



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Mariana Marques Ferreira, Nº 2014226005

Reporte e Divulgação dos Indicadores de Qualidade –
O Caso do Barómetro da USF CelaSaúde

Relatório de Estágio do Mestrado em Gestão, orientado na FEUC pela Professora Doutora Patrícia Moura Sá e na Entidade de Acolhimento pelo Doutor Luís Almeida Pinto e apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.



FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Mariana Marques Ferreira,
Nº 2014226005

Reporte e Divulgação dos Indicadores de Qualidade –
O Caso do Barómetro da USF CelaSaúde

*Relatório de Estágio do Mestrado em Gestão, apresentado à Faculdade de
Economia da Universidade de Coimbra para a obtenção do grau de Mestre.*

*Orientadora de Estágio na FEUC: Professora Doutora Patrícia Moura Sá
Orientador na Entidade: Doutor Luís Almeida Pinto*

Junho de 2020

Agradecimentos

Foram muitas as pessoas que me ajudaram e apoiaram ao longo do estágio realizado na USF CelaSaúde entre outubro de 2019 e fevereiro de 2020.

Por esse motivo, quero agradecer:

Ao Dr. Luís Pinto que foi o meu orientador na unidade de acolhimento e que me ajudou a completar este percurso. Quando necessário, estava sempre disponível para esclarecer eventuais dúvidas. Devo agradecer por tudo o que me ensinou e por toda a confiança que depositou em mim e no meu trabalho. Muito Obrigada!

À Dr.^a Patrícia Moura Sá que foi a minha orientadora da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e que me deu as orientações necessárias para a construção deste relatório.

À Dr.^a Emília Nina, atual coordenadora da USF, que também me ajudou e ensinou muito, tendo colaborado também nalgumas atividades que integraram o estágio.

Não poderei esquecer a Dr.^a Maria Teresa Tomé, que era a coordenadora da USF na altura em que iniciei o estágio e, que me recebeu no primeiro dia, transmitindo-me todo o entusiasmo. Um muito obrigada.

A toda a Equipa da USF CelaSaúde, um muito obrigada. Todos fizeram parte deste capítulo da minha vida, quer pelo apoio que me deram, quer pela forma como me receberam e, rapidamente, me integraram na equipa. Nunca esquecerei o papel que cada profissional teve neste meu percurso.

Excelente Equipa!

E, claro, tenho também que agradecer aos meus pais, familiares e amigos que fizeram parte desta etapa e, cujo seu contributo foi muito importante.

UM MUITO OBRIGADA A TODOS, SEM EXCEÇÃO, ALIÁS... FORAM TODOS EXCECIONAIS!!

Resumo

O presente relatório expõe o período de estágio curricular desenvolvido no âmbito do Mestrado em Gestão, o qual foi realizado na Unidade de Saúde Familiar CelaSaúde, entre 15 de outubro de 2019 e 28 de fevereiro de 2020, e aborda com maior detalhe o tema e as tarefas desempenhadas no âmbito do Reporte e Divulgação dos Indicadores de Qualidade.

Neste sentido, destaca-se a importância da qualidade no Serviço Nacional de Saúde assim como, a contribuição da divulgação dos indicadores para fomentar a qualidade, sendo esta uma das principais prioridades das instituições de saúde.

O reporte e divulgação dos indicadores é obrigatório por lei. O processo fomenta a prestação de contas das instituições do Serviço Nacional de Saúde e permite avaliar a eficiência da atuação das respetivas instituições na prestação de cuidados de saúde primários, sendo esta monitorização executada por entidades externas.

A referida avaliação é extremamente importante para garantir a segurança e a confiança dos utentes e dos cidadãos em geral nas instituições que prestam cuidados de saúde. Indiretamente, espera-se com este processo melhorar a qualidade dos próprios serviços.

Previamente à divulgação dos indicadores de qualidade, as instituições têm que elaborar uma análise relativa aos mesmos. Na Unidade de Saúde Familiar CelaSaúde, essa avaliação realiza-se trimestralmente, a fim de, para além de se conhecer a situação atual, se perceber quais as alterações ocorridas, desde o último ato de divulgação, avaliar a eficácia das ações corretivas adotadas e identificar novas medidas que poderão ser implementadas com vista a melhorar o desempenho, caso se justifique.

Este processo é permanente pois pretende-se melhorar continuamente a qualidade da forma de atuação dos profissionais e das instituições de saúde no momento da prestação de cuidados de saúde.

Durante o estágio, foi possível realizar a análise dos indicadores em dois períodos de tempo, setembro e dezembro de 2019 sendo que este último

coincidiu também com o fim do ano em curso, no qual foi também feita uma apreciação do ano 2019.

Palavras-chave: Indicadores de Qualidade; Unidade de Saúde Familiar; Contratualização; Barómetro; Forma de Cálculo dos Indicadores; DIOR; Divulgação.

Abstract

The present report exposes the curricular internship period developed within the scope of the Master in Management, which it was carried out at the CelaSaúde Family Health Unit, between October 15, 2019 and February 28, 2020, and it addresses the topic in more detail and the tasks performed in the scope of Reporting and Disclosure of Quality Indicators.

In this way, the importance of quality in the National Health Service stands out, as the contribution of the disclosure of indicators to promote quality, being this one of the main priorities of health institutions.

Reporting and disclosure of indicators is required by the law. The process promotes accountability of the institutions of the National Health Service and it allows to evaluate the efficiency of the performance of the respective institutions in the provision primary health care, this monitoring is carried out by external entities.

This assessment is extremely important to ensure the safety and confidence of users and citizens in general in the institutions provide health care. Indirectly, with this process expected to improve the quality of the services themselves.

Prior to the disclosure of quality indicators, institutions have to carry out an analysis relating to them. At Family Health Unit CelaSaúde, this assessment is carried out quarterly, in order to, in addition to know the current situation, to perceive the changes that occurred since the last act of disclosure, to evaluate the effectiveness of the corrective actions adopted and to identify new measures that can be implemented in order to improve performance, if they justified.

This process is permanent because it intended to continuously improve the quality of the way professionals and health institutions work when they provide health care.

During the internship, it was possible to carry out the analysis of the indicators in two time periods, September and December 2019, the latter being also coincided with the end of the current year, in which an assessment was also made of the year 2019.

Keywords: Quality Indicators; Family Health Unit; Contracting; Barometer;
Indicators Calculation Method; DIOR; Disclosure.

Lista de Siglas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administrações Regionais de Saúde

BI – Bilhete de Identidade

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DIOR – Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional

IDG – Índice de Desempenho Global

IDS_A – Índice de Desempenho Setorial das Áreas

IDS_D – Índice de Desempenho Setorial das Dimensões

IDS_S – Índice de Desempenho Setorial das Subáreas

ISO – *International Organization for Standardization*

P.Re.Val,E. – Programa de Avaliação de Resultados Regional

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

USF – Unidade de Saúde Familiar

Sumário de Tabelas

Tabela 1 - Matriz Multidimensional – Contratualização USF.....	23
Tabela 2 - Critérios para atribuição de 0, 1 ou 2 pontos aos Indicadores.....	30
Tabela 3 - Resultados dos indicadores referentes a setembro de 2019.....	36
Tabela 4 - Resultados dos indicadores referentes a dezembro de 2019.....	38
Tabela 5 – Indicadores que mudaram de score entre setembro e outubro e entre outubro e novembro de 2019.....	51

