de quatro dígitos, face aos centróides de cada um dos conselhos⁵².

A propósito da presente análise da proximidade, recorde-se da essencialidade de os cuidados primários se assumirem como uma resposta primeira, mais próxima das

⁵² Para realização dos cálculos foi utilizada a *software* MapPoint 2009.

populações e com as funções designadamente de rastreio e eventual referenciação para os cuidados mais diferenciados. Nessa medida, deve o primeiro nível funcionar e atuar, seja por si, seja de forma interligada e sistemática, com os demais níveis de natureza hospitalar.

No sentido de melhor avaliar o acesso aos cuidados de saúde primários, analisou-se, num primeiro momento, a totalidade da população que se encontrava abrangida pelo menos por uma UCSP ou por uma USF até 30 minutos de deslocação. Num segundo momento identificou-se, separadamente, a totalidade da população que se encontrava abrangida pelo menos por uma UCSP e por uma USF até 30 minutos.

De acordo com a tabela *infra*, constata-se que cerca de 99% do total da população de Portugal Continental se encontra abrangida por uma UCSP ou por uma USF, verificando-se que somente as ARS Centro e Alentejo não têm a totalidade da população abrangida por uma destas unidades.

Recupera-se aqui o “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS” realizado pela ERS em 2008⁵³, onde se incluiu a estimacão da população que reside a uma distância suficientemente próxima de, pelo menos, um ponto da rede, bem como a análise da densidade da rede de centros de saúde e suas extensões em cada região. Simularam-se, então, áreas de captação de 30 minutos (tempo de viagem em estrada) em torno dos pontos da rede⁵⁴. Como se verificou naquele estudo, a quase totalidade do território continental estava a menos de 30 minutos de um centro de saúde ou extensão. A população residente não coberta pelas áreas de captação não chegava a representar 0,1% da população de Portugal Continental. Na presente análise constata-se que a população residente não coberta pelas áreas de captação é de 0,6%. Esta diferença justifica-se, essencialmente, porque a análise assenta nas localizações das UCSP e USF e não considera outros pontos de oferta, tais como as extensões dos centros de saúde, unidades que também foram contempladas no estudo realizado pela ERS em 2008.

Foi possível verificar que cerca de 98% do total da população é abrangida, a menos de 30 minutos, por uma UCSP. Numa vertente regional, a cobertura populacional não varia de uma forma acentuada entre cada uma das ARS, com exceção da ARS

⁵³ Disponível em www.ers.pt.

⁵⁴ A opção pelos 30 minutos justificou-se por ser este o padrão de distância, em tempo de viagem até aos serviços, recomendado para cuidados primários pelo GMENAC (Graduate Medical Education National Advisory Committee). Veja-se, por exemplo, Fortney, J. et al. (2000), “Comparing Alternative Methods of Measuring Geographic Access to Health Services”, *Health Services & Outcomes Research Methodology*, 1:2, pp. 173-184.

Alentejo, que apresenta somente uma cobertura de aproximadamente 76% do total da população dessa região a residir a menos de 30 minutos de uma UCSP.

Por outro lado, cerca de 75% do total da população nacional é abrangida por USF. Regionalmente foram identificadas assimetrias entre ARS, tendo a ARS Lisboa e Vale do Tejo e Norte exibido maior percentagem de população residente a menos de 30 minutos de uma USF, superior ao valor nacional, e a ARS Alentejo a menor percentagem do total da população dessa região a residir a menos de 30 minutos de uma USF.

Tabela 3 – Cobertura populacional dos estabelecimentos de cuidados de saúde primários, UCSP⁵⁵ e USF⁵⁶

ARS	Total da população	População residente a menos de 30 minutos de uma UCSP ou de uma USF		População residente a menos de 30 minutos de uma UCSP		População residente a menos de 30 minutos de uma USF	
	Nr.º	Nr.º	% população	Nr.º	% população	Nr.º	% população
Norte	3.644.195	3.644.195	100,0%	3.622.053	99,4%	3.347.815	79,7%
Centro	1.698.501	1.673.954	98,6%	1.588.901	93,5%	1.313.722	58,2%
LVT	3636407	3.636.407	100,0%	3.636.407	100,0%	3.526.718	86,2%
Alentejo	497.087	464.692	93,5%	376.769	75,8%	262.359	33,1%
Algarve	442.358	442.358	100,0%	442.358	100,0%	423.208	53,2%
Nacional	9.918.548	9.861.606	99,4%	9.666.488	97,5%	8.873.822	74,9%

Fonte: Elaboração própria com base na informação do INE e da ARS.

⁵⁵ Os concelhos que, de acordo com a análise realizada, evidenciaram que nem toda a população está coberta por áreas de influência até 30 minutos de uma UCSP são: Arcos de Valdevez, na ARS Norte; Arganil, Castro Daire, Góis, Lousã, Manteigas, Miranda do Corvo, Pampilhosa da Serra, Penalva do Castelo, Penamacor, São Pedro do Sul, Tábua, na ARS Centro; e Elvas, Évora, Mourão, Reguengos de Monsaraz e Santiago do Cacém, na ARS Alentejo.

⁵⁶ Os concelhos que, de acordo com a análise realizada, evidenciaram que a população não está totalmente coberta por áreas de influência até 30 minutos de uma USF são: Alfândega da Fé, Alijó, Boticas, Bragança, Cabeceiras de Basto, Carrazeda de Ansiães, Cinfães, Freixo de Espada à Cinta, Macedo de Cavaleiros, Melgaço, Miranda do Douro, Mirandela, Mogadouro, Moimenta da Beira, Montalegre, Murça, Penedono, Ribeira de Pena, Sabrosa, São João da Pesqueira, Sernancelhe, Tabuaço, Terras de Bouro, Torre de Moncorvo, Valpaços, Vila Flor, Vila Nova de Foz Côa, Vila Pouca de Aguiar, Vimioso, e Vinhais, na ARS Norte; Aguiar da Beira, Almeida, Alvaiázere, Arganil, Castanheira de Pera, Castelo Branco, Celorico da Beira, Covilhã, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Fundão, Gouveia, Idanha-a-Nova, Manteigas, Meda, Oleiros, Pampilhosa da Serra, Pedrógão Grande, Penamacor, Pinhel, Pombal, Proença A Nova, Sabugal, Sátão, Seia, Sertão, Trancoso, Vila de Rei, e Vila Velha de Ródão, na ARS Centro; Alenquer, Almeirim, Cadaval, Mação e Salvaterra de Magos, na ARS Lisboa e Vale do Tejo; Alcácer do Sal, Aljustrel, Almodôvar, Alter do Chão, Alvitto, Avis, Barrancos, Castro Verde, Ferreira do Alentejo, Fronteira, Gavião, Grândola, Mértola, Moura, Mourão, Nisa, Odemira, Ourique, Ponte de Sor, Portel, Santiago do Cacém, Sines, Sousel, Vendas Novas, Viana do Alentejo, e Vidigueira, na ARS Alentejo; e Alcoutim, Aljezur, Monchique e Vila do Bispo, na ARS Algarve.

Em síntese, a ARS Norte é a região de saúde com mais unidades de CSP e em conjunto com a ARS Lisboa e Vale do Tejo representam cerca de 81% de toda a rede do SNS. A nível nacional existem mais UCSP do que USF, havendo um pouco mais de USF de modelo A do que modelo B. As USF encontram-se em menor número nas ARS Alentejo e Algarve, e têm uma maior representatividade na ARS Norte.

Da análise da proximidade extrai-se que mais de 99% da população em Portugal Continental tem uma UF de CSP a menos de 30 minutos. A cobertura das UCSP é maior do que a das USF, estando cerca de 98% da população a menos de 30 minutos de uma UCSP. A nível regional, não existem grandes variações entre ARS, com a ARS Alentejo a apresentar a menor cobertura por UCSP. Por outro lado, aproximadamente 75% da população é abrangida por uma USF, com acentuadas assimetrias regionais. As ARS Lisboa e Vale do Tejo e Norte são as únicas a exibir uma percentagem de cobertura superior à nacional, e na ARS Alentejo apenas aproximadamente 33% da população reside a menos de 30 minutos de uma USF.

3.2. Análise da capacidade da rede

Na presente secção analisa-se a capacidade da rede de CSP do SNS considerando a dotação de recursos humanos, médicos e enfermeiros, por ARS e por UF.

Relativamente ao número de médicos por ARS, constata-se que, com a exceção da ARS Norte, a maior percentagem destes profissionais encontra-se nas UCSP, seguidas pelas USF modelo A. A maior percentagem de enfermeiros encontra-se igualmente nas UCSP, seguidas pelas USF modelo A.

Tabela 4 – Número de médicos e enfermeiros por UF, 2014

ARS	Modelo	Médicos por ARS (em %)	Enfemeiros por ARS (em %)
Norte	UCSP	35%	43%
	USF-A	26%	24%
	USF-B	39%	33%
Centro	UCSP	60%	65%
	USF-A	24%	21%
	USF-B	16%	14%
LVT	UCSP	41%	46%
	USF-A	28%	26%
	USF-B	31%	27%
Alentejo	UCSP	66%	73%
	USF-A	20%	17%
	USF-B	14%	11%
Algarve	UCSP	72%	76%
	USF-A	15%	12%
	USF-B	13%	12%

Fonte: Elaboração própria com base na informação das ARS.

De seguida avalia-se o rácio do número de utentes com médico de família por médico e o rácio do número de utentes por enfermeiros, considerando separadamente as UCSP e as USF modelo A e modelo B, em 2014. Através da análise da tabela *infra*, constata-se que as ARS Norte e Lisboa e Vale do Tejo são as que apresentam o rácio de utentes com médico de família por médico mais elevado, e a ARS Algarve o menor. Verifica-se também que as UCSP, com a exceção da ARS Algarve, apresentam um rácio mais baixo, observando-se rácios muito semelhantes entre os dois tipos de USF, com a exceção da ARS Lisboa e Vale do Tejo e ARS Algarve. Por outro lado, a ARS Lisboa e Vale do Tejo exhibe o rácio mais elevado de utentes com médico de família por enfermeiro e a ARS Alentejo o menor rácio. As UCSP apresentam um rácio mais baixo de utentes com médico de família por enfermeiro, e as USF de modelo B o mais elevado.

Confrontando os resultados obtidos com o previsto na Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro, de que a dimensão da lista de utentes dos médicos das USF “[...] deve ter, no mínimo, 1917 unidades ponderadas a que correspondem, em média, 1550 utentes por médico”, constata-se que, com exceção das USF da ARS Algarve, as tipologias consideradas encontram-se acima desse valor. Note-se que estes rácios foram calculados tendo por base o agregado de total de utentes com médico de família na

ARS e o total de médicos e enfermeiros a exercer funções nessa região de saúde, pelo que não invalida que algumas UF estejam abaixo ou acima do rácio da ARS. Assim, estes rácios devem ser vistos como um valor médio indicativo do que sucede no conjunto das tipologias integradas em cada região de saúde.

Tabela 5 – Rácio de número de utentes com médico de família por médico e rácio de número de utentes com médico de família por enfermeiro, 2014

ARS	Unidades Funcionais	Rácio de utentes com MF por médico	Rácio de utentes com MF por enfermeiro
Norte	UCSP	1654	1174
	USF-A	1856	1762
	USF-B	1863	1892
Norte Total		1788	1553
Centro	UCSP	1596	1276
	USF-A	1716	1672
	USF-B	1798	1749
Centro Total		1657	1427
LVT	UCSP	1748	1450
	USF-A	1847	1817
	USF-B	1787	1900
LVT Total		1788	1670
Alentejo	UCSP	1550	1085
	USF-A	1730	1591
	USF-B	1779	1825
Alentejo Total		1618	1249
Algarve	UCSP	1423	1241
	USF-A	1350	1630
	USF-B	1854	1854
Algarve Total		1468	1361
Nacional	UCSP	1642	1266
	USF-A	1811	1756
	USF-B	1830	1879
Nacional Total		1742	1538

Fonte: Elaboração própria com base na informação das ARS.

Avalia-se agora o rácio de utentes inscritos por médico de família e o rácio de utentes inscritos por enfermeiro. Nesta análise, os utentes inscritos englobam os utentes com médico de família, sem médico de família e sem médico de família por opção. A

presente análise difere da anterior na medida em que apresenta a dotação de médicos e enfermeiros relativamente ao total de utentes inscritos e não apenas aos que têm médico de família atribuído.

Na tabela *infra* observa-se que se todos os utentes inscritos pretenderem médico de família, e tendo por referência o valor máximo de entre 1.905 e 2.261 utentes, de acordo com o incentivo temporário definido do Decreto-Lei n.º 223/2015, de 8 de outubro, verifica-se uma escassez de médicos de família nas ARS Centro e Lisboa e Vale do Tejo.⁵⁷ As restantes ARS exibiram um rácio entre o intervalo estabelecido naquele decreto-lei. Como referido anteriormente, esta conclusão reflete um valor médio do conjunto das USF e UCSP de cada ARS, o que não invalida que algumas UF estejam abaixo ou acima do rácio da respetiva ARS e do valor de referência estabelecido no decreto-lei.

O número de utentes inscritos por enfermeiro distribui-se de forma muito distinta entre regiões de saúde, apresentando a ARS Lisboa e Vale do Tejo a o rácio mais elevado e a ARS Alentejo o mais baixo.

⁵⁷ O Decreto-Lei n.º 223/2015, de 8 de outubro, criou um incentivo temporário a “[...] atribuir aos profissionais médicos que integram as unidades de saúde familiar de modelo A e as unidades de cuidados de saúde personalizados, no sentido de promover o alargamento temporário das respetivas listas de utentes”, de dar continuidade ao processo de reforma dos cuidados de saúde primários e de incrementar o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde. O incentivo, que assume carácter excecional pelo prazo de dois anos – cfr. artigo 3.º do decreto-lei –, foi definido em “função de escalões de aumento do número de unidades ponderadas (UP) de utentes, pretendendo-se que cada médico possa atingir uma lista de utentes até 2.356 UP e 2.796 UP, respetivamente para os médicos com período normal de trabalho semanal de 35 horas, e para os médicos com período normal de trabalho semanal de 40 horas semanais.” De acordo com o publicado no Portal da Saúde em 27 de agosto de 2015, os ganhos de cobertura máximos serão conseguidos se todos os médicos que estão atualmente em 35 horas passarem para o valor máximo de 1.905 utentes (2.356 unidades ponderadas) e se todos os médicos que estão atualmente em 40 horas passarem para o valor máximo de 2.261 utentes (2.796 unidades ponderadas) – consultar em <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/comunicados+de+imprensa/incentivo+medico.htm>.

Tabela 6 – Rácio de número de utentes inscritos por médico e rácio de número de utentes inscritos por enfermeiro

ARS	Modelo	Nr. de utentes inscritos por médico de família	Nr. de utentes inscritos por enfermeiro
Norte	UCSP	1.787	1.269
	USF-A	2.017	1.914
	USF-B	1.849	1.878
Norte Total		1.871	1.625
Centro	UCSP	2.651	2.119
	USF-A	1.799	1.752
	USF-B	1.659	1.614
Centro Total		2.288	1.970
LVT	UCSP	3.151	2.614
	USF-A	1.972	1.939
	USF-B	1.840	1.956
LVT Total		2.415	2.256
Alentejo	UCSP	1.838	1.287
	USF-A	1.760	1.618
	USF-B	1.765	1.810
Alentejo Total		1.812	1.398
Algarve	UCSP	2.169	1.892
	USF-A	2.040	2.462
	USF-B	1.196	1.196
Algarve Total		2.022	1.874
Nacional	UCSP	2.404	1.853
	USF-A	1.956	1.896
	USF-B	1.814	1.862
Nacional Total		2.022	1.874

Fonte: Elaboração própria com base na informação das ARS.

Em síntese, foi possível identificar que a maior percentagem de médicos e de enfermeiros se encontra nas UCSP, e a menor nas USF modelo B, com exceção da ARS Norte e ARS Lisboa e Vale do Tejo. A ARS Norte e a ARS Lisboa e Vale do Tejo são as que apresentam um maior número de médicos e enfermeiros.

Quanto ao rácio de utentes com médico de família por médico, com exceção das USF da ARS Algarve, o conjunto das USF e UCSP encontra-se acima do valor de 1.550 utentes por médico, admitido como valor mínimo na Portaria n.º 1368/2007, embora tal não invalide que algumas estejam acima ou abaixo desse valor. Em todas as regiões

de saúde, as USF de modelo B são as unidades em que os médicos têm uma lista de utentes em média maior (exceto a ARS Lisboa e Vale do Tejo, em que é as USF de modelo A). O mesmo se passa ao nível da dotação de enfermeiros face aos utentes com médico de família.

Com exceção da ARS Norte, há mais utentes inscritos por médico nas UCSP do que nas USF. No caso da dotação de enfermeiros, não se vislumbra qualquer regularidade. No caso de se assumir o incremento máximo na lista de utentes perspectivado no incentivo temporário definido do Decreto-Lei n.º 223/2015, de 8 de outubro, verifica-se que o conjunto de UCSP e USF das ARS Centro e a ARS Lisboa e Vale do Tejo necessita de um maior número de médicos, enquanto as restantes ARS apresentaram um rácio adequado ao intervalo definido.

3.3. Utentes com médico de família

Não obstante as sucessivas reformas, já descritas, que foram sendo implementadas nos CSP, a figura do médico de família manteve-se preponderante, considerando-se que “o médico de família acompanha o utente/trabalhador ao longo da vida, pelo que é o profissional de saúde que está melhor habilitado para diagnosticar e tratar as doenças dos trabalhadores e promover a sua saúde no seu contexto geral e laboral” (cfr. preâmbulo do Portaria n.º 112/2014, de 23 de maio). A importância do médico de família, e a necessidade de garantir que um maior número de utentes beneficiem do acompanhamento deste profissional, encontra-se igualmente patente no Decreto-Lei n.º 223/2015, de 8 de outubro, que criou um incentivo temporário a “[...] atribuir aos profissionais médicos que integram as unidades de saúde familiar de modelo A e as unidades de cuidados de saúde personalizados, no sentido de promover o alargamento temporário das respetivas listas de utentes”.

A tabela *infra* compara os utentes com e sem médico de família, por ARS, verificando-se que, em 2014, nas ARS Norte, ARS Centro e ARS Alentejo mais de 90% dos utentes inscritos tinham médico de família, enquanto na ARS Lisboa e Vale do Tejo e Algarve essa percentagem correspondia 77,5% e 65,1%, respetivamente.

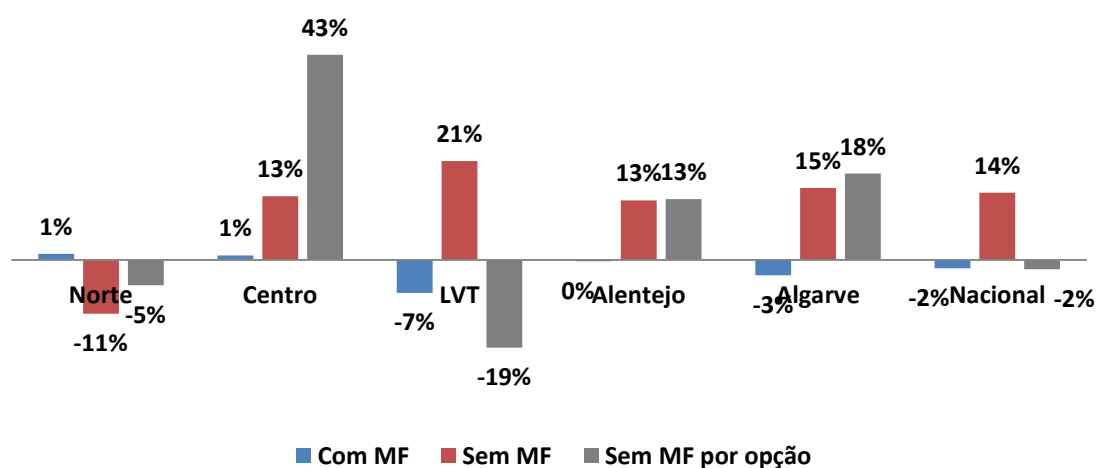
Tabela 7 – Número de utentes com médico de família, sem médico de família e sem médico de família por opção, 2014⁵⁸

ARS	Utentes com MF		Utentes sem MF		Utentes sem MF por opção		Total de utentes inscritos nos CSP
	Número	% do Total	Número	% do Total	Número	% do Total	
Norte	3.628.145	95,7%	156.149	4,1%	7.895	0,2%	3.792.189
Centro	1.666.222	92,6%	128.796	7,2%	4.916	0,3%	1.799.934
LVT	2.833.735	77,5%	814.870	22,3%	8.304	0,2%	3.656.909
Alentejo	472.951	91,9%	41.139	8,0%	518	0,1%	514.608
Algarve	301.224	65,1%	159.669	34,5%	2.031	0,4%	462.924
Nacional	8.902.277	87,1%	1.300.623	12,7%	23.664	0,2%	10.226.564

Fonte: Elaboração própria com base na informação da ACSS.