ÍNDICE

Agradecimentos	III
Resumo	IV
Abstract	VI
Lista de Siglas	VIII
Sumário de Tabelas	IX
Introdução	12
Capítulo 1. Reporte e divulgação dos indicadores de qualidade	14
1.1. A importância da medição em qualidade em saúde: algumas experiências internacionais.....	14
1.2. O Caso Português.....	17
1.3. Contratualização.....	19
1.3.1. Contratualização Interna.....	20
1.3.2. Matriz Multidimensional.....	23
1.3.3. Indicadores e Índice de Desempenho Global.....	26
1.3.4. Contratualização Externa.....	32
Capítulo 2. Estágio	33
2.1. Apresentação da USF CelaSaúde	33
2.1.1. Missão.....	34
2.1.2. Visão.....	34
2.1.3. Valores de qualidade.....	34
2.2. Atividades desenvolvidas.....	35
2.2.1. Análise dos indicadores de qualidade.....	35
2.2.2. Forma de cálculo dos indicadores de qualidade.....	43
2.2.3. Balanço dos indicadores em termos mensais.....	51
2.2.4. Análise das Prescrições de Glicemia.....	52
2.2.5. Análise da DIOR.....	53
2.2.6. Reporte e divulgação dos indicadores de qualidade.....	55
Conclusão	56
Bibliografia	57
Bibliografia WEB	57
Legislação	58
Anexos	59

<i>Anexo I - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional <u>com impacto no cálculo do IDG</u></i>	59
<i>Anexo II - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional <u>sem impacto no cálculo do IDG</u></i>	62
<i>Anexo III - TMRG no acesso a cuidados de saúde no SNS</i>	65
<i>Anexo IV - Indicadores: Intervalos esperados e Variações aceitáveis</i> ...	71

Introdução

Este relatório de estágio foi realizado no âmbito do Mestrado em Gestão da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, e tem como objetivo descrever o estágio curricular desenvolvido na Unidade de Saúde Familiar CelaSaúde (Coimbra), na área da Qualidade, entre 15 de outubro de 2019 e 28 de fevereiro de 2020.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são uma componente crucial do Serviço Nacional de Saúde e incorporam funções relevantes no que se refere ao progresso da saúde e à antecipação/prevenção da doença, à prestação de cuidados de saúde e na monitorização da qualidade e na proximidade com os cidadãos (Decreto-Lei 73/2017, de 21 de junho, do XXI Governo Constitucional).

As primeiras candidaturas a Unidades de Saúde Familiares tiveram lugar em 2006 sendo que em setembro do mesmo ano, já existiam algumas instituições a executar a sua atividade segundo os critérios deste novo modelo, caracterizado por uma autonomia de gestão técnico-profissional, pelo trabalho em equipa e pela responsabilização coletiva dos resultados.

Em novembro de 2007, ocorreu a candidatura da USF CelaSaúde, elaborada pela equipa de profissionais do Centro de Saúde de Celas.

A qualidade é um tema muito importante em qualquer área, sobretudo na esfera da saúde, na qual estão em jogo vidas. Para a fomentar, entre outras medidas, são fixados Incentivos Institucionais. Estes são um instrumento que, tendo em conta determinados objetivos, como é o caso da contratualização nos Cuidados de Saúde Primários, recompensa o grau de desempenho alcançado pelas unidades de saúde familiares. Este instrumento pretende fomentar a melhoria contínua (ACSS, 2019).

A divulgação dos desempenhos no setor da saúde tem vindo a tornar-se uma prática habitual, sendo mesmo obrigatória em muitos casos. Espera-se com a divulgação de informação que as instituições prestem contas bem como implementem o processo de melhoria contínua (Renzi et al., 2014).

Este relatório foca-se no reporte e divulgação dos indicadores de qualidade, que é exigido às unidades de saúde mensalmente, ainda que haja uma avaliação mais criteriosa a cada 3 meses, na qual as instituições do Serviço Nacional de Saúde têm que analisar as variações que existiram nos respectivos indicadores, quer a nível da unidade, quer a nível de cada profissional.

Esta análise trimestral, à qual se dá o nome de “Barómetro”, acontece desde 2017 na USF CelaSaúde, e está também relacionada com os incentivos financeiros concedidos às instituições prestadoras de cuidados de saúde primários que integram o modelo B, nas quais está inserida a USF CelaSaúde.

O presente relatório é constituído por 2 capítulos. No primeiro é desenvolvido o tema principal do relatório: O reporte e divulgação dos indicadores de qualidade, o qual está dividido em 3 subcapítulos - A importância da medição em qualidade em saúde: algumas experiências internacionais; O Caso Português e a Contratualização.

O segundo capítulo apresenta a USF CelaSaúde e descreve as tarefas que foram desenvolvidas ao longo do estágio destacando a análise e a forma de cálculo dos indicadores, o balanço dos indicadores em termos mensais, a análise das prescrições de glicemia e a análise da grelha DIOR.

Finalmente, é apresentada uma conclusão com a análise global do estágio.

Capítulo 1: Reporte e divulgação dos indicadores de qualidade

1.1. A importância da medição em qualidade em saúde: algumas experiências internacionais

Analisando o caso alemão, a qualidade tem um papel de grande importância no setor da saúde. Em primeiro lugar, o impacto da qualidade do setor da saúde no bem-estar dos cidadãos é irrefutável. Quanto maior for a qualidade, maior será a probabilidade de sobrevivência dos utilizadores destes serviços. Em segundo lugar, espera-se que a qualidade seja a dimensão estratégica prioritária no setor da saúde (Filistrucchi e Ozbugday, 2012).

A Norma ISO (*International Organization for Standardization*) 9000 estabelece os critérios e a linguagem do Sistema de Gestão da Qualidade. A Gestão da Qualidade consiste na estratégia utilizada pelos gestores das organizações para atender ao conceito de qualidade. A referida norma evidencia, perante a organização, qual o seu fundamento assim como, os respetivos benefícios para a gestão da qualidade. A norma 9000 integra os termos predominantes que compõem o Sistema de Gestão da Qualidade. A ISO 9000 é constituída por um conjunto de estratégias com vista a maximizar os mecanismos internos, quer seja de uma indústria, empresa ou instituição. A prática dessas técnicas produz bons resultados para a organização em virtude da clara fundamentação dos métodos, visando responder às necessidades do cliente (Gestão de Qualidade, 2020).

O referido processo poderá aplicar-se a qualquer instituição, sendo vantajoso para os dois lados, o da organização e o do consumidor.

As principais normas pertencentes à ISO 9000 são as seguintes (Gestão de Qualidade, 2020):

- A ISO 9001 que exprime diretivas acerca da qualidade dos projetos assim como a sua evolução, produção, fixação e manutenção. Consiste numa das normas mais detalhadas e evidencia como deverá desenvolver-se cada prática da organização.

- A ISO 9004 que define as orientações para a adoção sustentada do sistema de gestão da qualidade.
- A ISO 19011 que dá indicações para a realização de auditorias do sistema de gestão.

Sempre que uma instituição é abrangida pelas normas ISO 9000, a mesma tem que possuir uma certificação para assegurar a solidez, responsabilidade, credibilidade e agilidade nos processos comerciais assim como, permite que os consumidores dos produtos ou serviços usufruam destes com maior segurança.

A fim de beneficiar destas normas, a empresa terá que negociar com uma organização de consultoria perita nesta matéria (Gestão de Qualidade, 2020).

É importante que a informação que seja produzida no âmbito da qualidade seja partilhada, nomeadamente ficando acessível aos utentes, às equipas de saúde bem como, a outras instituições que operam no mesmo setor (Filistrucchi e Ozbugday, 2012).

Filistrucchi e Ozbugday (2012) dão o exemplo da Alemanha, onde a divulgação dos resultados de qualidade, por parte das instituições prestadoras de cuidados de saúde, é exigida por lei desde 2005. Caso estas entidades não cumpram o referido requisito, serão penalizadas financeiramente.

Desde o início de 2007, que, na Alemanha, determinados indicadores de qualidade estão acessíveis ao público, de forma online (Filistrucchi e Ozbugday).

Na Alemanha, os dados de qualidade são fornecidos pelo *Federal Office for Quality Assurance* (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung também designado BSQ). Este foca-se na estimação da qualidade em unidades de saúde (Filistrucchi e Ozbugday, 2012).

O referido conjunto de dados é composto por 200 indicadores relativos a 26 módulos (Filistrucchi e Ozbugday, 2012).

Segundo Busse et al. (2009, apud Filistrucchi e Ozbugday, 2012), esta gama de dados é conhecida como o maior banco de monitorização de resultados de qualidade a nível mundial. Os dados são analisados em relatórios pelas respetivas instituições de saúde e a sua divulgação é feita a nível agregado, em termos nacionais. As unidades de saúde que pertencem ao BSQ são questionadas a fim de justificarem esses resultados, não sendo este processo público, e caso se aplique, as entidades são solicitadas a implementar planos de melhoria a fim de corrigir os desempenhos que sejam menos favoráveis.

Os relatórios encontram-se acessíveis em formato digital, possibilitando ao público a visualização de informações no âmbito da qualidade, por instituição de saúde ou zona geográfica.

No período compreendido entre 2001 e 2009, o Instituto de Qualidade e Segurança do Paciente (BQS) expandiu e implementou indicadores de qualidade no âmbito do serviço hospital, situando-se concretamente na Alemanha. Inicialmente, os resultados dos indicadores foram usados apenas com o intuito de análise, uma vez que era um assunto sobre o qual não existia grande experiência, e como forma de melhoria por profissional de saúde. Já em 2007, começou a ser obrigatória a divulgação dos desempenhos de qualidade das unidades de saúde, a cada dois anos. A finalidade era dar conhecimento dos respetivos resultados aos consumidores destes serviços assim como, motivar os profissionais de saúde para que estes coloquem em prática as sugestões de melhoria. Foi o Instituto BQS que permitiu que houvesse uma comparação fidedigna da qualidade das unidades de saúde (Reiter et al., 2011).

Em Itália, no ano de 2005, foi criado o Programa de Avaliação de Resultados Regional (*Regional Outcome Evaluation Program*, também designado P.Re.Val.E.) que abrange 54 indicadores no âmbito do serviço hospital (Renzi et al., 2014).

1.2. O Caso Português

Em Portugal, o Despacho nº 5739/2015, de 29 de maio, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto – do Ministro da Saúde, estabeleceu a divulgação dos indicadores de qualidade das instituições de saúde, com obrigatoriedade trimestral, o que permite melhorar o conhecimento dos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde no que diz respeito aos desempenhos dos indicadores.

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) divulga a cada três meses, em formato online, os indicadores de qualidade das unidades de saúde. Até ao fim de cada período trimestral, são publicados os resultados referentes ao trimestre que antecedeu aquele (Despacho nº5739/2015, de 29 de maio).

A informação que é divulgada provém dos relatórios que são dirigidos, todos os meses, à Administração Central do Sistema de Saúde pelas instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Despacho nº5739/2015, de 29 de maio).

As instituições pertencentes ao SNS devem garantir a partilha da informação, sendo esta obrigatória, que se destina à ACSS, no tempo definido pelo Despacho nº5739/2015, de 29 de maio.

A ACSS e a DGS têm como missão avaliar, ao fim de cada 6 meses, se se justifica uma alteração dos indicadores publicados, e, caso se aplique, e mediante aprovação, estão incumbidas de expor instruções sobre esta matéria, perante as devidas instituições (Despacho nº5739/2015, de 29 de maio).

O Despacho nº 11374/2011, do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, de 7 de setembro, tinha como principal prioridade melhorar a informação assim como, a transparência do sistema de saúde em Portugal.

Este Despacho definiu a divulgação mensal da informação sobre o desempenho hospitalar, unidades locais de saúde, administrações regionais de saúde (ARS) e agrupamentos de centros de saúde (ACES).

A Administração Central do Sistema de Saúde é responsável pela monitorização e avaliação do desempenho económico-financeiro dos serviços e das instituições de saúde.

A partir de 2009, e segundo o Despacho nº 32042/2008, de 3 de dezembro, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, a

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) publica os resultados referentes à atividade económico-financeira consolidada do SNS, bem como à execução económico-financeira das organizações que constituem o SNS, atuando no seguimento da contratualização, em parceria com as administrações regionais da saúde (ARS), a fim de acompanhar mensalmente a performance das instituições.

A Administração Central do Sistema de Saúde disponibiliza todos os meses, na sua página da Internet, até ao dia 8 do mês n+2, os elementos predominantes de execução, desempenho assistencial assim como, económico-financeiro das unidades do Serviço Nacional de Saúde. Esta informação concedida pela ACSS deriva da prestação económico-financeira, estatística e de monitorização dos contratos programas que são todos os meses fornecidos à Administração Central do Sistema de Saúde pelas respetivas instituições. As unidades abrangidas pelo SNS devem reportar atempadamente à ACSS, a informação que é obrigatória e está definida no Despacho nº11374/2011, de 7 de setembro (Despacho nº 11374/2011, de 7 de setembro).

Os dados referentes à atividade assistencial dos hospitais em regime de parceria público-privada são divulgados no prazo limite de 60 dias (Despacho nº 11374/2011, de 7 de setembro).

No âmbito, da legislação existente em Portugal, e com referência às unidades de saúde primária, são utilizados os seguintes instrumentos:

- **Plano de Ação** – apresenta a estrutura das atividades da USF na prestação de cuidados de saúde de modo personalizado e integra o compromisso assistencial, os objetivos, os indicadores e as metas a alcançar nas áreas de desempenho, serviços e qualidade e abrange os planos de formação e de aplicação dos incentivos institucionais (Decreto-Lei 73/2017, de 21 de junho).
- **Plano de Desempenho** – Corresponde a um instrumento de monitorização que é fundamental para os profissionais do ACES, especialmente para os seus gestores e prestadores clínicos, devendo ser divulgado pelas unidades de saúde familiares do respetivo ACES (ACSS, 2019).

1.3. Contratualização

O processo de contratualização proporciona uma avaliação estratégica que permite assegurar a inclusão e a participação estratégias de adaptação a eventuais mudanças, auto-organização, o trabalho em rede assim como garante um acompanhamento contínuo por parte dos utentes e profissionais de saúde (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019).

No ano de 2017, esta ferramenta sofreu algumas alterações em comparação com os anos anteriores, deixando de ter como prioridade a negociação de metas de indicadores pré-definidos em seguimento dos resultados em saúde.

Neste sentido, em contrapartida da negociação de indicadores e respetivas metas, o processo foca-se na monitorização e avaliação permanentes, concentrando-se na estrutura de evolução da unidade funcional (invés da meta), utilizando o indicador para medir a sua evolução (ACSS, 2019).

Uma vez que consiste num processo negocial entre duas hierarquias distintas da unidade, a contratualização nos cuidados de saúde primários efetua-se através de dois processos, a contratualização interna e a contratualização externa. A primeira ocorre entre o ACES e as unidades funcionais. Está assente num Plano de Ação e fica formalizado com a assinatura da Carta de Compromisso, incorporando todas as unidades de cada ACES. A segunda desenvolve-se entre as ARS e os ACES (Agrupamentos de Centros de Saúde) e assenta num Plano de Desempenho e fica formalizado com a assinatura do Contrato Programa de cada ACES (ACSS, 2019).

A negociação dos Planos de Ação e de Desempenho consiste no reconhecimento das necessidades em saúde, numa certa avaliação dos recursos atuais e nos respetivos resultados anuais.