Numa ótica de dinâmica temporal, verifica-se que, no período de 2010 a 2014, o número de utentes com médico de família diminuiu 2% em Portugal Continental. A ARS Lisboa e Vale do Tejo foi a região que apresentou uma diminuição mais acentuada, de 7%, seguida pela ARS Algarve com uma diminuição de 3%. Por sua vez, as ARS Norte e Centro apresentaram um aumento de 1%, e a ARS Alentejo permaneceu sensivelmente com o mesmo número de utentes com médico de família.

Gráfico 6 – Evolução, entre 2010 e 2014, da percentagem de utentes com médico de família, sem médico de família e sem médico de família por opção, por ARS



Fonte: Elaboração própria com base na informação da ACSS.

⁵⁸ Recorde-se que foi no Despacho n.º 13795/2012 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, publicado na IIª série do D.R. de 24 de outubro, que foram estabelecidos os critérios e procedimentos de organização das listas de utentes nos ACES, implementando-se um mecanismo dinâmico de atualização dos dados da inscrição dos utentes no SNS.

Da tabela que de seguida se apresenta retira-se que a percentagem de utentes com médico de família é sempre superior a 97% nas USF modelo A e USF modelo B, em todas as ARS, nitidamente superior à percentagem de utentes com médico de família nas UCSP. Nas UCSP das ARS Algarve e Lisboa e Vale do Tejo os utentes com médico de família representam menos de 60% do total de utentes inscritos. Este resultado deve ser compaginado com o n.º 1 do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 297/2007, de 22 de agosto, em que se estabelece que “[a] população abrangida por cada USF corresponde aos utentes inscritos nas listas dos médicos que integram a equipa multiprofissional”, o que implica esperar-se uma maior percentagem de utentes com médico de família nas USF.

Tabela 8 – Utentes com médico de família por UF e por ARS, 2014

ARS	UF	Com MF	
		Número	% do total de utentes inscritos por UF
Norte	UCSP	1.117.431	88,1%
	USF - A	1.048.060	99,2%
	USF - B	1.462.654	99,7%
Centro	UCSP	1.125.414	89,9%
	USF-A	335.256	99,0%
	USF-B	205.552	98,4%
LVT	UCSP	1.157.604	59,1%
	USF - A	811.963	97,6%
	USF - B	864.168	99,9%
Alentejo	UCSP	303.798	88,4%
	USF - A	98.583	99,9%
	USF - B	70.570	100,0%
Algarve	UCSP	194.062	54,6%
	USF - A	71.294	99,9%
	USF - B	35.868	100,0%

Fonte: Elaboração própria com base na informação da ACSS.

Conclui-se que, no que se refere à evolução entre 2010 e 2014, o número de utentes com médico de família diminuiu 2% a nível nacional, e a ARS Lisboa e Vale do Tejo foi a região que apresentou uma diminuição mais acentuada. Em 2014, 87% dos utentes dos CSP do SNS tinham médico de família atribuído. Por região de saúde, a ARS Norte destaca-se com maior percentagem (96%) e a Algarve com menor (65%). No mesmo ano, a percentagem de utentes sem médico de família por opção foi residual

(0,2%). Por UF, constatou-se que nas USF (modelo A e B) a percentagem da população com médico de família aproxima-se dos 100%, nitidamente superior à percentagem de utentes com médico de família nas UCSP. Nas UCSP das ARS Algarve e Lisboa e Vale do Tejo menos de 60% do total de utentes inscritos têm médico de família.

3.4. Implementação da atividade do enfermeiro de família

A disciplina do enfermeiro de família foi aprovada pelo Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto, que, no seu artigo 2.º, o define como “[...] o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade”, em concreto “ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde, nos termos legais aplicáveis” (artigo 3.º do referido decreto-lei). Este profissional deve contribuir para a ligação “[...] entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, nomeadamente, grupos de voluntariado solidário, serviços de saúde e serviços de apoio social, garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde.”.

Importa realçar que a implementação da atividade do enfermeiro de família deveria decorrer de um conjunto inicial de experiências-piloto a realizar em cada ARS, no segundo semestre de 2014, “de acordo com um plano de ação que define os requisitos e diretrizes, bem como o modelo de governação, locais de implementação e o período temporal de execução, fixados por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, aprovada no prazo de 90 dias após a publicação do presente decreto-lei.” – cfr. artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto.

A este respeito, note-se que as preditas experiências foram identificadas na Portaria n.º 8/2015, de 12 de janeiro, quinze das quais do modelo de gestão UCSP, oito USF modelo A e 12 USF modelo B. As UCSP representam 50% das experiências-piloto na ARS Norte, Alentejo e Algarve, e pouco mais de 30% nas ARS Centro e Lisboa e Vale do Tejo.

Nesse sentido, e com o objetivo de se analisar a efetiva implementação das experiências-piloto, por ofício de 7 de agosto de 2015, foi solicitado a cada uma das ARS, ao abrigo do disposto no artigo 31.º dos Estatutos da ERS, o seguinte:

- a) confirmação da efetiva implementação das experiências-piloto definidas na predita portaria, com identificação das UF onde tanto ocorreu;
- b) indicação da data do seu início, se distinta da definida pela portaria;
- c) descrição das eventuais dificuldades ou de quaisquer outras situações que sejam do conhecimento dessa ARS e que tenham decorrido da implementação do enfermeiro de família junto das USF e UCSP e, no caso afirmativo, explicitação dos procedimentos que tenham sido entretanto adotados com vista à sua resolução.

A **ARS Norte** informou que as experiências-piloto “[...] estão a decorrer nas Unidades Funcionais previstas na portaria⁵⁹ em anexo e a sua governação é realizada pelo Grupo de Acompanhamento designado no despacho nº 12425-A/2014 [...]” e irão decorrer em 2 anos”, com início em janeiro de 2015, conforme previsto na Portaria n.º 8/2015, de 12 de janeiro⁶⁰.

Relativamente às dificuldades encontradas foi destacado não ser “[...] possível monitorizar os indicadores de enfermagem ao nível do profissional de enfermagem, à semelhança do que já hoje acontece para os profissionais médicos. Podendo desta forma permitir analisar em detalhe a atividade realizada aos utentes, tomando como referencia o profissional de enfermagem em que estes estão inscritos.”

⁵⁹ Concretamente, UCSP Cinfães e UCSP Vila Meão em Amarante do ACES Baixo Tâmega, na UCSP Barão de Nova Sintra e UCSP São Roque da Lameira do ACES Porto Oriental, na UCSP Carvalhosa do ACES Porto Ocidental, na USF Saúde Mais do ACES Feira Arouca, na USF Valongo do ACES Maia Valongo e na USF La Salette do ACES Aveiro Norte.

⁶⁰ Como iniciativas importantes para a implementação, a ARS Norte referiu que a 9 de abril ocorreu a apresentação da estratégia de implementação da experiência e sua cronologia às ARS, ACES e Unidades implicadas no processo com distribuição de documentação a essas UF. Nessa sequência o Grupo de Acompanhamento Nacional, promoveu uma reunião com elementos de cada unidade funcional envolvida na experiência-piloto, para organizar grupos focais, no sentido de apoiar a definição de novas prioridades e orientações para a experiência-piloto, encontrando-se prevista nova reunião para o mês de outubro de 2015. Foi ainda referido que o documento elaborado pelo Grupo de Acompanhamento, com o título “Modelo de acompanhamento e avaliação das experiências-piloto para implementação da atividade do enfermeiro de família” (versão *draft*), foi remetido para conhecimento do Sr. Vice Presidente da ARSN, documento que esteve na ordem de trabalho da reunião do Grupo de Acompanhamento nacional a 15 de julho.

A **ARS Centro** identificou oito experiências-piloto⁶¹, embora somente uma tenha iniciado em 2 de janeiro de 2015, e as restantes em datas posteriores. Na descrição de eventuais dificuldades, destaca-se o seguinte: não concretização da visita à USF Grão Vasco, sem entrega de qualquer portfólio e sem publicação de normas pela DGS relativas ao projeto, o que leva a que a USF continue a trabalhar nos mesmos moldes que tem feito desde o seu início de atividade; escassez de recursos humanos; e não formalização das UCSP correspondentes ao Centro de Saúde de Castelo Branco, o que “[...] dificulta a identificação dos profissionais e utentes agregados”, e embora a ARSC tenha disponibilizado apoio técnico para a resolução desta questão, apenas a ULS poderá desenvolver este processo de formalização.

A **ARS Lisboa e Vale do Tejo** informou que “[...] As unidades designadas através da Portaria 8/2015 como experiências piloto da implementação da figura do enfermeiro de família, ainda não se encontram constituídas formalmente na ARSLVT”.

No entanto, as equipas têm participado em reuniões promovidas pelo Grupo de Acompanhamento, no sentido de receber informação e orientação sobre o modelo de desenvolvimento desta experiência, bem como têm iniciado um trabalho de reflexão interna sobre o seu modo de organização e funcionamento. Foi ainda referido que o Grupo de Acompanhamento encontra-se em fase avançada da elaboração do documento sobre o Modelo de Acompanhamento de Experiências-Piloto, com calendarização de visitas a cada uma das equipas e desenvolvimento de guião orientador para a sua realização.

Como constrangimentos à implementação das experiências-piloto nessa região de saúde, foi reportado pela ARS Lisboa e Vale do Tejo que algumas equipas apresentam um défice de profissionais que lhes permitam desenvolver iniciativas neste âmbito e que existem utentes sem médico de família, com grande expressão nalguns ACES dessa ARS.

A **ARS Alentejo** apontou que das seis experiências-piloto previstas na Portaria n.º 8/2015, de 12 de janeiro⁶², apenas uma (UCSP de Alcácer do Sal) não avançou, por

⁶¹ Em concreto na UCSP de Covilhã, pertencente ao ACES da Cova da Beira, na UCSP São Miguel, do ACES Beira Interior Sul integrado na ULS Castelo Branco, na UCSP Gouveia Miguel do ACES da Guarda integrado na ULS da Guarda, na USF São João de Ovar, modelo A, do ACES Baixo Vouga, USF Araceti, modelo A, do ACES Baixo Mondego, USF Grão Vasco, modelo B, do ACES Dão Lafões, USF D. Dinis, modelo B, do ACES Pinhal Litoral, e USF Serra da Lousã, modelo B, do ACES Pinhal Interior Norte.

⁶² Nomeadamente, USF Plátano e UCSP Monforte, integradas no ACES São Mamede, UCSP Alcácer do Sal, do ACES Alentejo Litoral, USF *Eborae*, pertencente ao ACES Alentejo Central e UCSP de Castro Verde e na USF Alfa Beja, do ACES Baixo Alentejo.

dificuldades e constrangimentos nas áreas organizacional e de recursos humanos, “as quais foram apresentadas superiormente ao Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde no sentido de excluir aquela UCSP da referida Portaria, por não haver condições para a sua implementação.”.

No ACES Alentejo Central, a ARS Alentejo confirma a implementação da experiência-piloto prevista (USF *Eborae*). Embora essa USF “venha há bastante tempo implementando a metodologia de trabalho por enfermeiro de família, desde 2 de janeiro de 2015 [...], e principalmente depois da 1ª reunião realizada em março de 2015, aquela USF reforçou a sua implementação enquanto unidade escolhida para “experiência-piloto”. Também nas restantes unidades, segundo a ARS Alentejo, as experiências-piloto encontram-se em funcionamento desde janeiro de 2015, como preconizado na Portaria n.º 8/2015, de 12 de janeiro.

No que se refere à identificação de eventuais dificuldades, a ARS Alentejo menciona constrangimentos nas áreas organizacional e de recursos humano que terão ocorrido no ACES Alentejo Litoral (UCSP Alcácer do Sal). No ACES Baixo Alentejo (na UCSP de Castro Verde e na USF Alfa Beja), foram identificados as seguintes dificuldades: falta de um profissional de enfermagem que foi colmatada com a contratação de um enfermeiro; inexistência da prevista norma da DGS regulamentadora da articulação dos enfermeiros de família com os profissionais das várias UF; inexistência de indicadores que permitam a avaliação do impacto desta medida em termos de acessibilidade, qualidade eficiência e desempenho económico e financeiro; falta de informação/orientação sobre a estratégia regional; e eventual desacordo e indefinição sobre funções/competências/organização dos enfermeiros de família.

A **ARS Algarve**, relativamente à efetiva implementação das quatro experiência-piloto previstas na Portaria n.º 8/2015, de 12 de janeiro⁶³, afirmou que os ACES visados enviaram colaboradores à reunião de apresentação da estratégia de implementação do projeto, a 9 de abril de 2015. Porém, o estágio de desenvolvimento das mesmas varia entre unidades. Na UCSP Mar, ainda não foi iniciada a implementação da experiência-piloto, por essa UCSP alegadamente se encontrar a aguardar orientações escritas sobre o modo de implementar a atividade do enfermeiro de família, por não

⁶³ Concretamente no ACES Algarve I – Central as USF Al-Gharb (modelo A) e USF Mirante (modelo B), no ACES Algarve II – Barlavento, foi selecionada a UCSP Lagos, e no ACES Algarve III – Sotavento, a UCSP Mar.

existir um plano de ação, e desconhecer os requisitos e diretrizes para o desenvolvimento da atividade⁶⁴.

Na descrição das dificuldades de implementação a ARS Algarve destacou: a ausência de informação e de progresso na implementação dos projetos-piloto, manifestadas pelas USF do ACES Algarve I – Central; que o modelo de comunicação na implementação do projeto deveria considerar as direções dos ACES, segundo o ACES Central; que a divulgação tardia do agendamento da reunião realizada em Coimbra impossibilitou a deslocação dos enfermeiros que integram a UCSP Mar; não se ter verificado, segundo o ACES Algarve II – Barlavento (UCSP Lagos), qualquer divulgação dos documentos de trabalho orientadores sobre a carteira de serviços específicos para o enfermeiro especialista e sobre os indicadores de acompanhamento e avaliação, tal como teria ficado acordado na reunião de 9 de abril, apesar dos vários contactos alegadamente efetuados pela UCSP junto dos elementos do grupo de acompanhamento.

A ARS Algarve mais afirmou que “[...] de um modo geral, conclui-se que a implementação das experiências piloto da atividade do enfermeiro de família no Serviço Nacional de Saúde nas UF da Região de Saúde do Algarve foi incipiente. As USF e UCSP que integraram este projeto depararam-se com as várias dificuldades acima relatadas, que têm condicionado o sucesso do projeto.”

Em suma, conclui-se que o processo de implementação das experiências-piloto da atividade do enfermeiro de família nos CSP do SNS, à data da resposta das ARS, revelou diferentes estádios de implementação entre ARS. De acordo com a informação das ARS, na ARS Norte as experiências-piloto encontram-se já a decorrer desde janeiro, conforme previsto na Portaria n.º 8/2015, de 12 de janeiro. Na ARS Centro, embora apenas uma das unidades tenha iniciado com esta função em 2 de janeiro de 2015, à data da resposta à ERS todas as experiências estavam implementadas. Na ARS Alentejo todas as experiências-piloto iniciaram em janeiro de 2015, exceto no ACES Alentejo Litoral, por alegadas dificuldades e constrangimentos nas áreas organizacional e de recursos humanos. Nas ARS Lisboa e Vale do Tejo e Algarve o processo tem sido mais moroso, não se encontrando constituídas

⁶⁴ Relativamente às datas de criação das experiências-piloto já iniciadas, a ARS Algarve anotou que o ACES Algarve I - Central (USF Al-Gharb e USF Mirante), considera o dia 9 de abril de 2015 como o marco do início do projeto, enquanto o ACES Algarve II – Barlavento (UCSP Lagos) considera o dia 2 de fevereiro de 2015, como data de início, que coincide com a data de elaboração de um plano interno de integração de toda a equipa de enfermagem na nova metodologia de trabalho e nas intervenções integradas nos vários programas de saúde.

formalmente na primeira, e estando numa fase inicial, na maioria das unidades da ARS Algarve.

Apesar de as assimetrias mais vincadas no processo de implementação se identificarem entre diferentes ARS, na ARS Alentejo e Algarve as experiências-piloto que não tinham avançado, à data das respostas à ERS, eram do modelo de gestão UCSP.

3.5. Utilização dos CSP

Para analisar o acesso importa não só considerar a disponibilidade de oferta, em termos de proximidade e capacidade – o acesso potencial –, mas também a utilização efetiva dos CSP pela população que deles necessitam – o acesso realizado. Nesse sentido, na presente secção são analisados indicadores de utilização de consultas e outras prestações integradas em CSP.

Através da análise da taxa de utilização global de consultas médicas, que exprime a proporção de utentes inscritos que tiveram consulta médica, observa-se que, com exceção da ARS Alentejo, esta taxa é mais alta nas USF de modelo B, e mais baixa nas UCSP. Importa ainda ressaltar que nas ARS Norte e ARS Lisboa e Vale do Tejo as diferenças entre USF-B e USCP são mais vincadas, no período considerado.

Tabela 9 – Taxa média de utilização global de consultas médicas, em percentagem, 2012 - 2014

Ano	UCSP			Δ 2012-2014 p.p.	USF - A			Δ 2012-2014 p.p.	USF - B			Δ 2012-2014 p.p.
	2012	2013	2014		2012	2013	2014		2012	2013	2014	
Norte	63,17	67,43	65,83	2,66	64,53	69,65	66,25	1,72	72,12	74,87	73,83	1,70
Centro	66,67	70,83	68,14	1,46	61,78	64,01	69,08	7,30	68,86	71,41	68,78	-0,08
LVT	52,48	49,22	49,16	-3,32	59,66	59,37	56,94	-2,72	70,67	70,90	63,18	-7,50
Alentejo	70,66	74,76	73,40	2,75	70,83	69,56	72,32	1,50	69,85	73,86	72,31	2,47
Algarve	46,62	62,14	58,38	11,76	62,67	67,10	57,77	-4,91	64,46	68,69	58,49	-5,97
Nacional	60,75	63,22	62,12	1,37	62,99	65,32	63,76	0,77	71,24	73,27	69,98	-1,26

Fonte: Elaboração própria com base na informação da ACSS.

Através da análise dos resultados da tabela *infra*, observa-se a existência de diferenças significativas na taxa de utilização global de consultas médicas por UF e por ARS. As USF de modelo B são as que exibiram uma média superior de taxa de

utilização global de consultas médicas, seguida pelas USF modelo A e, por último, as UCSP. Por região de saúde, a média mais elevada de taxa de utilização global de consultas médicas, entre 2012 e 2014, é identificada na ARS Alentejo, e a mais baixa na ARS Lisboa e Vale do Tejo.

Tabela 10 – Taxa de utilização global de consultas médicas, média, desvio-padrão e teste ANOVA⁶⁵, entre 2012 e 2014

Variável	Média (Desvio-padrão)	ANOVA teste Z (p-value)
Total USF e UCSP	64,50 (14,65)	86,514 (0,000)***
UCSP	62,02 (15,40)	
USF - A	64,04 (15,04)	
USF - B	71,47 (8,83)	
Todas as ARS	64,50 (14,65)	121,715 (0,000)***
Norte	68,15 (12,15)	
Centro	68,05 (11,74)	
LVT	56,16 (16,77)	
Alentejo	72,53 (7,48)	
Algarve	58,22 (12,49)	

Nota: Na coluna ANOVA está descrito o resultado da Estatística de teste. *Nível de significância $p < 0,1$; ** Nível de significância $p < 0,05$; *** Nível de significância $p < 0,01$.