Como se irá descrever no ponto **1.3.1 – Contratualização Interna**, a avaliação é realizada através de uma matriz multidimensional da atividade, baseando-se no Índice de Desempenho Global (IDG), o qual se pretende alcançar bem como melhorar continuamente.

O processo de contratualização tem como consequências, o acompanhamento, a monitorização e a avaliação do desempenho dos vários intervenientes do mesmo (ACSS, 2019).

1.3.1. Contratualização Interna

Este processo concretiza-se através da implementação das seguintes fases: Preparação; Negociação; Monitorização e respetiva Avaliação.

A fase da Preparação caracteriza-se por 3 etapas: apresentar no BI CSP (plataforma disponível online), a descrição resumida da unidade funcional; fazer o balanço do ano que terminou; analisar temas que se encontrem pendentes, pensar em novas propostas e definir o calendário de negociação.

A primeira etapa mencionada, que faz parte da preparação, caracteriza-se por:

- Mencionar a ARS, o ACES e o modelo a que pertence (A ou B);
- Descrição pormenorizada da equipa, referindo o seu regime de trabalho como o seu vínculo contratual;
- Identificação do coordenador bem como do conselho técnico;
- Outros profissionais que pertencem à unidade funcional;
- Profissionais que se encontram em formação;
- Instalações;
- População inscrita (unidades ponderadas e respetivo ratio);
- Área geográfica abrangida;
- Declaração de inexistência de incompatibilidades dos profissionais (modelo B) (ACSS, 2019).

Já a segunda etapa que está incluída na fase de preparação é composta por:

- Uma reflexão sobre as ações propostas e realizadas;
- Análise da implementação do Manual de Articulação e do Plano de aplicação de Incentivos Institucionais anterior;
- Análise dos resultados das ações ligadas aos incentivos financeiros e atividades específicas (modelo B) (ACSS, 2019).

A fase Negocial é composta por 5 etapas:

- Plano de Ação plurianual, geralmente a 3 anos com revisão anual no que diz respeito, ao limite de pessoas a inscrever em unidades ponderadas, ao horário de funcionamento e respetivos ajustes, às eventuais carteiras adicionais de serviços no âmbito assistencial e não assistencial com a adequada contratualização de incentivos financeiros e ao Plano de Melhoria do IDG e do IDS;
- Recursos necessários a alocar para concretizar efetivamente o plano de ação nomeadamente, recursos humanos, investimento em várias áreas (por exemplo, equipamento de comunicação, sistemas de informação utilizados, equipamento clínico), manutenção nas diferentes áreas, abrangendo a calibração de equipamento médico e sistema de informação, fundo de maneio e receitas;
- Plano de Formação;
- Plano de Aplicação das Compensações Institucionais;
- Manual de Articulação (ACSS, 2019).

De seguida, vem a fase de Monitorização e Acompanhamento que consiste na disponibilização online do relatório de atividade trimestral acerca do compromisso assumido entre os atores intervenientes nas várias áreas de análise.

Faz também parte desta etapa, a renegociação de objetivos, caso seja oportuno.

Por fim, a avaliação engloba a prestação de contas (relatório da execução e dos resultados, relativa aos incentivos financeiros e atividades concretas) e o reconhecimento público (incentivos institucionais) (ACSS, 2019).

A ação de contratualização interna de uma unidade familiar realiza-se mediante a discussão e negociação do Plano de Ação da mesma. Este é composto pelos vários elementos da Matriz de Desempenho, sendo um plano de ação a 3 anos, com objetivos definidos de monitorização e resultados anuais (ACSS, 2019).

O Plano de Ação deve obedecer à seguinte estrutura:

- Identificar as áreas de melhoria e/ou manutenção;
- Referir o conjunto de estratégias para esse fim;
- Mencionar os recursos que deverão ser alocados;
- Definir as estratégias e o plano de formação;
- Delinear o destino dos incentivos institucionais.

A elaboração, o debate e a aprovação do Plano de Ação realiza-se em suporte eletrónico no BI CSP (ACSS, 2019).

O acompanhamento e monitorização deverá concretizar-se em tempos e locais adequados pelos respetivos órgãos de gestão do ACES, assegurando a participação das unidades de saúde e pondo em prática as alterações necessárias para que o plano se adegue às metas definidas. Todas as reuniões devem ficar documentadas através das respetivas atas (ACSS, 2019).

1.3.2. Matriz Multidimensional

A multiplicidade de unidades funcionais, em termos de formas de atuação, ciclos de maturidade em que cada uma se encontra, originou a criação de um modelo que, garantindo a monitorização e análise quer quantitativa quer qualitativa do desempenho de todas as unidades, viabiliza a sua melhoria contínua e a redução da volatilidade dos resultados atingidos, estabelecendo assim a equidade entre diferentes contextos organizacionais (ACSS, 2019).

A implementação deste instrumento desenvolve-se mediante uma avaliação criteriosa do desempenho, baseada numa matriz multidimensional, que representa uma visão integrada do desempenho global de cada unidade de saúde familiar. A cada área da matriz multidimensional estão associadas algumas subáreas, dimensões, métricas e indicadores a fim de evidenciar os resultados esperados (ACSS, 2019).

As USF devem atuar tendo como referência, a matriz multidimensional que resume as ponderações relativas a cada Área, Subárea ou Dimensão (ver Tabela 1).

Tabela 1 – Matriz Multidimensional – Contratualização USF

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação
A – Desempenho Assistencial	50
S – Acesso	20
D – Cobertura ou Utilização	10
D - Personalização	10
D – Atendimento Telefónico	10
D – Tempos Máximos de Resposta Garantidos	40
D – Consulta no Próprio Dia	10
D – Trajeto do Utente na UF	10
D – Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	10
S – Gestão da Saúde	20

D – Saúde Infantil e Juvenil	25
D – Saúde da Mulher	25
D – Saúde do Adulto	25
D – Saúde do Idoso	25
S – Gestão da Doença	20
D – Diabetes Mellitus	25
D – Hipertensão Arterial	25
D – Doenças Aparelho Respiratório	25
D – Multimorbilidade e outros tipos de Doenças	25
S – Qualificação da Prescrição	20
D – Prescrição Farmacoterapêutica	50
D – Prescrição MCDT	30
D – Prescrição de Cuidados	20
S – Satisfação de Utentes	20
D – Satisfação de Utentes	100
A - Serviços	10
S – Serviços de Carácter Assistencial	80
D – Serviços de Carácter Assistencial	100
S – Serviços de Carácter não Assistencial	20
D – Atividades de Governação Clínica no ACES	80
D – Outras Atividades não Assistenciais	20
A – Qualidade Organizacional	20
S – Melhoria Contínua da Qualidade	40
D – Acesso	25
D – Programas de Melhoria Contínua da Qualidade e Processos Assistenciais Integrados	75
S – Segurança	40
D – Segurança de Utentes	40
D – Segurança de Profissionais	30
D – Gestão do Risco	30
S – Centralidade no Cidadão	20

D – Centralidade no Cidadão	100
A – Formação Profissional	10
S – Formação Interna	80
D – Formação da Equipa Multiprofissional	50
D – Formação de Internos e Alunos	50
S – Formação Externa	20
D – Serviços de Formação Externa	100
A – Atividade Científica	10
S – Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	50
D - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	100
S – Trabalhos de Investigação	50
D – Trabalhos de Investigação	100

Fonte: ACSS, 2019

Face à monitorização da matriz que integra a Tabela 1, foi definido um grupo de indicadores para cada dimensão para que se realize o acompanhamento da evolução de cada unidade funcional garantindo desta maneira, uma monitorização permanente e uma avaliação fortalecida com base no conteúdo fornecido pelos indicadores constantes da matriz (ACSS, 2019).