Considerando o principal foco do presente estudo, que pretende comparar os modelos de gestão das unidades de CSP do SNS, realizou-se um estudo econométrico para avaliar o efeito do tipo de unidade sobre a taxa de utilização de consultas médicas, juntamente com outras variáveis suscetíveis de influenciar este indicador. Assim, no modelo estimado em que a unidade de observação é a UF, considerou-se como variáveis explicativas o tipo de UF (UCSP, USF de modelo A e USF de modelo B), a ARS a que a UF pertence, a percentagem de utentes com médico de família relativamente ao número total de utentes inscritos na UF, a percentagem de população

⁶⁵ Neste teste estatístico assume-se como hipótese nula que a variável é igual entre grupos (como é o caso de, por exemplo, entre as três UF) e, como hipótese alternativa, que a variável é diferente entre os três grupos. A utilização deste teste exige que os dados provenham de amostras independentes de populações (como é o caso da realização de consultas em três UF distintas), com as distribuições de probabilidade a necessitarem de ser normais. Para se aferir da normalidade das variáveis, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, no qual a hipótese nula identifica que a variável assume uma distribuição normal, e o contrário na hipótese alternativa. Todas as dimensões exibiram um $p > 0,05$, pelo que não se rejeitou a hipótese nula, concluindo-se que a variável segue uma distribuição normal.

como idade igual ou superior a 65 anos no concelho da UF, a percentagem de população como idade inferior a 15 anos no concelho da UF, a taxa bruta de mortalidade no concelho da UF, a relação de masculinidade do concelho da UF, o índice de poder de compra do concelho da UF, e finalmente, o ano de registo da taxa de utilização. Na tabela 11 as variáveis são descritas em maior detalhe. O modelo econométrico é estimado através do método de mínimos quadrados ordinários.

Tabela 11 – Variáveis do estudo econométrico sobre utilização de consultas médicas nos CSP

Designação	Descrição	Período/data de recolha	Fonte
Variável explicada			
Taxa de utilização global de consultas médicas	Taxa de utilização global de consultas médicas que exprime a proporção de utentes inscritos que tiveram consulta médica, de qualquer tipo, na UF	2012 a 2014	ACSS
Variáveis explicativas			
USF-A	Variável binária que assume o valor 1 se a UF é USF de modelo A	2012 a 2014	ACSS
USF-B	Variável binária que assume o valor 1 se a UF é USF de modelo B	2012 a 2014	ACSS
2013	Variável binária que assume o valor 1 se o ano de registo da taxa é 2013	2012 a 2014	ACSS
2014	Variável binária que assume o valor 1 se o ano de registo da taxa é 2014	2012 a 2014	ACSS
ARS Centro, ARS LVT, ARS Alentejo, ARS Algarve	Conjunto de variáveis binárias que controla a ARS a que a UF pertence (base é ARS Norte)	2012 a 2014	ACSS
MEDC	Percentagem de utentes com médico de família face ao número total de utentes inscritos, na UF	2012 a 2014	ACSS
POP65	Percentagem de população com idade igual ou superior a 65 anos no concelho da UF	2012 a 2014	INE
POP15	Percentagem de população com idade inferior a 15 anos no concelho da UF	2012 a 2014	INE
MORT	Taxa bruta de mortalidade (em permilagem) no concelho da UF	2012 a 2014	INE
MASC	Quociente entre os efetivos populacionais do sexo masculino e os do sexo feminino no concelho da UF	2012 a 2014	INE
IPC	Índice de poder de compra no concelho da UF *	2009, 2011 e 2013	INE

Nota: * Para obtenção dos dados aproximados do IPC utilizou-se para o ano de 2012 a média entre 2009 e 2011 e para o ano de 2014 a média entre 2013 e 2011.

Da análise da tabela *infra* retira-se que o modelo de gestão USF tem um feito positivo na taxa de utilização global de consultas, de impacto superior no caso das USF de modelo B, assumindo que as restantes variáveis se mantêm constantes. Relativamente ao ano, só foi encontrada significância para 2013, constatando-se um

impacto positivo na realização de consultas relativamente a 2012. Numa ótica regional, a ARS Alentejo é a única que não se distingue significativamente da ARS Norte, enquanto nas restantes ARS a taxa de utilização de consultas médicas é significativamente mais baixa⁶⁶. A percentagem de utentes com médico de família tem um efeito positivo na taxa de utilização global de consultas médicas. A variável POP65 não apresentou significância estatística, mas a percentagem de população com idade inferior a 15 anos tem um impacto negativo na taxa de utilização de consultas. Verifica-se, também, que a taxa bruta de mortalidade e a masculinidade têm um impacto positivo e significativo na realização de consultas. E, por último, o IPC tem um efeito negativo na taxa de utilização global de consultas médicas.

Tabela 12 – Taxa de utilização global de consultas médicas entre 2012 e 2014:
modelo de regressão linear múltipla

Variáveis	Coefficientes
USF-A	1,13 (1,76)*
USF-B	8,92 (12,82)***
2013	2,32 (4,23)***
2014	0,44 (0,78)
ARS Centro	-1,69 (-2,43)**
ARS LVT	-5,98 (-7,47)***
ARS Alentejo	0,43 (0,38)
ARS Algarve	-6,96 (-4,67)***
MEDC	0,17 (10,86)***
POP65	-2,85 (-0,19)
POP15	-95,80 (-3,09)***
MORT	0,35 (2,07)**
MASC	0,24 (2,25)**
IPC	-0,07 (-6,68)***
Constante	44,13 (3,59)***

Notas: Número de observações = 2533, $R^2 = 35,45\%$, $F = 100,33$, $Prob > 0,000$. Teste t encontra-se dentro de parêntesis. *Significativa ao nível de 10%, **significativa ao nível de 5%, ***significativa ao nível de 1%.

⁶⁶ Comparando este resultado com as taxas médias de utilização de consultas médicas, apresentadas na tabela 10, constata-se que a ARS Alentejo, apesar de ser a única com média superior à da ARS Norte, não apresenta uma taxa estatisticamente diferente da apresentada pela ARS Norte, após introduzidas outras variáveis de controlo.

De seguida analisa-se o indicador relativo à taxa de utilização global de consultas de enfermagem por população inscrita, que exprime a proporção de utentes inscritos que tiveram consulta de enfermagem nos últimos três anos. Em geral, a taxa média de utilização global de consultas de enfermagem é mais alta nas USF de modelo B. Ao comparar as USF de modelo A e as UCSP verifica-se realidades distintas entre anos e entre ARS, não exibindo assim um comportamento constante.

Tabela 13 – Taxa média de utilização global de consultas de enfermagem, 2012 - 2014

Ano	UCSP			Δ 2012- 2014 p.p.	USF - A			Δ 2012- 2014 p.p.	USF - B			Δ 2012- 2014 p.p.
	2012	2013	2014		2012	2013	2014		2012	2013	2014	
Norte	63,84	76,68	76,01	12,17	62,72	71,77	69,42	6,71	74,08	83,16	84,38	10,30
Centro	61,69	74,91	72,07	10,37	60,30	64,42	69,18	8,88	67,00	77,35	78,53	11,52
LVT	28,27	39,54	47,78	19,51	48,73	53,92	60,88	12,15	62,10	72,00	75,53	13,43
Alentejo	n.d	79,72	79,03	-0,69	n.d	66,10	70,02	3,93	n.d	73,74	76,45	2,71
Algarve	35,30	60,89	63,74	28,44	66,57	79,02	78,39	11,82	62,01	72,79	68,81	6,79
Nacional	46,00	64,91	66,92	20,92	54,47	64,67	66,92	12,45	68,78	78,92	80,84	12,05

Fonte: Elaboração própria com base na informação da ACSS. Nota: A variação da taxa média de utilização global de consultas de enfermagem na ARS Alentejo engloba o período entre 2013 e 2014.

Verifica-se a existência de diferenças significativas na taxa de utilização global de consultas de enfermagem por UF e por ARS. Observa-se que as USF de modelo B são as que apresentam uma taxa média superior de utilização global de consultas de enfermagem, seguida pelas USF modelo A. Por região de saúde, a ARS Norte tem a média mais elevada de taxa de utilização global de consultas de enfermagem e a ARS Lisboa e Vale do Tejo revela a menor média.

Tabela 14 – Taxa de utilização global de consultas de enfermagem, média, desvio-padrão e teste ANOVA, entre 2012 e 2014

Variável	Média (Desvio-padrão)	ANOVA Teste Z (p-value)
Total USF e UCSP	63,52 (22,67)	128,332 (0,000)***
UCSP	59,03 (24,61)	
USF - A	62,36 (21,61)	
USF - B	76,55 (10,34)	
Todas as ARS	63,52 (22,67)	194,651 (0,000)***
Norte	73,48 (15,31)	
Centro	69,23 (16,05)	
LVT	49,09 (21,85)	
Alentejo	51,95 (37,72)	
Algarve	59,92 (19,04)	

Nota: Na coluna ANOVA está descrito o resultado da Estatística de teste. *Nível de significância $p < 0,1$; ** Nível de significância $p < 0,05$; *** Nível de significância $p < 0,01$.

Na tabela *infra* apresenta-se o indicador relativo à taxa de domicílios médicos anuais, por 1.000 utentes inscritos, analisado entre 2012 e 2014 e por ARS. Verifica-se que, em geral, a taxa média de domicílios médicos por 1.000 inscritos é mais alta nas USF de modelo B, e mais baixa nas UCSP, com exceção na ARS Alentejo em que as UCSP revelam maior taxa média de domicílios do que as USF de modelo A. Relativamente à variação anual, constata-se que a taxa média de domicílios médicos por 1.000 inscritos diminuiu a nível nacional, entre 2012 e 2014.

Tabela 15 – Taxa média de domicílios médicos por 1.000 inscritos, entre 2012 e 2014

Ano	UCSP			Δ 2012- 2014 p.p.	USF - A			Δ 2012- 2014 p.p.	USF - B			Δ 2012- 2014 p.p.
	2012	2013	2014		2012	2013	2014		2012	2013	2014	
Norte	17,03	17,27	16,94	-0,09	24,01	24,12	21,62	-2,39	31,72	30,69	30,86	-0,86
Centro	9,05	8,24	7,53	-1,52	16,99	16,24	18,29	1,29	35,76	34,09	30,47	-5,29
LVT	5,80	5,80	5,69	-0,10	16,79	14,15	12,43	-4,36	35,16	33,48	26,73	-8,43
Alentejo	38,47	37,20	30,58	-7,89	28,87	32,35	27,98	-0,89	36,11	37,48	35,73	-0,39
Algarve	1,84	3,58	3,56	1,72	13,51	15,43	15,21	1,70	38,79	45,00	32,38	-6,41
Nacional	13,23	13,13	12,27	-0,96	20,85	19,80	18,27	-2,58	33,27	32,23	29,75	-3,52

Fonte: Elaboração própria com base na informação da ACSS. Nota: A variação da taxa média de utilização global de consultas de enfermagem na ARS Alentejo engloba o período entre 2013 e 2014.

Foram identificadas diferenças significativas entre UF e entre ARS, no indicador de domicílios médicos por 1.000 inscritos. As USF de modelo B exibiram uma média superior de taxa de domicílios médicos por 1000 inscritos, representando mais do dobro das UCSP. Por região de saúde, a ARS Alentejo assume a média mais elevada e a ARS Algarve a média menor.

Tabela 16 – Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos, média, desvio-padrão e teste ANOVA, entre 2012 e 2014

Variável	Média (Desvio-padrão)	ANOVA Teste Z (p-value)
Total USF e UCSP	18,46 (18,02)	253,372 (0,000)***
UCSP	12,89 (19,80)	
USF - A	19,57 (11,44)	
USF - B	31,65 (10,95)	
Todas as ARS	18,46 (18,02)	92,142 (0,000)***
Norte	22,69 (13,44)	
Centro	12,54 (12,15)	
LVT	13,32 (15,58)	
Alentejo	34,41 (39,04)	
Algarve	9,82 (15,09)	

Nota: Na coluna ANOVA está descrito o resultado da Estatística de teste. *Nível de significância $p < 0,1$; ** Nível de significância $p < 0,05$; *** Nível de significância $p < 0,01$.

Por outro lado, constata-se que, em geral, a taxa média de domicílios de enfermagem por 1.000 inscritos é mais alta nas USF de modelo B, e mais baixa nas USF modelo A, com exceção da ARS Lisboa e Vale do Tejo e da ARS Alentejo em que as UCSP apresentam a menor taxa média de domicílios. Resulta, ainda, da análise da tabela *infra* que a taxa média de domicílios médicos por 1.000 inscritos, a nível nacional, aumentou nas UCSP e nas USF de modelo A, e diminuiu nas USF de modelo B.

Tabela 17 – Taxa média de domicílios de enfermagem por 1.000 inscritos, entre 2012 e 2014

Ano	UCSP			Δ 2012- 2014 p.p.	USF - A			Δ 2012- 2014 p.p.	USF - B			Δ 2012- 2014 p.p.
	2012	2013	2014		2012	2013	2014		2012	2013	2014	
Norte	165,06	151,01	157,26	-7,79	142,87	144,35	140,80	-2,07	155,16	148,67	155,34	0,18
Centro	120,89	122,59	128,86	7,97	119,74	107,68	126,38	6,64	142,55	137,08	143,37	0,82
LVT	48,52	61,96	61,16	12,65	89,74	77,20	86,30	-3,44	135,33	125,69	119,20	-16,13
Alentejo	307,75	311,40	302,94	-4,81	132,33	153,69	187,54	55,21	134,16	167,11	166,13	31,98
Algarve	3,45	6,05	6,52	3,08	26,57	28,73	33,88	7,31	64,13	77,89	68,02	3,89
Nacional	126,88	127,27	131,27	4,39	118,93	113,72	120,34	1,41	146,25	140,19	142,59	-3,66

Fonte: Elaboração própria com base na informação da ACSS. Nota: A variação da taxa média de utilização global de consultas de enfermagem na ARS Alentejo engloba o período entre 2013 e 2014.

Da implementação do teste ANOVA apresentado na tabela *infra*, extrai-se a existência de diferenças significativas na taxa de domicílios de enfermagem por 1.000 inscritos entre UF e entre ARS. A média mais alta deste indicador foi exibida pelas USF de modelo B e a mais baixa pelas USF de modelo A. Por região de saúde, a média mais elevada de taxa de domicílios médicos observa-se na ARS Alentejo e a mais baixa na ARS Algarve.

Tabela 18 – Taxa de domicílios de enfermagem por 1.000 inscritos, média, desvio-padrão e teste ANOVA, entre 2012 e 2014

Variável	Média (Desvio-padrão)	ANOVA Teste Z (p-value)
Total USF e UCSP	128,83 (94,26)	
UCSP	128,42 (119,39)	10,417 (0,000)***
USF - A	117,70 (58,41)	
USF - B	142,89 (31,37)	
Todas as ARS	128,83 (94,26)	
Norte	152,50 (68,10)	276,042 (0,000)***
Centro	124,70 (60,60)	
LVT	78,36 (66,78)	
Alentejo	268,60 (183,11)	
Algarve	18,43 (27,17)	

Nota: Na coluna ANOVA está descrito o resultado da Estatística de teste. *Nível de significância $p < 0,1$; ** Nível de significância $p < 0,05$; *** Nível de significância $p < 0,01$.

O indicador relativo à taxa média utilização de consultas de planeamento familiar (médico/enfermeiro) exprime a proporção de mulheres em idade fértil que tiveram pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem de planeamento familiar, nos últimos 12 meses. Da tabela *infra*, extrai-se que esta taxa é mais elevada nas USF de modelo B, e mais baixa nas UCSP. Verificou-se uma variação anual positiva entre o período considerado.

Tabela 19 – Taxa média de utilização de consultas de planeamento familiar (médico/enfermeiro), entre 2012 e 2014

Ano	UCSP			Δ 2012- 2014	USF - A			Δ 2012- 2014	USF - B			Δ 2012- 2014
	2012	2013	2014		2012	2013	2014		2012	2013	2014	
Norte	37,99	42,62	44,28	6,29	56,12	58,51	60,18	4,06	71,55	73,25	74,19	2,64
Centro	31,11	34,41	33,78	2,67	38,41	42,49	44,58	6,17	49,86	52,16	51,58	1,72
LVT	21,98	24,54	26,14	4,16	40,95	42,85	45,64	4,69	56,98	59,51	61,36	4,38
Alentejo	31,71	36,51	36,27	4,56	35,03	36,18	44,52	9,49	61,75	56,56	64,09	2,33
Algarve	17,70	27,92	27,48	9,79	39,75	42,37	42,28	2,52	53,95	60,84	57,99	4,04
Nacional	30,38	34,31	35,24	4,86	47,35	49,44	51,93	4,58	64,91	66,74	68,01	3,10

Fonte: Elaboração própria com base na informação da ACSS. Nota: A variação da taxa média de utilização global de consultas de enfermagem na ARS Alentejo engloba o período entre 2013 e 2014.

Constata-se a existência de diferenças significativas na taxa de utilização de consultas de planeamento familiar entre UF e entre ARS. Por ano, verifica-se um aumento anual deste indicador. Comparando UF, as USF de modelo B exibiram a maior taxa de utilização deste tipo de prestação e as UCSP a menor taxa de utilização. Por seu turno, a taxa de utilização é superior na ARS Norte, em comparação com as restantes ARS, e inferior no caso da ARS Algarve.

Importa referir que também foram estimadas a taxa média de utilização de consultas médicas de planeamento familiar e a taxa média de utilização de consultas de planeamento familiar de enfermagem, separadamente, com resultados similares aos obtidos para a taxa de utilização de consultas de planeamento familiar (médico/enfermeiro).

**Tabela 20 – Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar
(médico/enfermeiro), média, desvio-padrão e teste ANOVA**

Variável	Média (Desvio-padrão)	ANOVA Teste Z (p-value)
Total das UF	44,28 (18,70)	
UCSP	33,25 (13,25)	1331,409 (0,000)***
USF - A	49,69 (14,32)	
USF - B	66,65 (10,99)	
Total das ARS	44,28 (18,70)	
Norte	54,97 (17,64)	205,169 (0,000)***
Centro	36,71 (11,50)	
LVT	36,41 (17,41)	
Alentejo	37,31 (12,82)	
Algarve	32,15 (14,85)	

Nota: Na coluna ANOVA está descrito o resultado da Estatística de teste. *Nível de significância $p < 0,1$; ** Nível de significância $p < 0,05$; *** Nível de significância $p < 0,01$.

Em síntese, do modelo econométrico sobre utilização de consultas médicas nos CSP resulta que, mesmo controlando os efeitos de outras variáveis que podem influenciar a taxa de utilização de consultas médicas nos CSP, as USF de modelo B destacam-se com o maior impacto na taxa de utilização. Por região de saúde, essa taxa é significativamente inferior nas ARS Centro, ARS Lisboa e Vale do Tejo e ARS Algarve, quando comparadas com a ARS Norte. A percentagem de utentes com médico de família apresenta um efeito positivo na utilização de consultas médicas, e uma maior percentagem de população com idade inferior a 15 anos nas UF reduz a taxa de utilização. A taxa bruta de mortalidade e a masculinidade têm um impacto positivo na realização de consultas médicas e o IPC tem um efeito negativo.

Entre 2012 e 2014, as USF de modelo B apresentaram taxas de utilização de consultas médicas e de enfermagem, de domicílios médicos e de enfermagem e taxa média de utilização de consultas de planeamento familiar superior às restantes UF. Comparando as cinco regiões de saúde, constata-se que a ARS Alentejo foi a que

apresentou a maior taxa de utilização em maior número dos indicadores considerados, seguida da ARS Norte.

Numa ótica de dinâmica temporal, verifica-se que, entre 2012 e 2014, a variação das taxas de consultas de enfermagem e de utilização de consultas de planeamento familiar foi positiva nos três tipos de UF, a nível nacional. A variação média da taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos foi negativa, no período considerado. Por seu turno, a taxa média de domicílios de enfermagem aumentou, nas UCSP e nas USF modelo A, e diminuiu nas USF modelo B, a nível nacional.