Encontram-se em anexo, Anexos I e II, as tabelas que mostram os indicadores referentes às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG e sem impacto no cálculo do IDG, respetivamente.

1.3.3. Indicadores e Índice de Desempenho Global

Os indicadores que estão envolvidos no processo de contratualização devem obedecer à Matriz de Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários, seguindo os seus requisitos.

Todos os indicadores têm um Bilhete de Identidade (BI) que está publicado. O Bilhete de Identidade referente a cada indicador corresponde (ACSS, 2019):

- A uma descrição clara e resumida sobre o que mede;
- A uma exposição das regras de cálculo do numerador e do denominador;
- A uma descrição do que se regista e de como se mede nas diferentes situações;
- A uma apresentação do tipo de indicador: estrutura, processo, resultado e ganhos em saúde;
- À Dimensão – acesso, efetividade, eficiência, adequação técnico-científica, qualidade do registo;
- Ao resultado esperado e variação aceitável;
- Ao Referencial – área, subárea e dimensão a que está associado na matriz de contratualização;
- Ao Estado – ativo (indicador em uso), descontinuado (indicador não se encontra em atuação) ou em desenvolvimento (indicador em construção ou em fase de validação).

Para que faça parte do processo de contratualização, adicionalmente ao BI e à concretização do cálculo do que é medido pelo indicador, deve haver um histórico de registos de no mínimo de 2 anos.

Normalmente, os indicadores utilizados são do tipo compostos ou índices, nas atividades de cuidados complexas que garantem uma leitura e análise multidimensional (nomeadamente, o acesso, a eficiência, resultado e adequação técnico-científica), e do tipo de resultado por exemplo, procura de serviços de urgência e internamentos sem necessidade, doentes controlados e tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) (ACSS, 2019).

Os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) no âmbito de prestações de saúde, não incluídas nos termos de urgência, são os que integram o Anexo III. Os TMRG são um elemento importante da contratualização. A monitorização da aplicação dos TMRG é da responsabilidade da Administração Central do Sistema de Saúde e das Administrações Regionais da Saúde no âmbito do Sistema Integrado de Gestão do Acesso ao SNS (SIGA SNS), sendo posteriormente reportada à Direção Geral da Saúde, informação acerca deste assunto (Portaria nº 153-2017, de 4 de maio (PMRG)).

O Índice de Desempenho Global (IDG) resulta da soma ponderada dos Índices de Desempenho Setoriais das Áreas (IDS_A). Este último, por sua vez, obtém-se através da soma ponderada dos Índices de Desempenho Setoriais das Subáreas (IDS_S) que, resulta da soma ponderada dos Índices de Desempenho Setoriais das Dimensões (IDS_D).

O valor de cada IDG, IDS_A, IDS_S e IDS_D corresponde a um resultado que varia entre 0 e 100 (ACSS, 2019).

A monitorização e avaliação das dimensões processam-se segundo 4 tipos de métricas, destacando-se:

- Os Indicadores

Para cada indicador de desempenho estão estipulados um intervalo esperado e 2 de variação aceitável:

- a) Os resultados que integram o intervalo esperado correspondem a 2 pontos (score 2);
- b) Os resultados que integram o intervalo de variação aceitável correspondem a 1 ponto (score 1);
- c) Os resultados que ficam nos extremos dos já referidos correspondem a 0 pontos (score 0) (ACSS, 2019).

É, pois, importante, neste âmbito, precisar dois conceitos:

Intervalo esperado – é um conjunto de resultados que um dado indicador pode assumir, caracterizando-se pelo grupo de resultados ótimo (“o melhor”), e tem as seguintes particularidades:

- Referem-se a uma atividade profissional de excelência (“elevado desempenho”);
- São previstos unicamente no âmbito do trabalho organizado e eficiente;
- Existem provas científicas que indicam que o intervalo esperado revela ganhos em saúde (ACSS, 2019).

Varição aceitável – consiste no conjunto de resultados que um indicador pode assumir, tendo as seguintes características:

- Refletem uma boa atuação profissional;
- São previstos com algum empenho organizacional e trabalho em equipa;
- Existem provas científicas de que a atuação correspondente reflete ganhos em saúde (ACSS, 2019).

Os extremos do intervalo esperado e da variação aceitável são deliberados em unanimidade por um grupo de especialistas que faz parte da Comissão Técnica Nacional. Os referidos limites podem ser atualizados anualmente pela mesma Comissão (ACSS, 2019).

- Grau de implementação de processos de auditoria interna (clínica ou organizacional)

O processo de auditoria é muito importante nas USF pois é crucial na monitorização dos vários processos que compõem as mesmas.

A qualquer procedimento de auditoria executado corresponde uma atribuição de 0, 1 ou 2 pontos segundo a avaliação realizada (ACSS, 2019).

- Avaliação do compromisso da equipa para a prestação de serviços assistenciais e não assistenciais

As dimensões relativas aos serviços assistenciais como aos não assistenciais são avaliadas com métricas tendo, como referência as atividades previstas pelo ACES, ajustadas à dimensão de cada unidade funcional e adequadas aos recursos humanos existentes (ACSS, 2019).

- Critérios explícitos de cumprimento

Todos os cálculos intermédios que sejam efetuados (IDS e distribuição de ponderações) não devem ter quaisquer arredondamentos.

A última etapa do cálculo do IDG em percentagem é um arredondamento à primeira casa decimal, sendo a única parcela calculada que é arredondada. Os indicadores com níveis que variam entre 0 e 1, os resultados devem ser apresentados com um arredondamento às milésimas, sendo os restantes arredondados à primeira casa decimal. Quando os valores do IDG, IDS e Indicadores tiveram de ser calculados a fim de repetir as operações de cálculo, os valores devem ser mostrados sem quaisquer arredondamentos (ACSS, 2019).

Os resultados dos indicadores que têm escala no intervalo 0-1 deverão ser apresentados com três casas decimais, enquanto os outros deverão ter apenas uma casa decimal. Quando os valores do IDG, IDS e Indicadores tiverem que ser apresentados a fim de repetir os cálculos, os valores devem aparecer sem quaisquer arredondamentos (ACSS, 2019).

Estão definidos os intervalos esperados e a variação aceitável para todos os indicadores. Este consenso ocorre em reunião, mediante os trabalhos da Comissão Técnica Nacional, constituída ao abrigo da Portaria nº 212/2017, de 19 de julho (ACSS, 2019).

O resultado de cada indicador é atribuído conforme o IDS da dimensão que integra, como mostra o modelo da tabela seguinte.

Tabela 2 – Critérios para atribuição de 0, 1 ou 2 pontos aos indicadores

Critério	Valorização do resultado (pontos)
<p>A condição (A e B) é verdadeira:</p> <p>A – (resultado do indicador) \geq (valor mínimo do intervalo esperado)</p> <p>B – (resultado do indicador) \leq (valor máximo do intervalo esperado)</p>	2
<p>A condição (A e B) ou (C e D) é verdadeira:</p> <p>A – (resultado do indicador) \geq (valor mínimo da variação aceitável)</p> <p>B – (resultado do indicador) $<$ (valor mínimo do intervalo esperado)</p> <p>C – (resultado do indicador) $>$ (valor máximo do intervalo esperado)</p> <p>D – (resultado do indicador) \leq (valor máximo de variação aceitável)</p>	1
<p>A condição (A ou B) é verdadeira:</p> <p>A – (resultado do indicador) $<$ (valor mínimo da variação aceitável)</p> <p>B – (resultado do indicador) $>$ (valor máximo da variação aceitável)</p>	0

Fonte: ACSS, 2019

Qualquer um dos indicadores utilizados na área de desempenho tem definido os respectivos intervalos esperados assim como as variações aceitáveis, conforme mostra a tabela que está no Anexo IV – Indicadores: Intervalos esperados e Variações aceitáveis.