3.6. Cumprimento dos TMRG nos CSP

O acesso aos cuidados de saúde deve ser garantido seja qual for a condição económica de quem dos mesmos necessite, daí decorrendo todo o quadro conformador da mera moderação no acesso aos cuidados de saúde decorrente das taxas moderadoras. O acesso aos cuidados de saúde, para além da ótica geográfica, deve ser avaliado numa vertente temporal, associado à necessidade de obtenção de cuidados de saúde em tempo útil. Uma forma de avaliar a aplicabilidade deste conceito consiste em analisar se os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde estão a cumprir os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)⁶⁷.

Recorde-se que a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, veio proceder à consolidação dos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, bem como veio definir os termos a que deve obedecer a “Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde”, refere que importa “[...] garantir a prestação de cuidados de saúde pelo SNS e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente [...]” – cfr. n.º 1 do artigo 25.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março. Acresce que a Carta dos Direitos de Acesso define os TMRG e o direito do utente à informação sobre esses tempos.

⁶⁷ A Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro, estabeleceu os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para o acesso a cuidados de saúde para os vários tipos de prestações sem carácter de urgência designadamente ambulatório dos centros de saúde, cuidados domiciliários, consultas externas hospitalares, MCDT e cirurgia programada. Posteriormente, a Portaria n.º 87/2015, de 23 de março, revoga a portaria anterior, e define os tempos máximos de resposta garantidos para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência e publica a Carta de Direitos de Acesso – cfr. artigo 1.º.

A Portaria n.º 87/2015, de 23 de março, fixa os TMRG para todo o tipo de prestações sem carácter de urgência, e publica a Carta de Direitos de Acesso – cfr. artigo 1.º da portaria.

Ao abrigo das suas atribuições regulatórias, a ERS tem intervindo sob o fundamento de distintas situações concretas que foram trazidas ao seu conhecimento no âmbito do acesso aos cuidados de saúde primários. Atualmente corre termos um processo de monitorização na ERS, no qual foram incorporadas todas as suas prévias intervenções regulatórias em matéria de TMRG nos cuidados primários, assim dando continuidade à avaliação do grau de cumprimento das medidas anteriormente objeto de instrução.

Atendendo à dignificação normativa do direito à informação por via da sua consagração no artigo 4.º da Portaria n.º 87/2015, de 23 de março, bem como, reflexamente, ao reforço da transparência no sector, em geral, a intervenção regulatória ora proposta centrar-se-á numa ação monitorizadora, que favoreça uma perspetiva pedagógica e garanta o conhecimento efetivo de quais os prestadores cujo incumprimento dos TMRG se deve a ineficiências/má gestão/inércia, e não a real carência de meios ou recursos.

Para tanto, no processo de monitorização, a ERS orienta a sua intervenção regulatória monitorizadora por dois grandes eixos (complementares entre si):

- reforço da vertente do direito à informação do utente, e
- reforço da recolha e divulgação de dados em matéria de TMRG.

Tanto perspetiva que os prestadores assegurem, de facto, o cumprimento do artigo 4.º da Portaria n.º 87/2015, de 23 de março, que consagra que os estabelecimentos do SNS e do sector convencionado são obrigados a:

- a) Afixar em locais de fácil acesso e consulta pelo utente a informação atualizada relativa aos tempos máximos de resposta garantidos por patologia ou grupos de patologias, para os diversos tipos de prestações;
- b) Informar o utente no ato de marcação, mediante registo ou impresso próprio, sobre o tempo máximo de resposta garantido para prestação dos cuidados de que necessita;
- c) Informar o utente, sempre que for necessário acionar o mecanismo de referenciação entre os estabelecimentos do SNS, sobre o tempo máximo de resposta garantido para lhe serem prestados os respetivos cuidados no estabelecimento de referência, nos termos previstos na alínea anterior;
- d) Informar o utente, sempre que a capacidade de resposta dos estabelecimentos do SNS estiver esgotada e for necessário proceder à

referenciação para os estabelecimentos de saúde do sector privado, nos termos previstos na alínea b);

- e) Manter disponível no seu sítio da Internet informação atualizada sobre os tempos máximos de resposta garantidos nas diversas modalidades de prestação de cuidados;
- f) Publicar e divulgar, até 31 de março de cada ano, um relatório circunstanciado sobre o acesso aos cuidados que prestam, os quais serão auditados, aleatória e anualmente, pela Inspeção -Geral das Atividades em Saúde.

Concretamente, a instrução emitida pela ERS em 22 de maio de 2014 sobre esta matéria, determinou a todos os ACES e ULS em funcionamento em Portugal Continental que:

“[...]”

- i. adotassem, de forma imediata, todos os comportamentos que garantam, efetivamente, o rigoroso cumprimento de todas as regras estabelecidas no quadro legal relativo aos Tempos Máximos de Resposta Garantidos, incluindo nomeadamente o dever de cumprimento escrupuloso de registo imediato de qualquer pedido de consulta e entrega ao utente de comprovativo desse registo, bem como a garantia da prestação do cuidado de saúde dentro do TMRG concretamente aplicável;
- ii. adotassem, de forma imediata, um procedimento interno que garanta uma triagem assente em critérios clínicos e que permita a diferenciação, legalmente estabelecida, entre “[...] motivo de doença aguda e motivo não relacionado com doença aguda”, para efeito de atendimento não programado no próprio dia do pedido;
- iii. eliminassem, de forma imediata, quaisquer procedimentos que, direta ou indiretamente, impliquem o estabelecimento ou pré-determinação de um número máximo de atendimentos não programados por motivo relacionado com doença aguda, vulgo “vagas do dia”;
- iv. garantissem que todos os funcionários e profissionais de saúde se encontram total e cabalmente esclarecidos sobre os direitos dos utentes estabelecidos na Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde;

- v. afixassem, de forma imediata, e imperativamente no(s) local(ais) de receção de utentes e de solicitação, por estes, de agendamento de consultas, a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde e os TMRG aplicáveis;
- vi. afixassem, de forma imediata, e imperativamente no(s) local(ais) de receção de utentes e de solicitação, por estes, de agendamento de consultas, de informação aos utentes sobre a desnecessidade de aguardarem a abertura das instalações com o intuito de garantirem o acesso a cuidados primários por o seu direito estar legalmente consagrado.
- vii. dessem cumprimento imediato à instrução, bem como dessem conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias após a notificação da deliberação, dos procedimentos adotados para o efeito.”

Atendendo à necessidade de garantia de marcação de consultas em respeito do TMRG aplicável, e superação de outros constrangimentos no âmbito dos cuidados de saúde primários, realizou-se um levantamento de todas as reclamações que a ERS teve conhecimento entre 2014 e 2015. Não obstante a tónica colocada no tratamento das reclamações, cumpre referir que o universo de reclamações em causa, não é ainda verdadeiramente representativo do universo de prestadores elegíveis para efeito de monitorização, porquanto as reclamações objeto de análise pertencem ao grupo de prestadores, relativamente restrito, que aderiu ao sistema de submissão de reclamações submetidas pelo prestador proposto pela ERS, o que faz com que haja um núcleo de prestadores que submetem um maior número de reclamações, sendo por isso objeto de um maior escrutínio no âmbito da monitorização e aparentando um maior grau de incumprimento dos TMRG.

As reclamações foram agrupadas em três tipologias:

- i. constrangimentos na marcação de consulta por motivo de doença aguda, por pedido do utente⁶⁸;
- ii. constrangimentos na marcação de consulta por motivo não relacionado com doença aguda, onde foram incluídas dificuldades na marcação de consultas no âmbito da saúde infantil, programada para adulto, por ausência de médico de família, e por falta de material técnico;

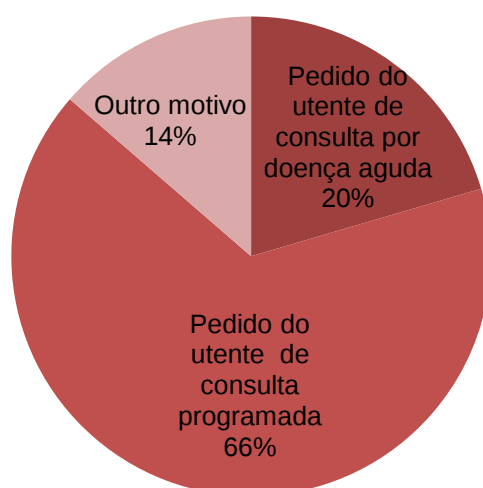
⁶⁸ De acordo com a Portaria n.º 87/2015, de 23 de março, o atendimento deve realizar-se no dia do pedido.

iii. outro motivo, onde estão incluídos constrangimentos na obtenção de receituário médico, renovação da medicação, emissão de relatórios médicos, entre outros.

Apesar de, entre 2014 e 2015, se terem identificado, no total, 44 reclamações, das quais 38 visaram UCSP, quatro USF de modelo A e duas USF de modelo B, certo é que o universo de UCSP é consideravelmente superior ao das USF, como se observou anteriormente, o que poderá ter implicação no número de reclamações. Considerando o principal objetivo do presente estudo, que pretende comparar os modelos de gestão das UCSP e das USF, da análise das reclamações retira-se que as UCSP foram visadas em maior número de reclamações, do total das reclamações inseridas nesta temática.

Quanto às principais situações que motivaram as reclamações inseridas no processo de monitorização em causa, destaca-se a dificuldade de marcação de consulta programada a pedido do utente em tempo útil, que representaram 66% do total das reclamações analisadas, seguida pelo não cumprimento do TMRG no âmbito de consulta por motivo de doença aguda, com 20%, e, por último, por outro motivo, com 14%.

Gráfico 7 – Descrição das principais situações que motivaram as reclamações, entre 2014 e 2015



Fonte: Elaboração própria com base na informação da ERS.

Analisando agora as situações que motivaram as reclamações por UF, constata-se que as USF de modelo B não tiveram nenhuma reclamação relativamente a demora

na marcação de consulta por motivo de doença aguda e as UCSP foram as que apresentaram um número mais elevado, equivalente a 67% do total das reclamações por esta situação. Na dificuldade de marcação de consulta, observa-se que as UCSP apresentaram igualmente o número mais elevado de reclamações, seguidas pelas USF de modelo B.

Por último, somente as UCSP tiveram reclamações por dificuldade de marcação de consulta programada para adulto, a pedido do utente, e por outro motivo.

Tabela 21 – Descrição das principais situações que motivaram as reclamações por UF, entre 2014 e 2015

UF	Pedido do utente de consulta por doença aguda	Pedido do utente de consulta programada	Outro motivo
UCSP	6	26	6
USF-A	3	1	-
USF-B	-	2	-
Total	9	29	6

Fonte: Elaboração própria com base na informação da ERS.

Em síntese, constata-se que as UCSP foram visadas em maior número de reclamações rececionadas pela ERS em matéria de acesso em tempo útil nos cuidados de saúde primários. Dos principais constrangimentos referidos nas reclamações destacam-se a demora de consulta programada para adulto a pedido do utente, e o não cumprimento dos TMRG no âmbito de consulta por motivo de doença aguda.

4. Análise da eficiência dos CSP do SNS

Na presente secção estuda-se a eficiência produtiva nas UF que prestam cuidados de saúde primários, com o intuito principal de comparar as USF com as UCSP.

Para tal, analisa-se a combinação de profissões de saúde nos recursos humanos disponíveis. É entendimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) que a determinação dos melhores rácios de competências profissionais na saúde (*skill-mix*) e a definição de novos papéis e de novas profissões continuarão a representar o desafio maior para as organizações de cuidados de saúde e para os sistemas de saúde⁶⁹. Em concreto, neste estudo analisa-se o rácio de enfermeiros por médicos, estabelecendo-se uma comparação entre os dois modelos de USF e UCSP, ao nível deste rácio.

Numa análise de eficiência produtiva, compara-se o desempenho das UF ao nível dos indicadores “consultas realizadas por médico” e “utentes inscritos por médico”, numa lógica de estudo de eventuais *trade-offs* entre estes dois indicadores.

Analisa-se, também, a prestação de cuidados de saúde de prevenção da doença e promoção da saúde, inicialmente, mediante a avaliação da evolução dos indicadores, entre 2012 e 2014, relativos a cuidados de saúde de prevenção (indicadores de vigilância oncológica, de rastreio, e de plano de vacinação), e de prevalência de doenças crónicas, e compara-se o desempenho entre USF e UCSP, e entre regiões de saúde.

Adicionalmente, e atenta a natureza específica da organização dos cuidados de saúde em Portugal, é analisada a eficiência dos cuidados primários na sua interação com os hospitalares, mais uma vez comparando a realidade das USF com as UCSP. Esta avaliação assenta no estudo do indicador denominado por taxa de *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC), o qual se interpreta como um indicador de ocorrência de hospitalizações passíveis de se evitar com cuidados primários atempados e adequados.

Por último, procede-se a análise da performance económico-financeira das unidades de cuidados de saúde primários, considerando a despesa média de medicamentos e a despesa média de MCDT prescritos, por utente utilizador, baseado no preço convencionado, mediante a aplicação do teste paramétrico ANOVA e a estimação de

⁶⁹ The World Health Report (2000), “Health systems: improving performance”. Geneva: World Health Organization.

modelo econométrico. No final, analisa-se também o indicador relativo à proporção de embalagens de medicamentos genéricos faturados, entre 2012 e 2014, compara-se o desempenho entre USF e UCSP e entre diferentes regiões de saúde.

4.1. Combinação de profissionais de saúde

Em Portugal, o rácio de enfermeiros por médico era de 1,4, em 2013, abaixo da média dos países da OCDE de 2,8 enfermeiros por médico⁷⁰, o que poderá ser indicativo de que em Portugal a composição da força de trabalho em saúde revela uma combinação ineficiente dos papéis de médicos e de enfermeiros. Diversa investigação realizada evidencia que, em áreas específicas da atividade assistencial, os enfermeiros podem prestar cuidados, pelo menos, equivalentes aos prestados pelos médicos (Buchan, 2005⁷¹; Delamaire, 2010⁷²), com ganhos de desempenho expectáveis.

Na presente secção analisa-se o rácio de enfermeiros por médicos nas unidades de CSP do SNS, com vista a comparar a realidade existente entre modelos de gestão. Através da análise da tabela *infra*, verifica-se que a ARS Alentejo exhibe o maior rácio, com 1,30 enfermeiros por médico e a ARS Lisboa Vale do Tejo exhibe o menor rácio de 1,07. Comparando as regiões de saúde constata-se que somente a ARS Lisboa e Vale do Tejo e Algarve exibiram rácios inferiores ao rácio nacional.

Numa análise por UF, destacam-se as UCSP por apresentarem um rácio mais elevado em todas as regiões. Verifica-se também que as USF de modelo A, com a exceção da ARS Centro, têm um rácio superior às USF de modelo B.

⁷⁰ OECD Health Statistics 2015, Eurostat Statistics Database, WHO European Health for All Database.

⁷¹ Buchan, J. e Calman, L. (2005), "Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles", OCDE Health Working Papers, No. 17.

⁷² Delamaire, M.L. e Lafortune, G. (2010), "Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries", OECD Health Working Papers, No. 54.

Tabela 22 – Rácio de enfermeiros por médicos por UF, 2014

ARS	Modelo	Rácio de enfermeiros por médicos
Norte	UCSP	1,41
	USF-A	1,05
	USF-B	0,98
Norte		1,15
Centro	UCSP	1,25
	USF-A	1,03
	USF-B	1,03
Centro		1,16
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	1,21
	USF-A	1,02
	USF-B	0,94
LVT		1,07
Alentejo	UCSP	1,43
	USF-A	1,09
	USF-B	0,98
Alentejo		1,30
Algarve	UCSP	1,15
	USF-A	0,83
	USF-B	1,00
Algarve		1,08
Nacional		1,13

Fonte: Elaboração própria com base na informação das ARS.

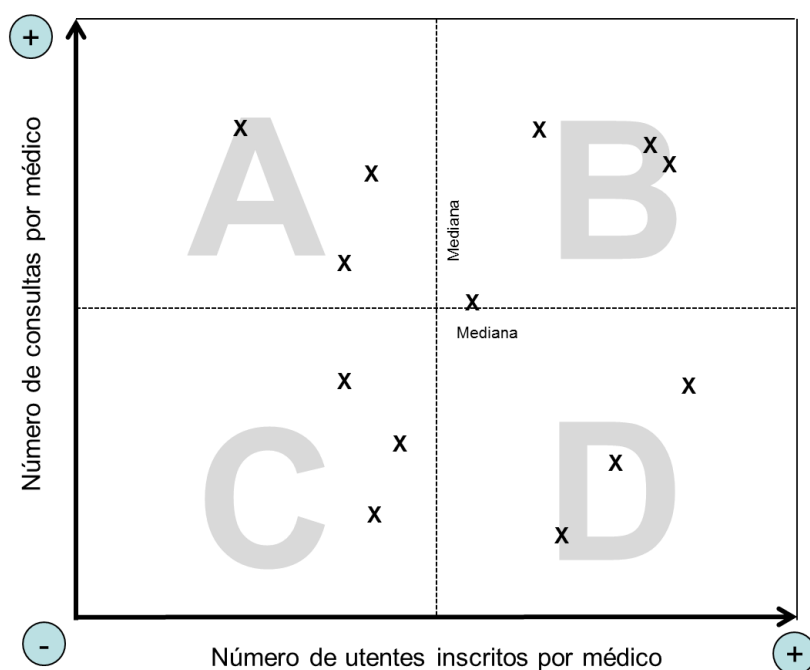
Em suma, as UCSP apresentam sempre um rácio de enfermeiros por médicos superior às USF, interpretando-se este resultado como indicativo de maior eficiência na combinação de profissionais de saúde. Entre as USF, com a exceção da ARS Centro, a de modelo A apresenta um rácio superior às USF de modelo B, sendo sempre inferior ao rácio a nível nacional. Por região de saúde, a ARS Alentejo tem o maior rácio de enfermeiros por médico e a ARS Lisboa e Vale do Tejo o menor rácio.

4.2. Eficiência produtiva

De seguida, avalia-se a capacidade das unidades de CSP numa ótica de eficiência, considerando um indicador de consultas realizadas por médico face ao número total de utentes inscritos por médico.

O método de análise utilizado representa-se pelo diagrama bidimensional apresentado na figura 2. Considerando o principal foco do presente estudo, que pretende avaliar os modelos de gestão das unidades de cuidados de saúde primários do SNS, compara-se, a nível nacional, o desempenho entre as UCSP, as USF modelo A e modelo B, e posteriormente por região de saúde.

Figura 2 – Diagrama conceptual de posicionamento em termos de realização de consultas por médico e número total de utentes inscritos por médico



Para melhor compreensão do diagrama, fazem-se as seguintes observações: (i) cada “x” representa uma unidade funcional; (ii) o eixo das ordenadas representa o número de consultas realizadas por médico em 2014; (iii) o eixo das abcissas representa o número total de inscritos por médico em 2014.

Os quatro quadrantes com interpretação relevante são delimitados pela mediana de cada indicador no universo das UF. Na medida em que, de acordo com o BII para os cuidados primários da ACSS, o resultado que se espera em ambos os indicadores é

do tipo “quanto mais alto, melhor”, são possíveis as seguintes interpretações para cada um dos quadrantes:

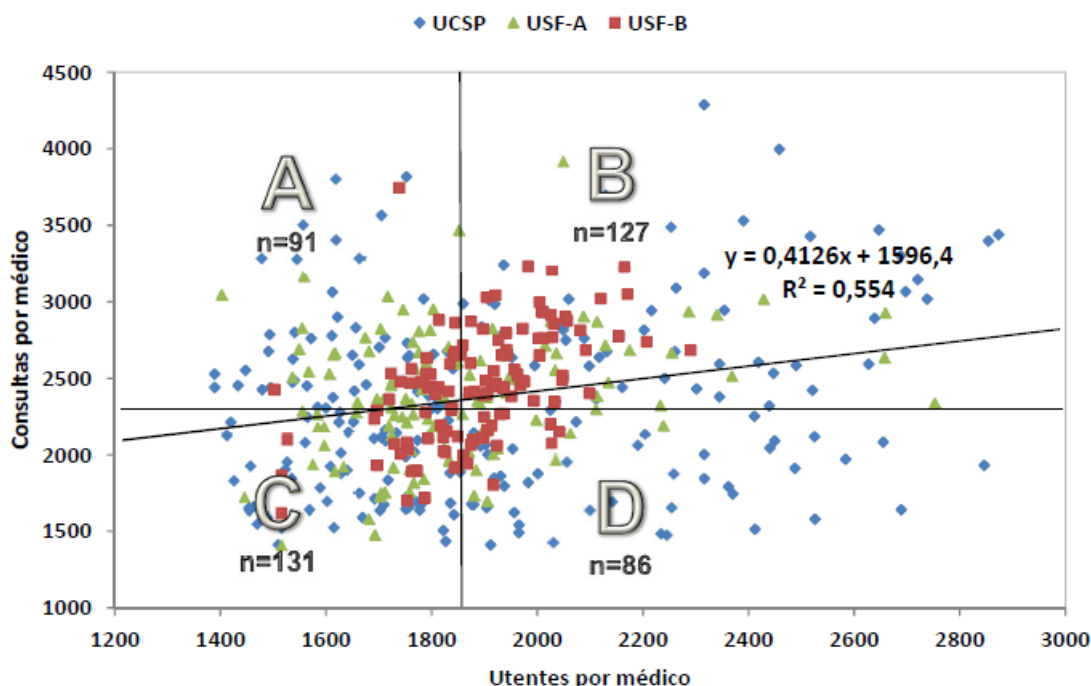
- Quadrante B inclui UF com utentes por médico e consultas por médico acima da mediana do universo de UF, pelo que serão as unidades relativamente mais eficientes;
- Quadrante C inclui UF com utentes por médico e consultas por médico abaixo da mediana do universo de UF, pelo que serão as unidades relativamente menos eficientes;
- Quadrante A inclui as UF com utentes por médico abaixo da mediana mas consultas por médico acima da mediana, pelo que a transição para o quadrante B implicará o incremento do número de utentes por médico;
- Quadrante D inclui as UF com utentes por médico acima da mediana mas consultas por médico abaixo da mediana, pelo que a transição para o quadrante B implicará o incremento do número de consultas por médico.

No que se refere à amostra, foram consideradas todas as USF e UCSP da rede do SNS identificadas pela ACSS com dados disponíveis necessários para a análise, relativos ao ano de 2014. Por sua vez, foram excluídos dos cálculos dos valores de referência as UF cujos dados de consultas por médico e utentes inscritos por médico consistiram em valores discrepantes, anormalmente altos ou baixos, ou seja, *outliers*. Os *outliers*, que em alguns casos indiciam a existência de erros ou inconsistências nos dados, enviesando a análise, foram definidos por meio de uma regra estatística comumente adotada como sendo os dados superiores ao valor resultante da soma entre 1,5 vezes a amplitude interquartílica e o 75.º percentil (terceiro quartil), bem como os dados inferiores ao valor que resulta da diferença entre o 25.º percentil (primeiro quartil) e 1,5 vezes a amplitude interquartílica.

Acrescenta-se no diagrama a linha de tendência que resulta de uma regressão linear entre as duas variáveis em causa. Os resíduos de estimação (as distâncias verticais entre as observações e a reta) podem ser interpretados como desvios positivos ou negativos, em termos de produtividade, de cada UF face ao desempenho padrão. Além disso, no caso de a inclinação da reta da regressão ser positiva, estará patente um *trade-off* entre a capacidade de realização de consultas e o número de utentes inscritos. Este é indicativo do quanto cada unidade funcional poderá aumentar a utilização da sua capacidade, ou seja, o número de consultas, sem ultrapassar a média de utentes inscritos.

Os resultados do método aplicado são apresentados no diagrama bidimensional com os quatro quadrantes A, B, C e D. A nível nacional, e como se pode observar na figura seguinte, há uma maior concentração de UF nos quadrantes C (30%) e B (29%).

Figura 3 – Diagrama de posicionamento das UF em termos de realização de consultas por médico e número de inscritos por médico SNS (N=435)



Fonte: Elaboração própria com base na informação da ACSS.

Apesar de não ser visualmente evidente, com base nos posicionamentos das UF, um *trade-off* entre o número de utentes inscritos e o número de consultas nos CSP, a inclinação da reta de regressão é positiva e o coeficiente de 0,4126 aponta para uma previsão estimada de que, para cada 100 utentes inscritos por médico adicionais nas UF, o número de consultas por médico aumentará cerca de 413. Assim, tendo em conta a reta de regressão e os dados apresentados na tabela seguinte, as UF que se encontram no quadrante C deveriam realizar esforços para aumentar simultaneamente o número de utentes inscritos por médico e o número de consultas por médico.

Avaliando por tipo de UF, constata-se que maior percentagem de USF de modelo B se encontram no quadrante B, ou seja são relativamente mais eficientes, com base nos indicadores considerados. Por sua vez, 31% das UCSP consideradas na presente análise, encontram-se no quadrante C, isto é, ocupando a posição de mais ineficiente na realização de consultas.

Tabela 23 – Distribuição das UF pelos quadrantes, 2014

UF	A	B	C	D
UCSP	21%	23%	31%	24%
USF - A	24%	24%	36%	16%
USF - B	18%	44%	23%	16%
Total Geral	21%	29%	30%	20%

Fonte: Elaboração própria com base na informação da ACSS.

Por região de saúde, verifica-se uma realidade muito destinta e constata-se que, com a exceção da ARS Alentejo, mais de 30% das UCSP encontram-se no quadrante C, isto é, no mais ineficiente na realização de consultas. Na ARS Centro essa percentagem atinge 40%, do total das UCSP. Por sua vez, as ARS Norte e Lisboa e Vale do Tejo, do total das USF do modelo B exibem uma percentagem de 48% e 68%, respetivamente, no quadrante B, o mais eficiente.

Tabela 24 – Distribuição das UF pelos quadrantes e por ARS, 2014

ARS	UFC	A	B	C	D
Norte	UCSP	15%	31%	31%	22%
	USF - A	24%	29%	26%	21%
	USF - B	16%	48%	16%	19%
Centro	UCSP	31%	21%	40%	8%
	USF - A	21%	15%	56%	9%
	USF - B	25%	19%	50%	6%
LVT	UCSP	4%	12%	34%	50%
	USF - A	29%	32%	37%	2%
	USF - B	13%	68%	13%	6%
Alentejo	UCSP	61%	22%	13%	4%
	USF - A	44%	33%	22%	0%
	USF - B	20%	20%	60%	0%
Algarve	UCSP	6%	38%	31%	25%
	USF - A	25%	38%	38%	0%
	USF - B	0%	0%	100%	0%

Fonte: Elaboração própria com base na informação da ACSS.

Observa-se que as USF de modelo B são as mais eficientes na realização de consultas face ao número de utentes inscritos por médico. As UCSP ocuparam, por sua vez, a posição relativamente menos eficiente nos indicadores utilizados, e a prioridade destas UF é captar mais utentes inscritos por médico e realizar mais

consultas por médico. Por região de saúde, a realidade é heterogénea com a ARS Lisboa e Vale do Tejo com mais UF de USF de modelo B no quadrante eficiente.

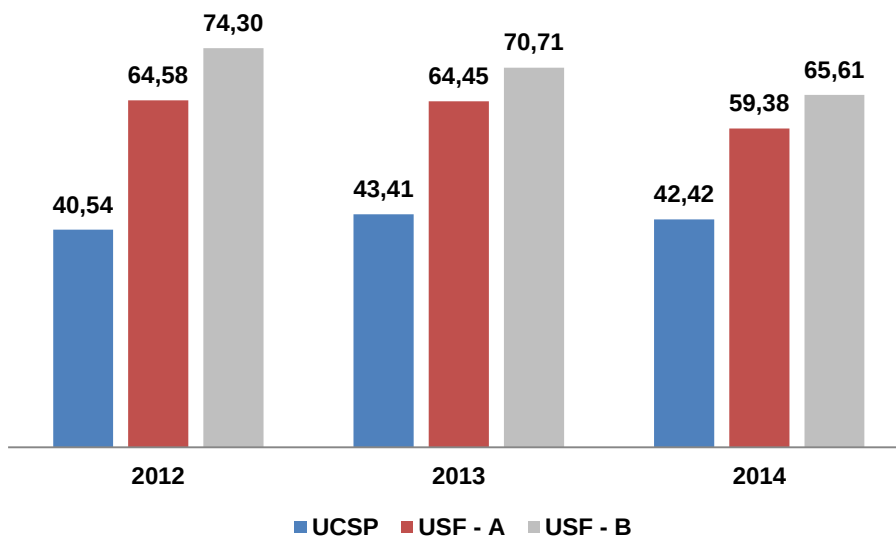
4.3. Promoção em saúde e prevenção da doença

Na presente secção avalia-se a evolução dos indicadores, entre 2012 e 2014, relativos a cuidados de saúde de prevenção (indicadores de vigilância oncológica, de rastreio, e de plano de vacinação), e de prevalência de doenças, aplicando-se o teste ANOVA para comparar o desempenho entre USF e UCSP e avaliar as diferenças regionais.

Na análise dos cuidados de saúde de prevenção considera-se seis indicadores disponibilizados pela ACSS. Na vigilância oncológica avalia-se o indicador que exprime a proporção de mulheres entre os 50 e os 70 anos com mamografia registada nos últimos dois anos, e o indicador que exprime a proporção entre as mulheres, com idades entre 25 e 60 anos, com colpocitologia atualizada. No rastreio considera-se o indicador que exprime a proporção de utentes inscritos, com idade entre os 50 e 75 anos, com rastreio do cancro do colon e reto efetuado. E, por último, nos indicadores relativos ao plano nacional de vacinação (PNV) engloba-se a proporção de crianças com PNV totalmente cumprido na data do segundo aniversário, entre as que completam dois anos, entre as que completam sete anos, e entre as que completam 14 anos. O tipo de resultado que se espera ter em cada um dos indicadores descritos anteriormente é “quanto mais alto, melhor”, de acordo com o BII para os cuidados primários da ACSS.

Da análise do gráfico *infra*, retira-se que o indicador que exprime a proporção de mulheres entre os 50 e os 70 anos com mamografia registada nos últimos dois anos aumentou nas três UF entre 2012 e 2013, e diminuiu entre 2013 e 2014. As USF de modelo B apresentaram, no horizonte temporal em análise, a proporção média superior relativamente às restantes UF, relevando ter um melhor desempenho.

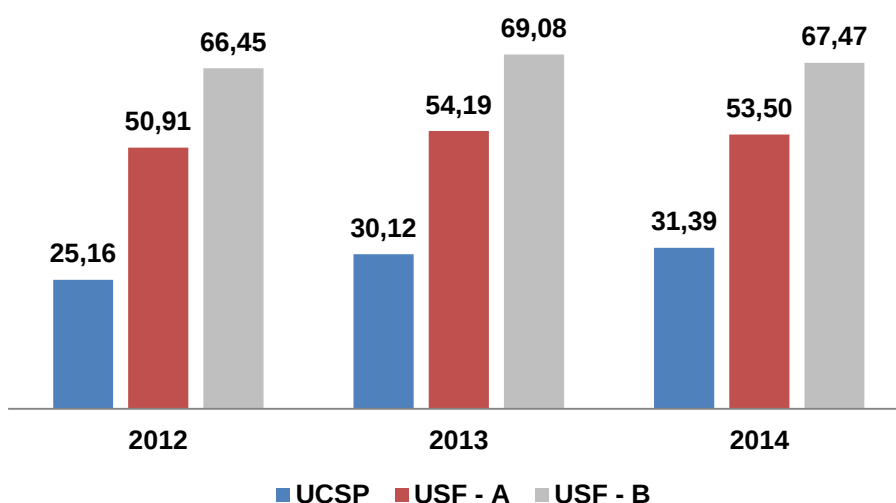
Gráfico 8 – Proporção (média) de mulheres entre os 50 e os 70 anos com mamografia registada nos últimos dois anos (em %), 2012 e 2014



Fonte: Elaboração própria com base na informação da ACSS.

Da análise do indicador que exprime a proporção entre as mulheres, com idades compreendidas entre 25 e 60 anos, com colpocitologia atualizada, verifica-se um aumento entre 2012 e 2013 nas UF consideradas, e uma diminuição entre 2013 e 2014, nas USF de modelo A e de modelo B. No entanto, as USF de modelo B representaram, no horizonte temporal em análise, a maior proporção média face às restantes UF, o que, consequentemente, traduz um melhor desempenho.

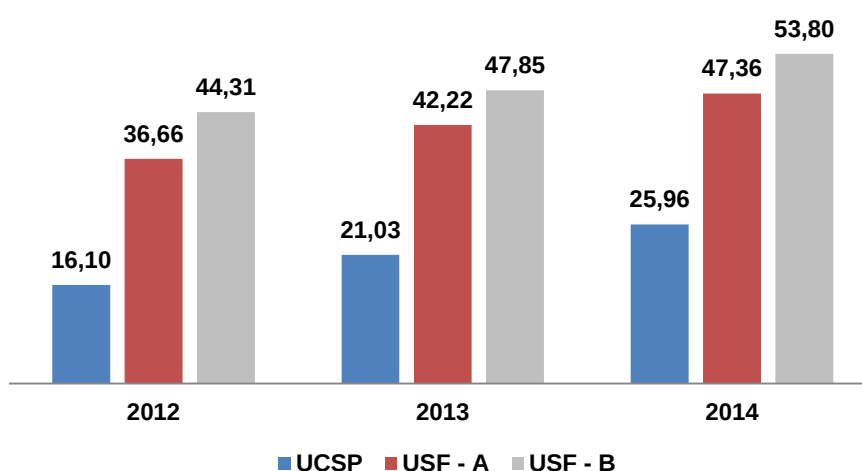
Gráfico 9 – Proporção (média) entre as mulheres com colpocitologia atualizada com idades entre 25 e 60 anos (em %), 2012 e 2014



Fonte: Elaboração própria com base na informação da ACSS.

No que se refere ao rastreio, considera-se o indicador que exprime a proporção de utentes inscritos, com idade entre os 50 e 75 anos, com rastreio do cancro do colon e reto efetuado. Através da análise do gráfico *infra*, constata-se um aumento em todas as tipologias apresentadas, entre 2012 e 2014, sendo as USF de modelo B as que representam uma maior proporção média e as UCSP a menor. Nesse sentido, as USF de modelo B exibiram um melhor desempenho face às restantes UF.

Gráfico 10 – Proporção (média) de utentes inscritos com idade compreendida entre 50 e 75 anos, com rastreio do cancro do colon e reto efetuado (em %), 2012 e 2014



Fonte: Elaboração própria com base na informação da ACSS.

Através da análise dos resultados da tabela *infra*, constata-se a existência de diferenças significativas em cada um dos indicadores analisados, relativamente às UF e às ARS.

As USF de modelo B apresentaram uma proporção média superior face às restantes UF, e regionalmente destacam-se as ARS Alentejo e Norte com maior proporção média de mulheres entre os 50 e os 70 anos com mamografia registada nos últimos dois anos. No indicador relativo à vigilância oncológica na realização de colpocitologia, verifica-se que as USF de modelo B apresentaram a proporção média mais elevada, exibindo um valor médio mais de duas vezes superior ao apresentado pelas UCSP. A realidade entre região de saúde é muito diferente, evidenciando-se a ARS Norte com maior proporção média entre as mulheres com colpocitologia atualizada entre 25 e 60 anos.

No indicador relativo ao rastreio, observa-se que as USF de modelo B apresentaram uma proporção média mais elevada, exibindo um valor médio de mais do dobro relativamente às UCSP. A realidade entre região de saúde é díspar, tendo a ARS Centro uma maior proporção de utentes com idades entre os 50 e os 70 anos, com rastreio do cancro do cólon e reto efetuado.

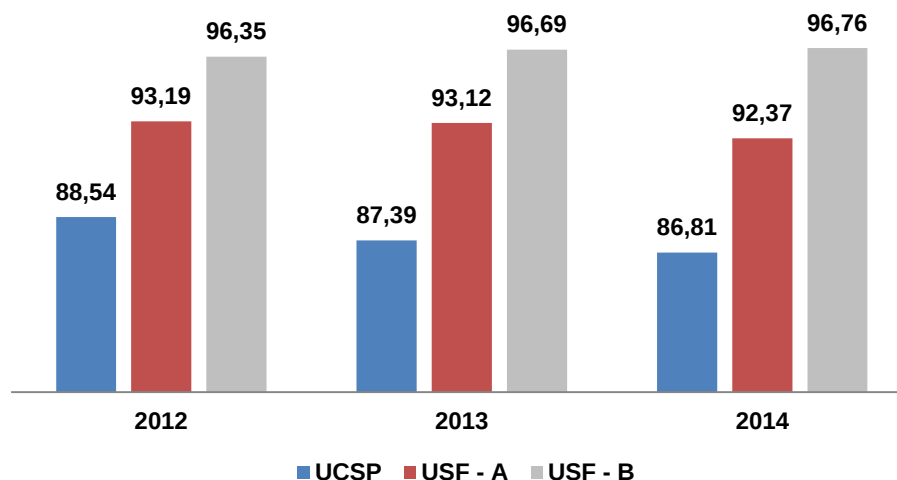
Tabela 25 – Indicadores de vigilância e de rastreio (em %), Média e Desvio-padrão e teste ANOVA, entre 2012 e 2014

Indicador	Vigil. onc. (mamografia)		Vigil. onc. (colpocitologia)		Rastreio	
Variável	Média (Desvio-padrão)	ANOVA Teste Z (p-value)	Média (Desvio-padrão)	ANOVA Teste Z (p-value)	Média (Desvio-padrão)	ANOVA Teste Z (p-value)
Total USF e UCSP	52,98 (22,39)		42,88 (21,78)		32,04 (21,15)	
UCSP	42,10 (21,83)		28,82 (16,31)		20,91 (16,23)	
USF - A	62,67 (15,19)	534,914 (0,000)***	52,94 (14,40)	1574,628 (0,000)***	42,36 (19,34)	666,200 (0,000)***
USF - B	69,96 (13,29)		67,71 (8,91)		48,92 (16,76)	
Todas as ARS	52,98 (22,39)		42,88 (21,78)		32,04 (21,15)	
Norte	58,46 (21,25)		54,29 (18,92)		46,07 (19,29)	
Centro	53,97 (20,41)		36,44 (16,17)		23,17 (12,28)	
LVT	46,15 (21,88)	72,527 (0,000)***	33,19 (21,56)	173,927 (0,000)	24,77 (17,36)	368,840 (0,000)***
Alentejo	58,81 (17,73)		39,29 (17,74)		7,55 (5,64)	
Algarve	26,20 (25,55)		24,98 (21,78)		13,43 (13,90)	

Nota: Na coluna ANOVA está descrito o resultado da Estatística de teste. *Nível de significância $p < 0,1$; ** Nível de significância $p < 0,05$; *** Nível de significância $p < 0,01$. Fonte: Elaboração própria com base na informação da ACSS.

Quanto ao indicador relativo ao cumprimento do PNV, da análise do gráfico *infra*, observa-se que o indicador que exprime a proporção de crianças com PNV totalmente cumprido na data do segundo aniversário, entre 2012 e 2014, diminuiu nas UCSP e nas USF de modelo A, e permaneceu quase constante nas USF de modelo B. As USF de modelo B, apresentaram, no horizonte temporal em análise, a maior proporção média relativa, o que denota um melhor desempenho.

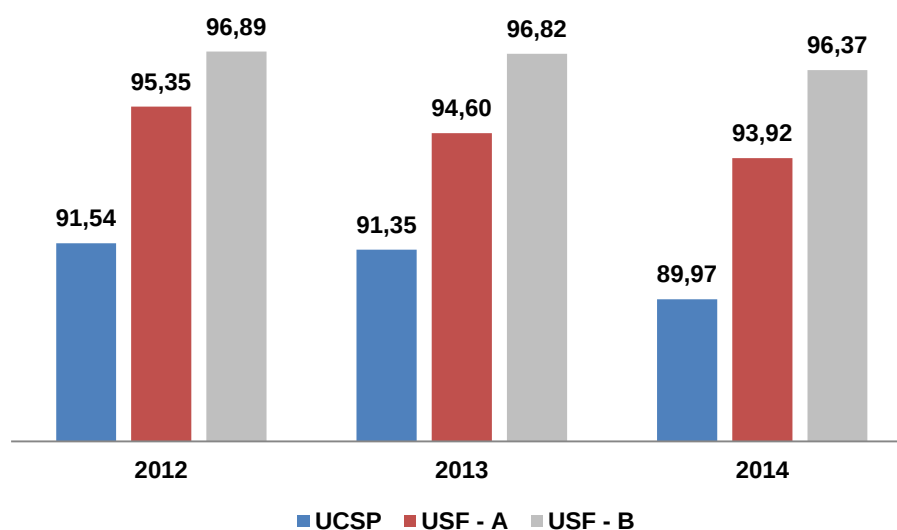
Gráfico 11 – Proporção (média) de crianças com dois anos, com o PNV totalmente cumprido até ao segundo aniversário (em %), 2012 e 2014



Fonte: Elaboração própria com base na informação da ACSS.