Os intervalos esperados bem como as variações aceitáveis, relativos a cada indicador contratualizado (faça ele parte do cálculo do IDG ou não), poderão ser consultados no BI CSP da respectiva unidade funcional, encontrando-se assim acessíveis a qualquer cidadão.

O BI CSP possui um grupo de formulários, que podem ser consultados através do menu “RAUF”, que concede a possibilidade às unidades funcionais de colocarem a informação fundamental ao cálculo do score assim como, permite que os ACES efetuem a respetiva validação (ACSS, 2019).

1.3.4. Contratualização Externa

Este tipo de contratualização desenvolve-se entre a Administração Regional da Saúde e o Agrupamento de Centros de Saúde a que está associado por exemplo, à ARS Centro está associado o ACES Baixo Mondego.

A contratualização externa é oficializada através da assinatura do Contrato-Programa. As entidades competentes do ACES estruturam uma orientação no âmbito do Plano de Desempenho que é negociado com a Administração Regional da Saúde correspondente (ACSS, 2019).

O Plano de Desempenho e o Contrato-Programa dos ACES correspondem a 2 instrumentos de transição de autonomia e responsabilidade para os encarregados dos cuidados de saúde primários (ACSS, 2019).

Contrato-Programa dos ACES demonstra o compromisso anual assumido entre o ACES e a ARS que abrange:

- Compromisso de recursos disponíveis e alocados ao ACES;
- Compromisso de resultados que se pretendem atingir (ACSS, 2019).

A avaliação do ACES concretiza-se através dos indicadores que são publicados no BI CSP, no SIM@SNS e no SICA, com data de referência do último dia do ano em análise (ACSS, 2019).

A avaliação dos resultados e a determinação da entrega de incentivos aos ACES será executada com base no IDG.

Capítulo 2: Estágio

Neste capítulo, irá ser feita uma pequena descrição da entidade na qual incidiu o estágio – a USF CelaSaúde - no âmbito do Mestrado em Gestão da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, assim como irão ser apresentadas as atividades que foram realizadas no decorrer do mesmo, dando maior foco aos indicadores de qualidade, que foram o tema predominante do estágio.

2.1. Apresentação da USF CelaSaúde

A USF CelaSaúde, que iniciou a sua atividade a 23 de novembro de 2009, fica na Rua Dr. Augusto Rocha nº 6, em Coimbra e pertence ao ACES Baixo Mondego que integra a ARS Centro. Esta USF possui o certificado de Acreditação.

A USF encontra-se a funcionar num horário de 12h diárias (8h-20h), 5 dias por semana. Inclui-se no modelo B, desde setembro de 2013 no qual, a colaboração em equipa é uma regra e é obrigatória a cooperação no processo de acreditação. A USF tem incentivos em termos institucionais e financeiros se, e apenas se, cumprir as metas contratualizadas, no período de um ano, com o ACES (Manual de Acolhimento).

A divulgação de informação sobre o desempenho dos indicadores realiza-se mensalmente e está disponível no BI da respetiva USF.

A contratualização é um acordo no qual o ACES delibera uma remuneração, a atribuir à USF, como retorno da prestação de um grupo previamente decidido de cuidados de saúde aos cidadãos inscritos na referida unidade funcional. Este processo abrange a escolha de um conjunto de indicadores de desempenho, por exemplo, acesso, gestão da doença, qualificação da prescrição, a partir dos quais a unidade é avaliada (Manual de Acolhimento).

2.1.1. Missão

A USF CelaSaúde tem como missão prestar "cuidados assistenciais efetivos", dando prioridade à "acessibilidade", à "aceitabilidade", à "qualidade", à "promoção e desenvolvimento de atividades de investigação e formação" e à "satisfação dos utentes e dos profissionais" (BI USF CelaSaúde, 2019).

A independência técnico-profissional e funcional assente em critérios fidedignos e verídicos de gestão, o trabalho em conjunto, a "responsabilização partilhada dos resultados" desempenham um papel essencial na missão da USF CelaSaúde (BI USF CelaSaúde, 2019).

2.1.2. Visão

Os profissionais da USF CelaSaúde trabalham em equipa, tornando esta "unida, coesa" e focada, sempre preparada para satisfazer as necessidades de cada utente, excedendo as suas expectativas. Pretende "identificar, satisfazer" e superar "necessidades e expectativas em saúde" e oferecer "um atendimento de qualidade, fidelizando o utente". O foco está sempre nas necessidades do utente bem como na solução do problema.

A USF tem como prioridade prestar diversos "serviços e de qualidade" (BI USF CelaSaúde, 2019).

2.1.3. Valores

A USF CelaSaúde tem um lema: "Reinventar o quotidiano... a arte de superar os objetivos".

A unidade de saúde tem como valores: o compromisso, o empenho, a lealdade, a acessibilidade, a segurança, a audácia, a determinação, a união e a excelência (BI USF CelaSaúde, 2019).

2.2. Atividades desenvolvidas

O estágio teve início a 15 de outubro de 2019. Numa primeira fase, foi-me dado a conhecer a organização e o seu modo de funcionamento. O meu orientador da USF, o Dr. Luís Almeida Pinto, deu-me um conjunto de documentos tais como, o Manual de Acolhimento, o Regulamento Interno, a Carta de Compromisso, a Carta de Qualidade, o Manual de Articulação, o Plano de Formação para Profissionais, o Plano de Aplicação de Incentivos e o Relatório de Atividades, para eu me integrar na unidade bem como na linguagem de trabalho da mesma.

De seguida, foi-me entregue um documento em Excel com o conjunto de indicadores que fazem parte da contratualização no ano corrente do estágio, e que são utilizados no cálculo do IDG, para que eu me familiarizasse com um processo que seria uma das principais atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

2.2.1. Análise dos indicadores de qualidade

A USF CelaSaúde integra o modelo B, desde 2013, e por isso tem que ser avaliada através dos indicadores que são a priori contratualizados com o ACES Baixo Mondego, com a periodicidade de um ano. Caso a USF cumpra as metas contratualizadas, tem como remuneração incentivos institucionais que se destinam exclusivamente a gastos com formação e material para a USF.

Foi feita a análise dos resultados dos indicadores relativos a setembro e dezembro de 2019, assim como o balanço de todo o ano de 2019 em comparação com dezembro de 2018.

As tabelas seguintes, Tabela 3 e Tabela 4, mostram os resultados dos períodos que foram analisados no decorrer do estágio, nomeadamente os valores de cada indicador assim como, o respetivo score e ainda o intervalo esperado, ou seja, aquele que corresponde ao score 2 - score ótimo/o melhor, aquele que qualquer USF deseja atingir.