No indicador que exprime a proporção de crianças com PNV totalmente cumprido na data do sétimo aniversário, entre as que completam sete anos, verifica-se uma ligeira diminuição nas três UF entre 2012 e 2014. Apesar deste decréscimo, as USF de modelo B apresentaram, no horizonte temporal em análise, um decréscimo inferior às restantes, bem como uma proporção média de cumprimento superior.

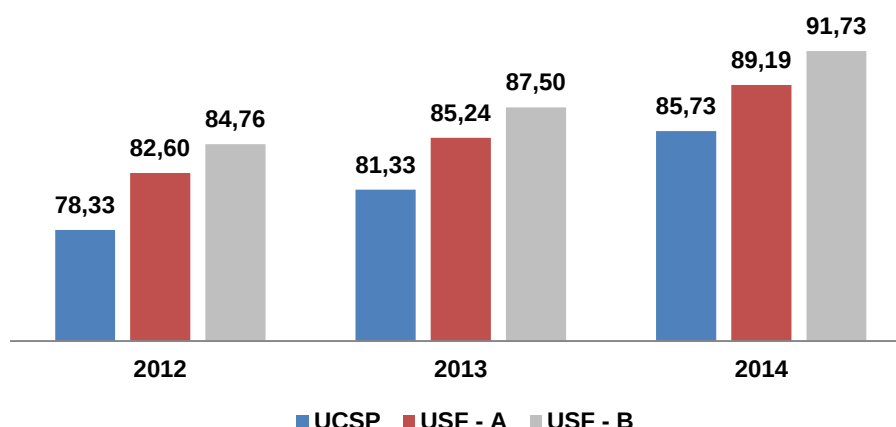
Gráfico 12 – Proporção (média) de crianças com sete anos, com o PNV totalmente cumprido até ao sétimo aniversário (em %), 2012 e 2014



Fonte: Elaboração própria com base na informação da ACSS.

No indicador que exprime a proporção de jovens com PNV totalmente cumprido na data do décimo quarto aniversário, entre os que completam 14 anos, verifica-se um aumento nas três UF entre 2012 e 2014, sendo este aumento mais elevado nas UCSP. No entanto, as USF de modelo B apresentaram, em todos os anos analisados, uma proporção média superior às restantes UF, e consequentemente um melhor desempenho.

Gráfico 13 – Proporção (média) de crianças com 14 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário (em %), 2012 e 2014



Fonte: Elaboração própria com base na informação da ACSS.

No sentido de avaliar a existência de eventuais diferenças significativas nos valores médios de cada indicador relativo ao PNV, para cada UF e por ARS, recorreu-se à aplicação do teste estatístico paramétrico ANOVA. Através da análise dos resultados da tabela *infra*, constata-se a existência de diferenças significativas em cada um dos indicadores analisados, relativamente às UF e às ARS.

No indicador relativo ao PNV até dois anos as USF de modelo B apresentaram uma proporção média mais elevada, destacando-se, a nível regional, a ARS Norte com maior proporção média de crianças com PNV totalmente cumprido até ao segundo aniversário. No indicador semelhante, mas tendo por referência o sétimo aniversário, as USF de modelo B continuam a ter uma proporção média de cumprimento do PNV mais elevada, resultando da comparação entre regiões de saúde que a ARS Norte exibe, também, a maior proporção média. O mesmo se observa no indicador de concretização do PNV até ao décimo quarto ano.

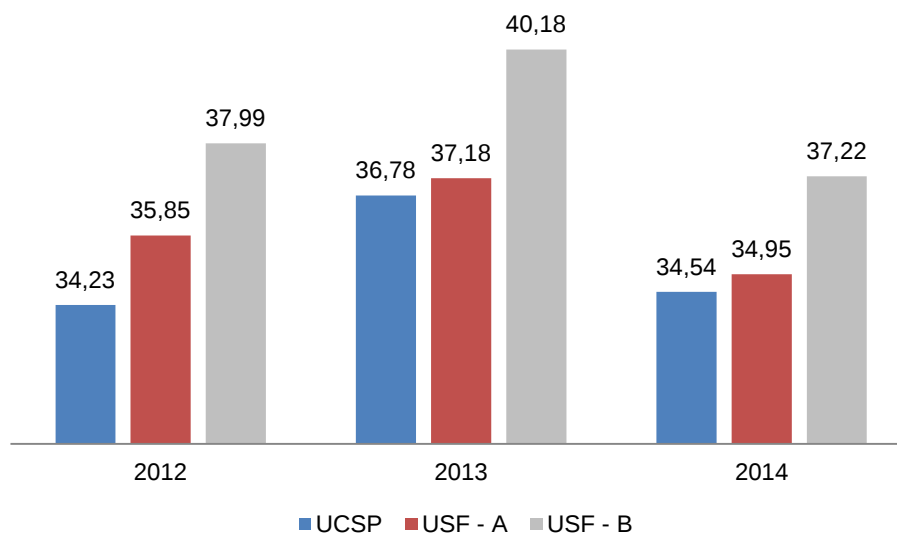
Tabela 26 – PNV cumprido até aos 2, 7 e 14 anos (em %), Média e Desvio-padrão e teste ANOVA

Indicador	PNV até 2 anos		PNV até 7 anos		PNV até 14 anos	
Variável	Média (Desvio-padrão)	ANOVA Teste Z (p-value)	Média (Desvio-padrão)	ANOVA Teste Z (p-value)	Média (Desvio-padrão)	ANOVA Teste Z (p-value)
Total USF e UCSP	90,78 (12,93)		93,06 (11,81)		84,08 (13,97)	
UCSP	87,60 (15,44)	114,019 (0,000)***	90,97 (14,37)	54,325 (0,000)***	81,71 (16,03)	50,274 (0,000)***
USF - A	92,87 (9,41)		94,58 (8,93)		85,85 (11,89)	
USF - B	96,61 (3,09)		96,68 (2,95)		88,20 (7,90)	
Todas as ARS	90,78 (12,93)		93,06 (11,81)		84,08 (13,97)	
Norte	94,45 (13,39)	58,818 (0,000)***	95,40 (12,16)	27,898 (0,000)***	89,56 (12,43)	132,739 (0,000)***
Centro	91,29 (9,83)		93,16 (9,60)		85,36 (10,75)	
LVT	85,89 (13,31)		90,06 (12,60)		76,39 (15,56)	
Alentejo	91,09 (6,77)		93,76 (7,52)		84,94 (10,27)	
Algarve	84,73 (10,81)		88,08 (10,02)		74,91 (12,48)	

Nota: Na coluna ANOVA está descrito o resultado da Estatística de teste. *Nível de significância $p < 0,1$; ** Nível de significância $p < 0,05$; *** Nível de significância $p < 0,01$. Fonte: Elaboração própria com base na informação da ACSS.

No âmbito de indicadores de prevalência, analisa-se a proporção de utentes com a vacina da gripe prescrita nos últimos 12 meses, de entre inscritos com diabetes, com doença respiratória crónica, com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos. Do gráfico *infra* retira-se que entre 2012 e 2013 a proporção de utentes com prescrição aumentou em todas as tipologias apresentadas, e diminuiu entre 2013 e 2014. Verifica-se também que nas USF de modelo B esta proporção é superior, o que revela um melhor desempenho.

Gráfico 14 – Proporção (média) de utentes com a vacina da gripe prescrita nos últimos 12 meses, de entre inscritos com doença crónica* ou com idade superior a 65 anos, 2012 e 2014



Nota: *inclui-se no presente indicador os utentes inscritos com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica. Fonte: Elaboração própria com base na informação da ACSS.

Procedeu-se à avaliação da existência de eventuais diferenças significativas nos valores médios do indicador relativo à prevalência de doenças crónicas, entre UF e ARS, mediante a aplicação do teste estatístico paramétrico ANOVA. Através da análise dos resultados da tabela *infra*, constata-se que todas as variáveis são estatisticamente significativas. Constata-se que as USF de modelo B apresentaram uma proporção média mais elevada, e que a realidade entre região de saúde é heterogénea, destacando-se a ARS Norte com maior proporção média de utentes com a vacina da gripe prescrita nos últimos 12 meses.

Tabela 27 – Indicador de prevalência de doença crónica*, Média e Desvio-padrão e teste ANOVA, entre 2012 e 2014

Indicador	Prevalença de doença crónica	
Variável	Média (Desvio-padrão)	ANOVA Teste Z (p-value)
Total USF e UCSP	36,06 (10,49)	19,076 (0,000)***
UCSP	35,19 (10,82)	
USF - A	35,97 (10,23)	
USF - B	38,45 (9,51)	
Todas as ARS	36,06 (10,49)	233,535 (0,000)***
Norte	41,47 (9,28)	
Centro	36,56 (7,92)	
LVT	28,80 (9,28)	
Alentejo	36,16 (7,77)	
Algarve	30,14 (9,76)	

Nota: *inclui-se no presente indicador os utentes inscritos com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos. Na coluna ANOVA está descrito o resultado da Estatística de teste. *Nível de significância $p < 0,1$; ** Nível de significância $p < 0,05$; *** Nível de significância $p < 0,01$. Fonte: Elaboração própria com base na informação da ACSS.

Em conclusão, em todos os indicadores relativos a cuidados de saúde de prevenção (indicadores de vigilância oncológica, de rastreio, e de plano de vacinação), e a prevalência de doenças, as USF de modelo B exibiram um melhor desempenho, seguidas pelas USF de modelo A e, por último, as UCSP. Constatou-se também que, na generalidade, entre 2012 e 2013, os indicadores de desempenho melhoraram nas USF e UCSP mas exibiram um ligeiro agravamento entre 2013 e 2014. Por último, convém destacar que as regiões de saúde exibiram comportamentos muito heterogéneos em cada um dos indicadores, registando a ARS Norte o melhor desempenho em maior número de indicadores.

4.4. Análise dos internamentos evitáveis

Como se define em Billings et al. (1993)⁷³, *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC) são condições médicas para as quais cuidados de saúde primários ou ambulatoriais atempados e adequados podem ajudar a reduzir o risco de hospitalização, seja pela prevenção do aparecimento de doença, seja pelo controlo de uma doença episódica aguda, ou ainda pela gestão de uma doença crónica.

Conforme se realça em Carneiro (2011)⁷⁴, pelo menos desde 1993 a taxa de admissões em internamento hospitalar de doentes com ACSC tem sido utilizada como um indicador de acesso e eficácia dos cuidados de saúde primários. O argumento subjacente é que num sistema eficaz e acessível de cuidados de saúde primários, as ACSC serão geridas em atendimento pré-hospitalar, evitando assim a necessidade de internamento. Do lado oposto, a falta de cuidados primários oportunos e eficazes irá determinar uma maior taxa de internamento de doentes com tais condições.

De um ponto de vista normativo, como refere o *Canadian Institute for Health Information* (CIHI), a hospitalização por ACSC é considerada uma medida de acesso a cuidados de saúde primários apropriados e de efetividade desses cuidados. Embora reconhecendo-se que algumas dessas hospitalizações não sejam evitáveis, o indicador assenta no pressuposto de que uma taxa elevada refletirá problemas de acesso e efetividade dos cuidados primários (CIHI)⁷⁵. Por este motivo, alguma literatura emprega a designação “taxa de internamentos evitáveis” ou “preveníveis” (por exemplo, Billings et al., 1996⁷⁶ e Magan et al., 2008⁷⁷).

Em Portugal, a utilização deste indicador tem crescido nos últimos anos. Além de diversos trabalhos de investigação (de que são exemplos Carneiro, 2011 e Silva, 2015⁷⁸), merecem destaque a consideração das taxas de internamentos por ACSC nos

⁷³ Billings, J., L. Zeitel, J. Lukomnik, T.S. Carey, A.E. Blank, Newman, L. (1993), “Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City”, *Health Affairs*, 12 (1), pp. 162-173.

⁷⁴ Carneiro, C.S. (2011), “Essays on health economics: equity and access to health care and public hospital performance under corporatized management”, Tese de Doutoramento em Economia, Faculdade de Economia, Universidade do Porto.

⁷⁵ CIHI (2013), “Health Indicators 2013: Definitions, Data Sources and Rationale”, Canadian Institute for Health Information, Ottawa, ON.

⁷⁶ Billings, J., Anderson, G.M., Newman, L.S. (1996), “Recent findings on preventable hospitalizations”, *Health Affairs* (Millwood), 15(3): 239-249.

⁷⁷ Magan, P., Otero, A., Alberquilla, A., Ribera, J.M. (2008), “Geographic variations in avoidable hospitalizations in the elderly, in a health system with universal coverage”, *BMC Health Services Research*, 8: 42.

⁷⁸ Silva, Alda R.V. (2015), “Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório: Qual a influência das características de organização dos cuidados de saúde primários?”, Tese

seguintes trabalhos: i) no relatório “Portugal Health System Performance Assessment” da Organização Mundial de Saúde, de 2010; ii) no relatório do grupo de trabalho criado pelo Ministério da Saúde sobre integração dos níveis de cuidados de saúde, publicado em fevereiro de 2014⁷⁹; e iii) no “Estudo sobre o desempenho das Unidades Locais de Saúde”, publicado pela ERS em fevereiro de 2015. Importante é também o facto de no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 se contemplar a taxa de internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório como indicador de ganhos potenciais de saúde.

No contexto do presente estudo, são analisadas taxas de internamentos devidos a ACSC de base populacional (ou seja, o número de internamentos por ACSC de uma região por 100.000 habitantes dessa região) e a proporção de internamentos por ACSC no total de internamentos (ou seja, a percentagem do total de episódios de internamentos que tiveram como diagnóstico principal uma ACSC). Em conformidade com a literatura citada, o primeiro destes indicadores pode também designar-se, de forma mais simplificada, por taxa de internamentos evitáveis.

Um aspeto-chave na construção dos indicadores reside na definição do que são diagnósticos correspondentes a ACSC. Seguindo o método da investigação seminal sobre este tema, e também o mais usado, os diagnósticos principais dos episódios de internamento foram classificados como ACSC e não ACSC com base na lista de códigos ICD-9-CM aplicada em Billings et al. (1993) (apresentada no anexo 1)⁸⁰.

Um segundo parâmetro central no estudo das taxas de internamentos evitáveis prende-se com o agregado geográfico utilizado como base para cálculo das taxas.

Sendo desejável produzir uma análise com elevado detalhe geográfico, este agregado deve, no entanto, ser grande o suficiente para captar uma quantidade relevante de áreas com taxa não nula. Adicionalmente, a escolha da matriz regional de base deve atender à possibilidade de se identificar e recolher a informação das variáveis

de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde, Faculdade de Economia, Universidade do Porto.

⁷⁹ O grupo de trabalho para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental foi criado pelo Despacho n.º 9567/2013, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 10 de Julho, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 139, de 22 de julho de 2013.

⁸⁰ Esta lista de condições/diagnósticos para os quais cuidados de saúde primários ou ambulatoriais atempados e adequados podem ajudar a reduzir o risco de hospitalização foi desenvolvida por Billings et al. (1993) com base no contributo de um painel de especialistas, médicos internistas e pediatras, usando a técnica de Delphi para obter consenso. Várias outras listas têm sido desenvolvidas mais recentemente, sendo exemplos a lista canadiana do CIHI ou a da *Agency for Healthcare Research and Quality* do departamento de saúde dos EUA.

relevantes para a análise a esse preciso nível geográfico. Assim, atendendo a estes atributos desejáveis, a análise efetuada à incidência de internamentos por ACSC situa-se ao nível dos concelhos, e está circunscrita ao território Continental de Portugal, pelas razões já apresentadas para as demais análises deste estudo.⁸¹

O cálculo dos indicadores de internamentos por ACSC nos hospitais do SNS baseia-se em dados dos registos de internamentos do ano de 2014. Como se revela na tabela *infra*, dos 924.982 episódios de internamento registados nesse ano nos hospitais do SNS, 8,0% tiveram como diagnóstico principal uma ACSC.

Tabela 28 – Internamentos por ACSC em 2014: taxa por 100.000 habitantes e proporção no total de internamentos

Região de saúde	Taxa por 100.000 habitantes			Proporção do total de internamentos		
	Toda a região	Concelho +	Concelho –	Toda a região	Concelho +	Concelho –
Norte	631,4	1970,1	268,5	6,9%	14,5%	3,9%
Centro	973	2642,4	497,7	9,3%	16,9%	5,7%
LVT	747,1	1766,3	376,2	8,2%	14,1%	5,5%
Alentejo	771	1737	377,1	8,5%	16,5%	4,8%
Algarve	717,2	1336,5	478,7	8,8%	14,5%	7,1%
Nacional	743,1	2642,4	268,5	8,0%	16,9%	3,9%

Nota: internamentos por ACSC identificados de acordo com a lista de diagnósticos de Billings et al. (1993)

Conforme se pode observar na tabela 28, tomando em consideração toda a região de Portugal Continental, em 2014 verificou-se uma taxa de aproximadamente 743 internamentos por ACSC em hospitais do SNS por cada 100.000 habitantes. A região Centro registou a mais elevada taxa de internamentos evitáveis, ao passo que a região Norte apresentou a taxa mais baixa. Numa ótica regional mais final é possível apurar que o concelho com a mais baixa taxa do território Continental localiza-se no Norte (ver coluna “Concelho –”), registando um valor 64% abaixo da taxa nacional, e o concelho com a taxa mais elevada (256% acima da taxa nacional) pertence precisamente à região Centro (coluna “Concelho +”). Todavia, importa também realçar que o Norte é a região com o maior grau de variabilidade entre concelhos ao nível da taxa de internamentos evitáveis. Tal heterogeneidade intra-regional pode ser medida

⁸¹ Portugal Continental divide-se em 278 concelhos. Todavia, as análises efetuadas apenas utilizam informação de 277 concelhos, uma vez que o concelho de Mourão, no Alentejo, foi excluído devido à impossibilidade de obter informação sobre as unidades de cuidados de saúde primários nesse concelho.