Tabela 3 – Resultados dos indicadores referentes a setembro de 2019

ID	Designação	Subárea Dimensão	Min. esperado	Máx. esperado	Result.	Score
1	Prop. cons. realiz. pelo MF	Acesso Cobertura ou Utilização	78	88	73,128	0
3	Taxa de domicíl. méd. p/ 1000 inscritos	Acesso Cobertura ou Utilização	18	35	23,037	2
5	Prop. cons. realiz. pelo EF	Acesso Cobertura ou Utilização	65	83	59,914	0
6	Taxa de utiliz. cons. méd. – 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização	85	95	78,983	0
11	Prop. gráv. c/ cons. méd. vigil. 1º trim.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher	75	100	93,548	2
14	Prop. RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil	95	100	95,283	2
20	Prop. hipertensos < 65 anos c/ PA < 150/90	Gestão da Doença Hipertensão Arterial	67	100	45,978	0
30	Prop. idosos ou doença crónica c/ vac. Gripe	Gestão da Saúde Saúde do Idoso	55	100	37,268	0
39	Prop. DM c/ última HgA1c <= 8,0%	Gestão da Doença Diabetes Mellitus	60	100	51,963	1
45	Prop. mulheres (25-60) anos c/ rastr. C. Colo do Útero	Gestão da Saúde Saúde da Mulher	52	100	43,176	0
46	Prop. utentes c/ (50-75) anos c/ rastreio cancro colo do reto	Gestão da Saúde Saúde do Adulto	52	100	50,886	1
49	Prop. utentes c/ DPOC c/ FEV1 em 3 anos	Gestão da Doença Doenças do Aparelho Respiratório	60	100	61,29	2
93	Prop. crianças 2 anos c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil	98	100	96,694	1
94	Prop. crianças com 7 anos c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil	98	100	99,056	2

95	Prop. jovens c/ 14 anos c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil	98	100	96,721	1
98	Prop. utentes >= 25 anos c/ Vacina Tétano	Gestão da Saúde Saúde do Adulto	92	100	85,298	1
99	Taxa utilização consultas de enfermagem – 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização	75	85	65,939	0
274	Prop. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	Gestão da Doença Diabetes Mellitus	85	100	84,615	1
275	Prop. novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	Gestão da Doença Diabetes Mellitus	70	100	65,384	1
276	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. Orais	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica	0	36	34,69	2
294	Taxa domicílios enfer. por 1000 inscritos idosos	Gestão da Saúde – Saúde do Idoso	550	1650	403,77	1
295	Prop. puérp. 5+ cons. vigil. enfer. gráv. e c/ RP	Gestão da Saúde Saúde da Mulher	75	100	53,731	0
297	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnótico	Gestão da Saúde Saúde do Idoso	80	100	79,571	1
307	Prop. gráv. c/ ecografia 1º trim.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher	75	100	50	0
330	Índice de utilização anual de consultas médicas	Acesso Cobertura ou Utilização	0.85	2.00	0,794	0
331	Índice de utilização anual de consultas enfermagem	Acesso Cobertura ou Utilização	0.75	2.00	0,771	2
342	Proporção cons. méd. inic. Utente < 15 dias úteis	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos	65	100	87,302	2
344	Prop. cons. méd. realizadas no dia agendam.	Acesso Consulta no próprio dia	20	35	40,893	1
346	Prop. cons. realiz. intervalo (8:11)h (Q1)	Acesso Distribuição das consultas presenciais no dia	20	30	36,395	0

347	Prop. cons. realiz. intervalo (11:14) h (Q2)	Acesso Distribuição das consultas presenciais no dia	22.50	32.50	30,145	2
348	Prop. cons. realiz. intervalo (14:17)h (Q3)	Acesso Distribuição das consultas presenciais no dia	22.50	32.50	19,681	0
349	Prop. cons. realiz. intervalo (17:20)h (Q4)	Acesso Distribuição das consultas presenciais no dia	15	25	13,777	1
350	Custo c/ terap. do doente c/ Diabetes Mellitus	Gestão da Doença Diabetes Mellitus	120	300	312,415	1
351	Custo c/ terap. doente c/ Diabetes Mellitus	Gestão da Doença Diabetes Mellitus	120	300	299,827	2
352	Custo c/ terap. do doente c/ HTA	Gestão da Doença Hipertensão Arterial	50	90	79,479	2
353	Custo c/ terap. do doente c/ HTA controlada	Gestão da Doença Hipertensão Arterial	50	100	96,716	2

Tabela 4 – Resultados dos indicadores referentes a dezembro de 2019

ID	Designação	Subárea Dimensão	Min. esperado	Máx. esperado	Result.	Score
1	Prop. cons. realiz. pelo MF	Acesso Cobertura ou Utilização	78	88	75.115	1
3	Taxa de domicíl. méd. p/ 1000 inscritos	Acesso Cobertura ou Utilização	18	35	22,471	2
5	Prop. cons. realiz. pelo EF	Acesso Cobertura ou Utilização	65	83	56,195	0
6	Taxa de utiliz. cons. méd. – 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização	85	95	77,901	0
11	Prop. gráv. c/ cons. méd. vigil. 1º trim.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher	75	100	96,825	2
14	Prop. RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil	95	100	98,058	2
20	Prop. hipertensos < 65 anos c/ PA < 150/90	Gestão da Doença Hipertensão Arterial	67	100	49,556	0

30	Prop. idosos ou doença crónica c/ vac. Gripe	Gestão da Saúde Saúde do Idoso	55	100	37,633	0
39	Prop. DM c/ última HgIA1c <= 8,0%	Gestão da Doença Diabetes Mellitus	60	100	55,487	1
45	Prop. mulheres (25-60) anos c/ rastr. C. Colo do Útero	Gestão da Saúde Saúde da Mulher	52	100	41,371	0
46	Prop. utentes c/ (50-75) anos c/ rastreio cancro colo do reto	Gestão da Saúde Saúde do Adulto	52	100	51,253	1
49	Prop. utentes c/ DPOC c/ FEV1 em 3 anos	Gestão da Doença Doenças do Aparelho Respiratório	60	100	62,566	2
93	Prop. crianças 2 anos c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil	98	100	98,275	2
94	Prop. crianças com 7 anos c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil	98	100	98,165	2
95	Prop. jovens c/ 14 anos c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil	98	100	95,901	1
98	Prop. utentes >= 25 anos c/ Vacina Tétano	Gestão da Saúde Saúde do Adulto	92	100	85,581	1
99	Taxa utilização consultas de enfermagem – 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização	75	85	65,287	0
27 4	Prop. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	Gestão da Doença Diabetes Mellitus	85	100	83,544	1
27 5	Prop. novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	Gestão da Doença Diabetes Mellitus	70	100	70,370	2
27 6	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. Oraís	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica	0	36	34,266	2
29 4	Taxa domicílios enfer. por 1000 inscritos idosos	Gestão da Saúde – Saúde do Idoso	550	1650	402,163	1
29 5	Prop. puérp. 5+ cons. vigil. enfer. gráv. e c/ RP	Gestão da Saúde Saúde da Mulher	75	100	56,250	0

29 7	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipn ót	Gestão da Saúde Saúde do Idoso	80	100	80,751	2
30 7	Prop. gráv. c/ ecografia 1º trim.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher	75	100	56,000	0
33 0	Índice de utilização anual de consultas médicas	Acesso Cobertura ou Utilização	0.85	2.00	0,794	0
33 1	Índice de utilização anual de consultas enfermagem	Acesso Cobertura ou Utilização	0.75	2.00	0,785	2
34 2	Proporção cons. méd. inic. Utente < 15 dias úteis	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos	65	100	87,417	2
34 4	Prop. cons. méd. realizadas no dia agendam.	Acesso Consulta no próprio dia	20	35	40,324	1
34 6	Prop. cons. realiz. intervalo (8:11)h (Q1)	Acesso Distribuição das consultas presenciais no dia	20	30	35,471	0
34 7	Prop. cons. realiz. intervalo (11:14) h (Q2)	Acesso Distribuição das consultas presenciais no dia	22.50	32.50	29,433	2
34 8	Prop. cons. realiz. intervalo (14:17)h (Q3)	Acesso Distribuição das consultas presenciais no dia	22.50	32.50	20,405	1
34 9	Prop. cons. realiz. intervalo (17:20)h (Q4)	Acesso Distribuição das consultas presenciais no dia	15	25	14,689	1
35 0	Custo c/ terap. do doente c/ Diabetes Mellitus	Gestão da Doença Diabetes Mellitus	120	300	320,39 9	0
35 1	Custo c/ terap. doente c/ Diabetes Mellitus	Gestão da Doença Diabetes Mellitus	120	300	314,94 3	1
35 2	Custo c/ terap. do doente c/ HTA	Gestão da Doença Hipertensão Arterial	50	90	81,736	2
35 3	Custo c/ terap. do doente c/ HTA controlada	Gestão da Doença Hipertensão Arterial	50	100	101,01 2	1