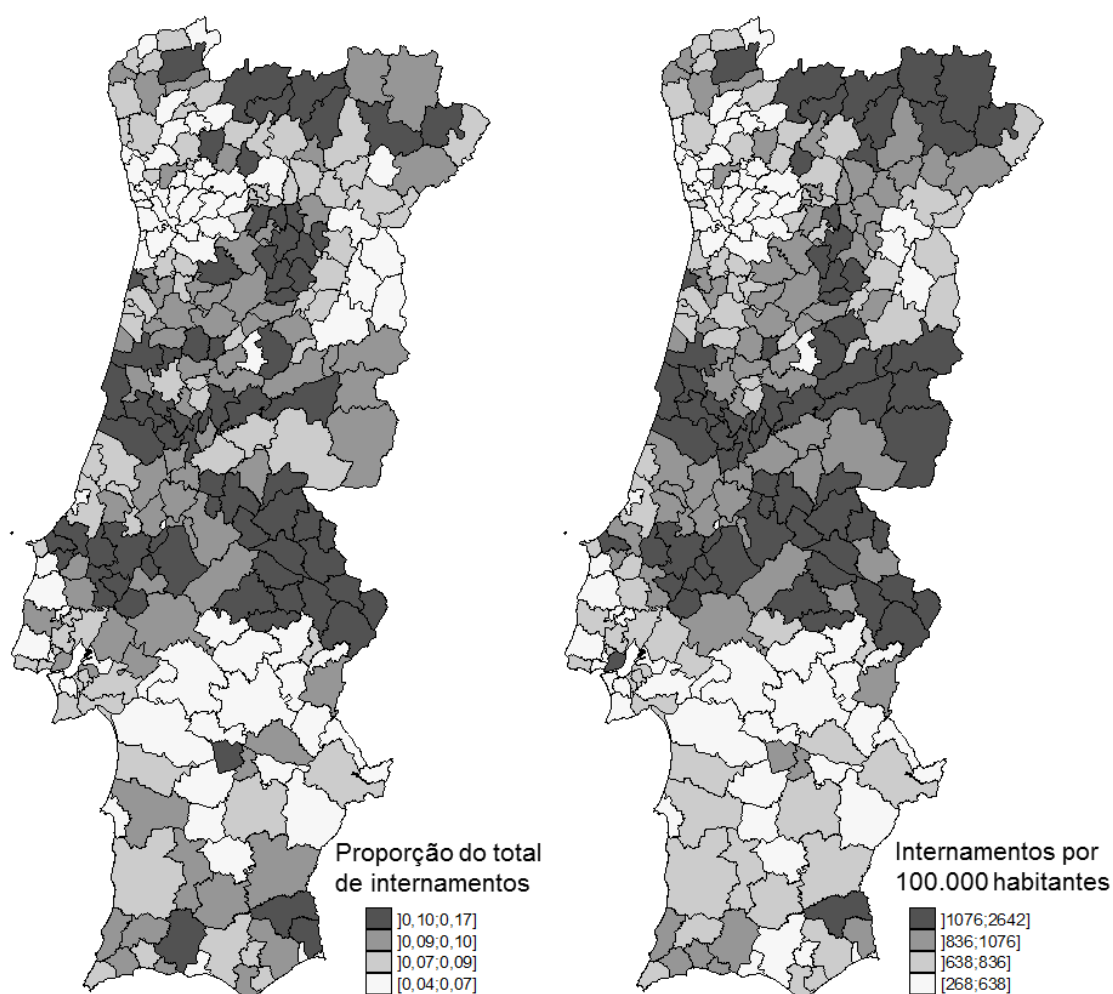
com recurso ao coeficiente de variação⁸², que naquela região atinge os 0,55, estando o Algarve no extremo oposto com o coeficiente mais baixo, de 0,28.

Na mesma tabela apresenta-se, igualmente para 2014, o indicador proporção de internamentos por ACSC no total dos internamentos nos hospitais do SNS. De tal informação pode concluir-se que a nível nacional 8% de todos os internamentos se deveram a diagnósticos da lista de ACSC, o que se interpreta neste contexto como sendo a proporção de internamentos evitáveis por via de cuidados de saúde primários eficientes. As regiões Centro e Norte destacam-se novamente, com a primeira a registar a mais elevada proporção e a segunda a mais baixa. O Centro tem também o concelho com a proporção de internamentos por ACSC mais alta, desviando-se 112% dos 8% registados no continente. O concelho com a proporção mais baixa (51% abaixo da nacional) situa-se no Norte.

A classificação de cada um dos concelhos do continente ao nível destes mesmos dois indicadores é ilustrada na figura 2. É visualmente perceptível a concentração de concelhos com incidência de internamentos por ACSC (em taxa e proporção) na região Centro, bem como a heterogeneidade intra-regional no Norte.

⁸² O coeficiente de variação é uma medida de dispersão de uma variável dada pelo quociente entre o desvio-padrão e a média dessa variável.

Figura 2 – Internamentos por ACSC em 2014, por concelhos



Fonte: Elaboração própria com base na informação da ACSS.

Na tabela seguinte apresenta-se os cinco diagnósticos de ACSC mais frequentes em internamento, os quais, no seu conjunto, representaram 78% de todos os internamentos de ACSC.

Tabela 29 – As cinco hospitalizações por ACSC mais frequentes, 2014

Código ICD-9-CM	Descrição do diagnóstico	Peso no total de internamentos por ACSC
486	Pneumonia devida a microrganismo não especificado	41%
4660	Bronquite aguda	14%
5990	Infeção do trato urinário, local não especificado	14%
4829	Pneumonia bacteriana não especificada	5%
5589	Gastroenterites e colites não infecciosas não especificadas	4%

Fonte: elaboração própria com dados do Conjunto Mínimo Básico de Dados para Grupos de Diagnósticos Homogéneos (BD GDH) da ACSS.

Tendo em conta o foco central do presente estudo, que passa pela análise comparativa dos modelos de gestão das unidades de cuidados de saúde primários do SNS, a análise das taxas de internamentos por ACSC foi aprofundada através de um estudo econométrico da relação entre tais taxas e o modelo de gestão das unidades de cuidados de saúde primários.

O objetivo concreto de tal estudo foi o de procurar evidência sobre se as USF têm sido mais ou menos eficazes na contenção de internamentos evitáveis do que as UCSP. O desenho do procedimento econométrico foi naturalmente condicionado pela disponibilidade de dados e o tipo e formato dos dados disponíveis. Dentro dessas condicionantes, o estudo possível consiste em analisar se a incidência de internamentos por ACSC depende do grau de cobertura das populações por unidades do tipo USF, sendo este grau medido pela percentagem dos utentes inscritos em unidades de cuidados de saúde primários do SNS que estão sob o modelo USF (distinguindo-se na análise as USF de modelo A e de modelo B).⁸³

Pelas razões já apontadas, o estudo dos internamentos por ACSC fez-se, em termos geográficos, ao nível dos concelhos de Portugal Continental. Assim, considerou-se como variável explicada a taxa de internamentos por ACSC por 100.000 nos concelhos.

Por seu turno, do lado das variáveis explicativas devemos distinguir as variáveis de interesse (ou seja, aquelas cuja análise do impacto na variável explicada é o foco do estudo) e as variáveis de controlo, nas quais se contempla outros fatores que podem influenciar de forma relevante a variável explicada.

Conforme já se explicou, as duas variáveis explicativas de interesse são a percentagem de utentes de cada concelho inscritos em USF de modelo A e USF de modelo B no total de utentes dos cuidados de saúde primários desses concelhos. Essas variáveis permitem captar o grau de penetração dos modelos de gestão USF em cada um dos concelhos, em termos de população coberta.⁸⁴

⁸³ A forma como aqui é considerada a potencial influência do modelo USF nas taxas de internamentos evitáveis, designadamente através da consideração da percentagem de utentes cobertos por USF no total dos utentes dos cuidados primários, acompanha a metodologia proposta por Silva (2015).

⁸⁴ Uma abordagem alternativa que teoricamente permitiria uma análise mais exata do impacto do modelo de gestão nas taxas de internamentos evitáveis passaria por basear o estudo em unidades prestadoras de cuidados e não em áreas geográficas. Todavia, essa forma alternativa implicava que estivesse disponível nas bases de dados dos registos de alta dos hospitais do SNS informação sobre a unidade de cuidados de saúde primários em que cada utente estava

Como variável de controlo no estudo econométrico, considerou-se a percentagem de utentes de cada concelho com médico de família atribuído. Assume-se que ter um médico de família permite o estabelecimento de uma relação duradoura de confiança dos utentes com o médico, melhorando a sua satisfação e facilitando o acesso aos cuidados. De facto, há trabalhos de investigação que encontram evidência de que ter um médico habitual está associado a uma menor probabilidade de hospitalização por ACSC (por exemplo, Shi et al., 1999⁸⁵; Parchman e Culler, 1994⁸⁶).

Por outro lado, alguma literatura aponta para os indivíduos de rendimentos mais baixos terem maior probabilidade de ser internados por ACSC (Roos et al., 2005⁸⁷). Assim, foi incluída como variável de controlo o índice do poder de compra *per capita* da população de cada concelho.

Também se controlou no estudo a percentagem de população com idade igual ou superior a 65 anos de cada concelho, na medida em que há evidência de que os indivíduos mais velhos têm maior probabilidade de ser internados por ACSC do que os mais novos (Parchman e Culler, 1999⁸⁸).

Finalmente, foi incluída do lado das variáveis explicativas a taxa de internamento total, a qual reflete o nível geral de saúde das populações, e uma variável binária que capta a existência de hospitais do SNS nos concelhos, o que previsivelmente será um fator de facilitação dos internamentos, incluindo por ACSC.

A tabela *infra* sintetiza a informação essencial sobre as variáveis consideradas no estudo econométrico conduzido com o objetivo de avaliar a influência do modelo de gestão das unidades de cuidados de saúde primários na taxa de internamentos evitáveis.

inscrito no momento do episódio de internamento. Tal informação não está registada naquelas bases, o que impossibilita a análise nesse formato.

⁸⁵ Shi, L., Samuels, M.E., Pease, M., Bailey, W.P., Corley, E.H. (1999), "Patient characteristics associated with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in South Carolina", *Southern Medical Journal*, 92 (10): 989-998.

⁸⁶ Parchman, M.L., Culler, S. (1994), "Primary care physicians and avoidable hospitalizations", *The Journal of Family Practice*, 39 (2): 123-128.

⁸⁷ Roos, L.L., Walld, R., Uhanova, J., Bond, R. (2005), "Physician visits, hospitalizations, and socioeconomic status: ambulatory care sensitive conditions in a Canadian setting", *Health Services Research*, 40 (4): 1167-1185

⁸⁸ Parchman, M.L., Culler, S.D. (1999), "Preventable hospitalizations in primary care shortage areas. An analysis of vulnerable medicare beneficiaries", *Archives of Family Medicine*, 8 (6): 487-491.

Tabela 30 – Variáveis do estudo econométrico sobre internamento por ACSC

Designação	Descrição	Período/data de recolha	Fonte
Variável explicada			
acsc	Taxa de internamentos por ACSC do concelho; dada pelo quociente entre o n.º de episódios de internamento com diagnóstico principal de ACSC provenientes de um concelho e o número de habitantes desse concelho, multiplicado por 100.000	2014	ACSS
Variáveis explicativas			
mf	Percentagem dos utentes inscritos em unidades de cuidados de saúde primários no concelho que têm médico de família atribuído	Dezembro de 2014	ACSS
usf-a	Percentagem dos utentes inscritos em unidades de cuidados de saúde primários no concelho que estão inscritos em unidades do tipo USF modelo A	Dezembro de 2014	ACSS
usf-b	Percentagem dos utentes inscritos em unidades de cuidados de saúde primários no concelho que estão inscritos em unidades do tipo USF modelo B	Dezembro de 2014	ACSS
ipc	Índice do poder de compra <i>per capita</i> da população residente no concelho (Portugal=100)	2013	INE
idade65	Percentagem da população residente no concelho com idade igual ou superior a 65 anos	2014	INE
taxaintern	Taxa de internamentos totais do concelho; dada pelo quociente entre o n.º de episódios de internamento provenientes de um concelho e o número de habitantes desse concelho, multiplicado por 100.000	2014	ACSS
hospdummy	Variável binária (0,1) que assume o valor 1 se o concelho tem um hospital do SNS	2014	ERS
ulsdummy	Variável binária (0,1) que assume o valor 1 se o concelho pertence à área de influência de uma Unidade Local de Saúde	2014	ACSS

Para o estudo econométrico assim projetado, adotou-se uma modelização simples, assente num modelo de regressão linear múltipla. Todavia, um teste preliminar à normalidade da distribuição da variável explicativa revelou significativa assimetria nessa mesma distribuição, o que motivou a transformação da variável explicativa no logaritmo natural da taxa de internamentos por ACSC, essa sim variável com distribuição simétrica. Tratando-se, assim, de um modelo de regressão log-linear (ou seja, modelo linear com transformação da variável explicada em logaritmo), recorreu-se ao método de estimação dos mínimos quadrados ordinários.

Na tabela *infra* apresentam-se os resultados da estimação do modelo assim definido. Com base nos coeficientes estimados e o respetivo *p-value*, importa destacar que as variáveis que captam a cobertura das populações por USF de modelo A e de modelo B não apresentam significância estatística na explicação da variação regional ao nível das taxas de internamentos por ACSC. No caso da variável usf-b o sinal do coeficiente estimado é interpretado como revelando uma associação no sentido de uma maior

cobertura por USF de modelo B levar a uma menor taxa de ACSC, mas esta estimativa não tem significância estatística, pelo que no contexto deste estudo não há evidência estatística para suportar tal conclusão. No caso das USF de modelo A, a associação revelada no coeficiente é de sentido oposto, mas também aqui a estimativa não tem força estatística. Quanto às variáveis de controlo, todos os coeficientes estimados apresentam o sinal esperado, revelando uma associação no sentido que teoricamente se pressupõe, embora a variável binária que controla a existência de um hospital no concelho não tenha relevância estatística no procedimento.

Não sendo um tema central no presente estudo, importa no entanto reter que a variável que capta a percentagem de utentes com médico de família atribuído surge como fortemente associada à taxa de internamentos por ACSC. Concretamente, o resultado obtido significa que um aumento de 1 ponto percentual na percentagem de utentes com médico de família num concelho leva a uma redução de 0,23% na taxa de internamentos evitáveis. Este resultado é coerente com outra evidência conhecida de trabalhos de investigação, concretamente a apresentada em Carneiro (2011) para precisamente o caso dos cuidados de saúde primários do SNS em Portugal, corroborando a importância consensualmente atribuída à abrangência do médico de família como aspeto central nos cuidados primários.

Tabela 31 – Resultados da estimação do modelo de regressão linear por MQO

(variável dependente: log do número de internamentos por ACSC por 100.000 habitantes)

Variáveis explicativas	Coeficiente	Desvio-padrão	P-value
mf	-0,0023	0,0010	0,02 **
usf-a	0,0008	0,0005	0,14
usf-b	-0,0008	0,0008	0,28
ipc	-0,0015	0,0010	0,06 *
idade65	0,0150	0,0033	0,00 ***
taxaintern	0,0001	0,0000	0,00 ***
hospdummy	0,0398	0,0393	0,31
constante	5,2759	0,1494	0,00
N=277			
R ² =0,65			
Prob > F=0,00			

Legenda: *** estatisticamente relevante a um nível de significância de 1%; ** estatisticamente relevante a um nível de significância de 5%; * estatisticamente relevante a um nível de significância de 10%.

4.5. Desempenho económico-financeiro

A análise da performance económica das unidades de cuidados de saúde primários considera a avaliação da despesa média com medicamentos faturados, por utente utilizador do SNS, baseada no preço de venda ao público (*DMED*). Acresce ainda a análise da despesa média de MCDT prescritos, por utente utilizador, baseada no preço convencionado (*DMCDT*). Num primeiro momento, descreve-se a despesa média com medicamentos e a despesa média com MCDT, por UF (UCSP, USF de modelo A e USF de modelo B), aplica-se o teste paramétrico ANOVA e constrói-se um modelo econométrico para identificar as variáveis suscetíveis de influenciar estes tipos de despesa.

A análise teve como referencial o tipo de resultado que se espera que as UF atinjam de acordo com o definido no BII para os CSP da ACSS. Não se pretende, no presente estudo, discutir a adequabilidade destes indicadores de contratualização definidos pela ACSS e o tipo de resultado que se espera obter em cada um deles. Concretamente, o resultado que se espera ter em cada um dos indicadores descritos anteriormente é do tipo “quanto mais baixo, melhor”, de acordo com o BII para os cuidados primários da ACSS.

No final desta secção, analisa-se também o indicador relativo à proporção de embalagens de medicamentos faturados que são genéricos, entre 2012 e 2014, em que, o tipo de resultado que se espera ter no indicador é “quanto mais alto, melhor”, de acordo com o BII para os cuidados primários da ACSS.

Na tabela *infra* apresenta-se a despesa média de medicamentos entre 2010 a 2014 para a variável *DMED*, e entre 2012 e 2014 para a variável *DMCDT*, por UF (UCSP, USF de modelo A e USF de modelo B). Através da análise dos resultados da tabela *infra* constata-se a existência de diferenças significativas na despesa média com medicamento por UF e na despesa média com MCDT prescritos. Observa-se que as USF de modelo B são as que exibiram um valor médio mais baixo, e que por isso tiveram melhor desempenho neste indicador, seguidas pelas USF modelo A e, por último, as UCSP.

Tabela 32 – Despesa média com medicamento e MCDT por UF, Média e Desvio-padrão e teste ANOVA

Indicador	DMED		DMCDT	
Variável	Média (Desvio-padrão)	ANOVA Teste Z (p-value)	Média (Desvio-padrão)	ANOVA Teste Z (p-value)
Total USF e UCSP	159,28 (60,26)		51,75 (14,92)	
UCSP	177,61 (63,74)	272,129 (0,000)***	54,61 (15,61)	63,333 (0,000)***
USF - A	136,12 (54,21)		49,50 (15,35)	
USF - B	135,03 (32,28)		46,95 (10,16)	

Nota: Na coluna ANOVA está descrito o resultado da estatística de teste. *Nível de significância $p < 0,1$; ** Nível de significância $p < 0,05$; *** Nível de significância $p < 0,01$. Para a variável DMED o horizonte temporal engloba os anos entre 2010 e 2014, e para a variável DMCDT engloba os anos entre 2012 e 2014.

De seguida apresenta-se um estudo econométrico que visou avaliar o efeito de variáveis suscetíveis de influenciar a despesa média com medicamentos e a despesa média com MCDT. Através do método de mínimos quadrados ordinários, foram estimados dois modelos distintos que assumem como variáveis dependentes DMED e DMCDT. Como variáveis explicativas são considerados o tipo de UF (UCSP é a base), a ARS a que a UF pertence (ARS Norte é a base), a percentagem de utentes com médico de família relativamente ao número total de utentes inscritos na UF, e é controlado o ano de observação dos dados (servindo de base o ano de 2010 para a regressão de DMED, e o ano 2012 para a de DMCDT).

Da análise da tabela *infra* retira-se que, tratando-se de USF de modelo A e de modelo B, as despesas médias com medicamentos e com MCDT são inferiores quando comparadas às UCSP. Quando comparados os dois tipos de USF constata-se que a diminuição é superior nas USF de modelo B. Por ano, verifica-se uma tendência de diminuição da despesa com medicamentos relativa a 2010, e no que se refere à despesa com MCDT, verifica-se que em 2013 e 2014 há um aumento desta despesa relativamente a 2012. Numa ótica de região de saúde, há um efeito positivo nas despesas com medicamentos de todas as ARS face à ARS Norte, sendo esse efeito mais elevado na ARS Alentejo. Por outro lado, a pertença a cada uma das ARS, quando comparadas com a ARS Norte, tem um efeito negativo na despesa com MCDT. A percentagem de utentes com médico de família não apresentou um efeito estatisticamente significativo sobre qualquer tipo de despesa.

Tabela 33 – Despesa média com medicamentos e com MCDT modelo de regressão linear múltipla⁸⁹

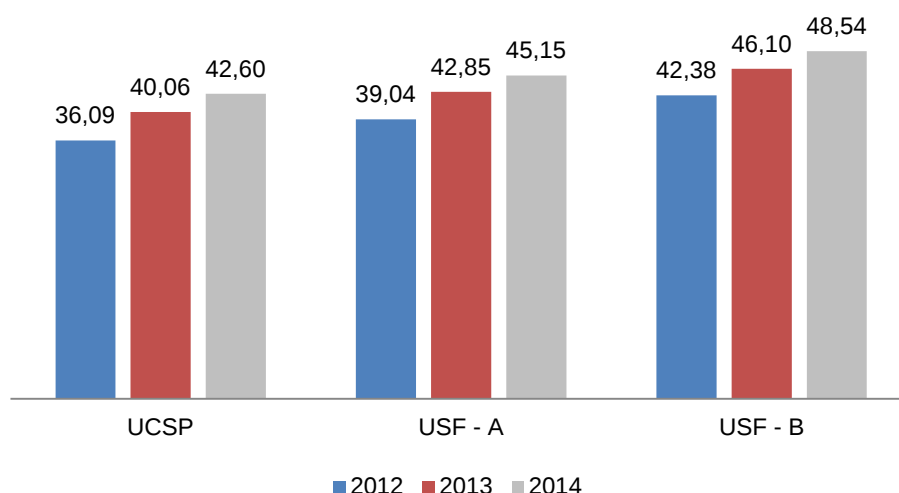
Variáveis dependentes	DMED	DMCDT
Variáveis independentes	Coeficientes	Coeficientes
USF modelo A	-40.935,00 (-18,99)***	-7,01 (-9,35)***
USF modelo B	-41.214,00 (-17,79)***	-10,51 (-13,11)***
2011	-17.697,00 (-6,75)***	-
2012	-34.914,00 (-13,41)***	-
2013	-43.766,00 (-16,90)***	1,16 (1,72)*
2014	-45.625,00 (-17,50)***	3,91 (5,81)***
ARS Centro	28.530,00 (12,03)***	-5,48 (-6,88)***
ARS LVT	10.494,00 (5,37)***	-0,88 (-1,30)
ARS Alentejo	45.350,00 (14,03)***	-15,83 (-13,61)***
ARS Algarve	1.610,00 (0,35)***	-10,54 (-6,36)***
MEDC	0.309 (6,40)	0.03 (1,57)
Constante	171.332,00 (37,15)***	53,94 (31,49)***

Notas: para o modelo com a variável dependente *DMED*, o número de observações = 3942, $R^2 = 27,03\%$, $F = 133,68$, $Prob > 0,000$. Para o modelo com a variável dependente *DMCDT*, o número de observações = 2539, $R^2 = 13,75\%$, $F = 45,97$, $Prob > 0,000$. Teste t encontra-se dentro de parêntesis. *Significativa ao nível de 10%, **significativa ao nível de 5%, ***significativa ao nível de 1%.

⁸⁹ Após terem sido realizadas estimações idênticas para a despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador, baseado no valor participado pelo SNS, e a despesa média de medicamentos prescritos, participados e não participados, por utente utilizador, baseado no preço de venda ao público, os resultados obtidos revelaram-se semelhantes aos obtidos para a variável *DMED*, pelo que não se apresentam.

Da análise do indicador relativo à proporção de embalagens de medicamentos faturados que são genéricos, cujo objetivo é monitorizar o programa de prescrição de fármacos, resulta do gráfico *infra* que as UCSP são as que faturam uma menor proporção média de medicamentos que são genéricos e de seguida as USF de modelo A. Verificou-se também um aumento, nas tipologias de UF analisadas da proporção medicamentos faturados, que são genéricos, no período em análise. Importa notar que o resultado se deve interpretar de acordo com “quanto mais alto, melhor”, e nesse sentido são as USF de modelo B que representam um melhor desempenho comparativamente às UCSP e às USF de modelo A.

Gráfico 15 – Proporção (média) de medicamentos faturados que são genéricos (% de embalagens), 2012 e 2014



Fonte: Elaboração própria com base na informação da ACSS.

Através da análise dos resultados da tabela *infra*, constata-se que todas as variáveis são estatisticamente significativas. As USF de modelo B e a ARS Lisboa e Vale do Tejo têm uma proporção média mais elevada de medicamentos faturados que são genéricos.

Tabela 34 – Indicador de proporção medicamentos faturados que são genéricos, Média e Desvio-padrão e teste ANOVA, entre 2012 e 2014

Indicador	Prevalência de doença crónica	
Variável	Média (Desvio-padrão)	ANOVA Teste Z (p-value)
Total USF e UCSP	41,57 (6,06)	268,859 (0,000)
UCSP	39,50 (5,41)	
USF - A	42,50 (5,95)	
USF - B	45,85 (5,22)	
Todas as ARS	41,57 (6,06)	38,363 (0,000)
Norte	42,35 (6,03)	
Centro	38,60 (4,78)	
LVT	42,32 (6,45)	
Alentejo	41,86 (5,12)	
Algarve	39,76 (5,38)	

Nota: Na coluna ANOVA está descrito o resultado da Estatística de teste.

*Nível de significância $p < 0,1$; ** Nível de significância $p < 0,05$; *** Nível de significância $p < 0,01$. Fonte: Elaboração própria com base na informação da ACSS.

Em síntese, da análise da performance económica das unidades de cuidados de saúde primários onde se avaliou a despesa média com medicamentos faturados, por utente utilizador do SNS, baseada no preço de venda ao público e a despesa média de MCDT prescritos, por utente utilizador, baseado no preço convencionado, constata-se que as USF de modelo B exibiram um valor médio mais baixo, seguidas pelas USF modelo A e, por último, as UCSP. Concluindo-se, assim, que as USF de modelo B exibiram um melhor desempenho.

Do indicador relativo à proporção de embalagens de medicamentos faturados, que são genéricos, entre 2012 e 2014, igualmente a USF de modelo B apresentam melhores resultados, não obstante também se verificar que as três tipologias de UF consideradas aumentaram a proporção de medicamentos faturados, que são genéricos.

5. Conclusões

O presente estudo, realizado no sentido de se comparar os modelos de gestão das unidades de cuidados de saúde primários, USF e UCSP, permitiu concluir o seguinte:

1. O conceito de USF surgiu pela primeira vez em 1999, embora a sua regulamentação e criação apenas se tenha iniciado em 2006. Na evolução legislativa identificam-se avanços e recuos na reforma dos CSP e na sua implementação.
2. O modelo de gestão das USF distingue-se do modelo clássico de centro de saúde, desde logo no momento da sua criação, a qual parte da iniciativa da equipa multiprofissional, mediante a apresentação voluntária de uma candidatura. Por outro lado, as USF têm um grau de autonomia e de gestão participativa dos profissionais que as UCSP não têm, e os seus profissionais são remunerados de acordo com um regime de incentivos associados ao desempenho, que podem ser atribuídos como prémios ao nível institucional e/ou à equipa multiprofissional.
3. Atualmente, a nível nacional, as UCSP são o tipo de unidade mais comum na rede de CSP do SNS, e o número dos dois tipos de modelo de USF está muito próximo. A menor percentagem de USF no total das unidades encontra-se nas ARS Alentejo e Algarve, e a maior na ARS Norte.
4. Da análise da proximidade extrai-se que mais de 99% da população em Portugal Continental tem uma UF de CSP a menos de 30 minutos. A proximidade a UCSP é superior, encontrando-se 97,5% do total da população a menos de 30 minutos de uma unidade deste tipo. A nível regional, não existem grandes variações, com a ARS Alentejo a apresentar a menor cobertura por UCSP (75,8%). Por outro lado, aproximadamente 74,9% da população é abrangida por uma USF, com acentuadas assimetrias regionais. As ARS Lisboa e Vale do Tejo e Norte são as únicas a exibir uma percentagem de cobertura superior à nacional, e na ARS Alentejo apenas 33,1% da população reside a menos de 30 minutos de uma USF.
5. O rácio de utentes com médico de família por médico, bem como o rácio de utentes com médico de família por enfermeiro, são superiores nas USF de modelo B (exceto na ARS Lisboa e Vale do Tejo, no caso dos médicos, em que o maior rácio é observado nas USF de modelo A).
6. Entre 2010 e 2014, o número de utentes com médico de família diminuiu 2% a nível nacional, sendo a diminuição mais acentuada na ARS Lisboa e Vale do Tejo. Em

2014, 87% dos utentes dos CSP do SNS tinham médico de família atribuído. A ARS Norte apresentou a maior percentagem de utentes com médico de família (96%) e a Algarve a menor (65%). No mesmo ano, a percentagem de utentes sem médico de família por opção foi residual (0,2%). Constatou-se também que nas USF a percentagem da população com médico de família aproxima-se dos 100%, nitidamente superior à percentagem de utentes com médico de família nas UCSP. Nas UCSP das ARS Algarve e Lisboa e Vale do Tejo os utentes com médico de família representam menos de 60% do total de utentes inscritos.

7. No que se refere à implementação das experiências-piloto da atividade do enfermeiro de família nas CSP no SNS, o processo revelou diferentes estádios de implementação nas cinco ARS. Particularmente, nas ARS Lisboa e Vale do Tejo e Algarve este processo tem sido mais moroso, não se encontrando as experiências-piloto constituídas formalmente na primeira, e estando numa fase inicial na maioria das unidades da ARS Algarve. Verifica-se que existem mais enfermeiros de família nas USF do que nas UCSP.

8. Quanto à taxa de utilização de consultas médicas, que exprime a proporção de utentes inscritos que tiveram consulta médica num ano, as USF de modelo B destacam-se como apresentando uma taxa de utilização superior à das UCSP e USF modelo A, mesmo controlando os efeitos de outras variáveis suscetíveis de influenciar este indicador. Por região de saúde, essa taxa é significativamente inferior nas ARS Centro, ARS Lisboa e Vale do Tejo e ARS Algarve, quando comparadas com a ARS Norte. A percentagem de utentes com médico de família apresenta um efeito positivo na utilização de consultas médicas, e uma maior percentagem de população com idade inferior a 15 anos nas UF reduz essa taxa.

9. Entre 2012 e 2014, as USF de modelo B apresentaram taxas de utilização de consultas médicas e de enfermagem, de domicílios médicos e de enfermagem e taxa média de utilização de consultas de planeamento familiar superiores às restantes UF. Comparando as cinco regiões de saúde, constata-se que a ARS Alentejo apresentou a maior taxa de utilização em maior número dos indicadores considerados, seguida da ARS Norte.

10. Numa ótica de dinâmica temporal, verifica-se que, entre 2012 e 2014, a variação das taxas de consultas de enfermagem e de utilização de consultas de planeamento familiar foi positiva nos três tipos de UF, a nível nacional. A variação média da taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos foi negativa, no período considerado. Por seu

turno, a taxa média de domicílios de enfermagem aumentou nas UCSP e nas USF modelo A, e diminuiu nas USF modelo B, a nível nacional.

11. Quanto ao cumprimento dos TMRG, constatou-se que as UCSP foram visadas em maior número de reclamações rececionadas pela ERS em matéria de acesso em tempo útil nos cuidados de saúde primários. Dos principais constrangimentos referidos nas reclamações destacam-se a demora na marcação de consulta programada para adulto a pedido do utente, e o não cumprimento do TMRG no âmbito de consulta por motivo de doença aguda.

12. Na análise da eficiência produtiva, verificou-se que as UCSP apresentam sempre um rácio de enfermeiros por médico superior às USF. Entre as USF, com a exceção da ARS Centro, as de modelo A apresentam um rácio superior às USF de modelo B. Por região de saúde, a ARS Alentejo tem o maior rácio de enfermeiros por médico e a ARS Lisboa e Vale do Tejo o menor rácio.

13. Ainda no âmbito da eficiência, as USF de modelo B são tendencialmente as mais eficientes na realização de consultas face ao número de utentes inscritos. As UCSP revelaram-se, comparativamente, mais ineficientes, e a prioridade destas unidades funcionais é captar mais utentes inscritos e realizar mais consultas. Por região de saúde a realidade é heterogénea, com a ARS Lisboa e Vale do Tejo com mais unidades funcionais relativamente mais eficientes e a ARS Centro com mais unidades funcionais com nível de eficiência abaixo da mediana.

14. Nos indicadores relativos a cuidados de saúde de prevenção (indicadores de vigilância oncológica, de rastreio, e de plano de vacinação), e a prevalência de doenças, as USF de modelo B exibiram um melhor desempenho, seguidas pelas USF de modelo A. Constatou-se também que, na generalidade, entre 2012 e 2013, os indicadores de desempenho melhoraram nas USF e UCSP mas exibiram um ligeiro agravamento entre 2013 e 2014. As regiões de saúde exibiram comportamentos muito heterogéneos em cada um dos indicadores, destacando-se a ARS Norte com o melhor desempenho global.

15. Realizou-se ainda uma análise aos internamentos por *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC), os quais se interpretam como internamentos evitáveis por CSP eficientes. A nível nacional, estes internamentos representaram 8% do total dos internamentos nos hospitais do SNS em 2014. A ARS Centro destacou-se por registar a maior proporção e a ARS Norte a mais baixa. O Centro tem também o concelho com a proporção de internamentos por ACSC mais alta, desviando-se 112% dos 8%

registados no continente. O concelho com a proporção mais baixa (51% abaixo da nacional) situa-se no Norte. O resultado da análise econométrica realizada é interpretado como revelando uma associação no sentido de uma maior cobertura por USF de modelo B levar a uma menor taxa de ACSC, mas esta estimativa não tem significância estatística, pelo que no contexto deste estudo não há evidência estatística para suportar tal conclusão. No caso das USF de modelo A, a associação revelada no coeficiente é de sentido oposto, mas também aqui a estimativa não tem força estatística. Importa também reter que a percentagem de utentes com médico de família atribuído surgiu como fortemente associada à redução da taxa de internamentos por ACSC.

16. Na análise da performance económica das unidades de cuidados de saúde primários, a despesa média com medicamentos e a despesa média de MCDT prescritos, por utente utilizador, baseado no preço convencionado, constatou-se que as USF de modelo B exibiram um melhor desempenho (despesa mais baixa), seguidas pelas USF modelo A. Do indicador relativo à proporção de embalagens de medicamentos faturados que são genéricos, entre 2012 e 2014, as USF de modelo B utilizaram maior percentagem de medicamentos genéricos do que as UCSP, não obstante a tendência de aumento desta percentagem ter sido observada nos três tipos de unidades.

Em suma, os principais resultados do estudo indiciam um melhor desempenho por parte das USF modelo B na maioria dos indicadores considerados, possivelmente associado ao regime de incentivos financeiros aos profissionais dessas UF, incentivos que não se encontram previstos nas USF modelo A e nas UCSP.

Anexo I – Diagnósticos classificados como ACSC

Diagnósticos classificados como ACSC em Billings et al. (1993)

Código	Descrição	Excluir casos com procedimento	Apenas se tiver como diagnóstico secundário
033	COQUELUCHE		
390	FEBRE REUMATICA SEM MENCAO DE COMPROMETIMENTO CARDIACO		
037	TETANO		
045	POLIOMIELITE AGUDA		
345	EPILEPSIA E CONVULSOES RECORRENTES		
7803	CONVULSOES		
382	OTITE MEDIA SUPURATIVA OU NAO ESPECIFICADA	20.01	
462	FARINGITE AGUDA		
463	AMIGDALITE AGUDA		
465	INFECCOES AGUDAS DAS VIAS RESPIRATORIAS SUP DE LOCAIS MULTIPL OU N/ESPECIFICADOS		
4721	FARINGITE CRONICA		
011	TUBERCULOSE PULMONAR		
012	TUBERCULOSES DO APARELHO RESPIRATORIO NCOP		
013	TUBERCULOSE DAS MENINGES E DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL		
014	TUBERCULOSE DO INTESTINO, DO PERITONEU E DOS GANGLIOS MESENTERICOS		
015	TUBERCULOSE DOS OSSOS E DAS ARTICULACOES		
016	TUBERCULOSE DO APARELHO GENITO-URINARIO		
017	TUBERCULOSE DE ORGAOS NCOP		
018	TUBERCULOSE MILIAR		
481	PNEUMONIA PNEUMOCOCICA [POR ESTREPTOCOCOS PNEUMONIAE]		
4822	PNEUMONIA DEVIDA A HEMOPHILUS INFLUENZAE		
4823	PNEUMONIA DEVIDA A ESTREPTOCOCOS		
4829	PNEUMONIA BACTERIANA NAO ESPECIFICADA		
483	PNEUMONIA DEVIDA A MICRORGANISMOS ESPECIFICADOS NCOP		
485	BRONCOPNEUMONIA DEVIDA A MICRORGANISMO NAO ESPECIFICADO		
486	PNEUMONIA DEVIDA A MICRORGANISMO NAO ESPECIFICADO		
493	ASMA		
4111	SINDROMO CORONARIO INTERMEDIARIO	86.99	
4118	FORMA AGUDA OU SUBAGUDA DE DOENCA ISQUEMICA DO CORACAO, NCOP	86.99	
413	ANGINA DE PEITO	86.99	
681	CELULITE E ABCESSOS DOS DEDOS DA MAO OU DO PE	86.99	

6823	ABCESSOS E CELULITES DO BRACO E ANTEBRACO, NCOP	86.99	
683	LINFADENITE AGUDA	86.99	
686	INFECCOES LOCALIZADAS DA PELE E DO TECIDO CELULAR SUBCUTANEO, NCOP	86.99	
GDH 263	Enxerto cutâneo e/ou desbridamento por úlcera da pele ou celulite, com CC		
GDH 264	Enxerto cutâneo e/ou desbridamento por úlcera da pele ou celulite, sem CC		
2501	DIABETES MELLITUS COM CETOACIDOSE		
2502	DIABETES MELLITUS COM HIPEROSMOLARIDADE		
2503	DIABETES MELLITUS COM COMA NCOP		
2508	DIABETES MELLITUS COM MANIFESTACOES ESPECIFICADAS, NCOP		
2509	DIABETES MELLITUS COM COMPLICACAO NAO ESPECIFICADA		
2500	DIABETES MELLITUS SEM MENCAO DE COMPLICACAO		
5589	GASTROENTERITES E COLITES NAO INFECCIOSAS, NCOP OU NAO ESPECIFICADAS		
590	INFECCOES DO RIM		
5990	INFECCAO DO TRACTO URINARIO, LOCAL NAO ESPECIFICADO		
5999	AFECCAO NAO ESPECIFICADA DA URETRA E TRACTO URINARIO		
2765	DEPLECAO DE VOLUME		
260	KWASHIORKOR		
261	MARASMO NUTRICIONAL		
262	FORMAS DE DESNUTRICAO PROTEICO-CALORICAS GRAVES		
2680	RAQUITISMO ACTIVO		
2681	EFEITO TARDIO DO RAQUITISMO		
521	DOENCAS DOS TECIDOS DENTARIOS DUROS		
522	DOENCAS DA POLPA [DENTARIA] E DOS TECIDOS PERIAPICAIS		
523	DOENCAS GENGIVAIS E PERIODONTAIS		
525	DOENCAS E AFECCOES DOS DENTES E SUAS ESTRUTURAS DE SUSTENTACAO NCOP		
528	DOENCAS DOS TECIDOS MOLES DA BOCA, EXCLUINDO LESOES ESPECIF. DA GENGIVA E LINGUA		
491	BRONQUITE CRONICA		
492	ENFISEMA		
494	BRONQUIECTASIAS		
496	OBSTRUCAO CRONICA DE VIAS RESPIRATORIAS NCOP		
4660	BRONQUITE AGUDA		491, 492, 494, 496
428	INSUFICIENCIA CARDIACA	36.01, 36.02, 36.05, 36.1, 37.5, 37.7	

40201	DOENCA CARDIACA HIPERTENSIVA MALIGNA COM INSUFICIENCIA CARDIACA	36.01, 36.02, 36.05, 36.1, 37.5, 37.7	
40211	DOENCA CARDIACA HIPERTENSIVA BENIGNA COM INSUFICIENCIA CARDIACA	36.01, 36.02, 36.05, 36.1, 37.5, 37.7	
40291	DOENCA CARDIACA HIPERTENSIVA NAO ESPECIFICADA, COM INSUFICIENCIA CARDIACA	36.01, 36.02, 36.05, 36.1, 37.5, 37.7	
5184	EDEMA AGUDO DO PULMAO, SOE	36.01, 36.02, 36.05, 36.1, 37.5, 37.7	
4010	HIPERTENSAO ESSENCIAL ESPECIFICADA COMO MALIGNA	36.01, 36.02, 36.05, 36.1, 37.5, 37.7	
4019	HIPERTENSAO ESSENCIAL NAO ESPECIFICADA COMO MALIGNA OU BENIGNA	36.01, 36.02, 36.05, 36.1, 37.5, 37.7	
40200	DOENCA CARDIACA HIPERTENSIVA MALIGNA SEM INSUFICIENCIA CARDIACA	36.01, 36.02, 36.05, 36.1, 37.5, 37.7	
40210	DOENCA CARDIACA HIPERTENSIVA BENIGNA SEM INSUFICIENCIA CARDIACA	36.01, 36.02, 36.05, 36.1, 37.5, 37.7	
40290	DOENCA CARDIACA HIPERTENSIVA NAO ESPECIFICADA, SEM INSUFICIENCIA CARDIACA	36.01, 36.02, 36.05, 36.1, 37.5, 37.7	
614	DOENCA INFLAMATORIA DO OVARIO, TROMPA FALOPIO, TECIDO CELULAR PELVICO E PERITON	68.3, 68.8	
2512	HIPOGLICEMIA NAO ESPECIFICADA		



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100-455 PORTO
e-mail: geral@ers.pt • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • www.ers.pt