De seguida, irei fazer uma breve análise destes dados, comparando estes dois períodos. De setembro para dezembro, verificaram-se as seguintes alterações nos indicadores:

- O indicador 1 – Proporção de consultas realizadas pelo Médico de Família – registou uma melhoria, passando do score 0 para o score 1;
- O indicador 93 – Proporção de crianças com 2 anos com PNV cumprido ou em execução – registou uma melhoria, passando do score 1 para o score 2;
- O indicador 297 – Proporção de idosos sem prescrição prolongada de ansiolíticos, nem de sedativos, nem de hipnóticos – registou uma melhoria, passando do score 1 para o score 2 (score ótimo);
- O indicador 350 – Custo com terapêutica do doente com Diabetes *Mellitus* – registou uma descida, passando do score 1 para o score 0.

Adicionalmente à análise dos indicadores de qualidade, cujos resultados poderão ser consultados no BI da USF CelaSaúde (BI CSP), foi também realizada a análise da equipa médica e de enfermagem, bem como da equipa de trabalho uma vez que cada médico trabalha em equipa com um enfermeiro, ou seja, ao Médico X está associado o Enfermeiro Y e o Secretário Clínico Z, formando assim a Equipa de Saúde Familiar. Os dados dos indicadores referentes a cada profissional de saúde podem ser consultados no MIM@UF, apenas acessível aos profissionais de saúde.

Esta análise de indicadores tem por finalidade, avaliar se foram cumpridas as metas contratualizadas no ano anterior, bem como ajudar na negociação da próxima contratualização, de forma a que possam ser ajustadas as metas.

A análise que é feita por profissional, mediante cada indicador, permite que a equipa perceba como está a trabalhar e de que forma poderá melhorar.

Ao processo de análise destes indicadores, dá-se o nome de **Barómetro**.

O Barómetro teve início em 2017 e define-se como uma ferramenta que permite acompanhar a evolução dos indicadores nos processos que foram escolhidos pela equipa profissional. Desta forma, avalia-se se os processos e o sistema integrado da qualidade se encontram a funcionar eficientemente e a promover a melhoria contínua. Esta avaliação é feita por profissional, por indicador e por unidade.

A fim de efetuar esta análise, foi necessário consultar o BI CSP, acessível a todos os cidadãos (como já foi referido) - através da página <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg> - assim como aceder à plataforma MIM@UF que está apenas disponível na rede do Serviço Nacional de Saúde e apenas os profissionais de saúde podem consultar essa informação (tal como já foi mencionado anteriormente). Na referida plataforma, estão os dados dos indicadores por profissional de saúde.

A análise do Barómetro fica completa com a realização de um Plano de Acompanhamento Interno, no qual são detalhados os resultados dos indicadores do mês em análise - aqueles que constam do BI CSP da USF CelaSaúde, que se referem ao valor da respetiva USF bem como ao score corresponde - assim como do mês sobre o qual é feita a comparação. Consta também desse Plano, as propostas de melhoria para períodos futuros. A realização do Barómetro concretiza-se trimestralmente.

A USF CelaSaúde iniciou o processo de contratualização em 2009, ou seja, quando começou a sua atividade. Este processo tem uma periodicidade anual, apesar de os indicadores não serem obrigatoriamente atualizados a cada processo. Ou seja, há indicadores que vão mudando, mas também há outros que se vão mantendo devido à sua importância. Por exemplo, há indicadores que já constam do processo de contratualização da USF CelaSaúde desde 2013. Outra curiosidade é o facto de os indicadores contratualizados em 2019 serem os mesmos que foram contratualizados em 2018.

2.2.2. Forma de cálculo dos indicadores de qualidade

Durante o estágio, foi-me proposto que elaborasse uma pequena síntese sobre a forma de cálculo de alguns indicadores que integraram o processo de análise de setembro nomeadamente, aqueles que, à data, tinham Score 0 assim como aqueles que se encontravam perto da mudança de score, ou seja, aqueles que estavam próximos de atingir um Score diferente no período de análise seguinte, neste caso, seria dezembro de 2019.

Esta tarefa consistiu no detalhe do que era medido quer no numerador quer no denominador dos respetivos indicadores.

Alguns dos indicadores que registaram score 0 em setembro de 2019 foram os seguintes:

- **Indicador 6** – exprime a proporção de utentes inscritos que tiveram consulta médica, de qualquer tipo, nos últimos 3 anos (ACSS, 2017).

Forma de cálculo (ACSS, 2017):

Numerador: Contagem de utentes em que a expressão (A e B) é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos uma consulta médica, presencial ou não presencial, nos últimos 3 anos:

1. Quando a unidade de observação é um médico ou uma USF ou UCSP, pelo menos uma das consultas tem que ser efetuada na unidade de saúde. Ou seja, se durante o período em análise, o utente tiver uma única consulta no atendimento complementar, não é contabilizado no numerador deste indicador.

2. Quando a unidade de observação é um ACES, um utente com inscrição ativa que tenha apenas uma consulta no período em análise, realizada num atendimento complementar, é incluído no numerador.

3. Quando a unidade de observação é um ACES, se o utente com inscrição ativa tiver, durante o período em análise, uma única consulta numa unidade de saúde diferente da sua, mas pertencente ao ACES, utilizando para isso uma inscrição esporádica, é contabilizado uma única vez no denominador e no numerador (desde que ambas as inscrições tenham o registo do número

de utente). Se uma das inscrições não tiver o registo do número de utente, o mesmo será contabilizado no denominador e não será contabilizado no numerador.

4. Os utentes contabilizados no numerador são aqueles que possuem apenas uma consulta médica presencial ou pelo menos, uma consulta médica não presencial, com os códigos: C007 (consulta médica não presencial) e C008 (consulta médica presencial).

Denominador: Contagem de utentes em que a expressão (A) é verdadeira:

A. Tem inscrição ativa na unidade de saúde, na data de referência do indicador.

- **Indicador 99** – exprime a proporção de utentes inscritos que tiveram consulta de enfermagem, de qualquer tipo, nos últimos 3 anos (ACSS, 2017).

Forma de cálculo (ACSS, 2017):

Numerador: Contagem de utentes em que a expressão (A e B) é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter uma consulta de enfermagem, presencial ou não presencial, nos últimos 3 anos:

1. Quando a unidade de observação é um médico ou uma USF ou UCSP, pelo menos uma das consultas tem que ser efetuada na própria unidade de saúde. Ou seja, se durante o período em análise, o utente tiver uma única consulta numa unidade diferente daquela em que está inscrito, não é contabilizado no numerador deste indicador.

2. Quando a unidade de observação é um ACES, um utente com inscrição ativa que tenha apenas uma consulta, no período em análise, realizada numa unidade diferente daquela onde tem inscrição ativa, é incluído no numerador.

3. Quando a unidade de observação é um ACES, se o utente com inscrição ativa tiver, durante o período em análise, uma única consulta numa unidade de saúde diferente daquela onde tem inscrição ativa, mas pertencente ao ACES, utilizando para isso uma inscrição esporádica, é contabilizado uma única vez

no denominador e no numerador (desde que ambas as inscrições tenham o registo do número de utente). Se uma das inscrições não tiver o registo do número de utente, o mesmo será contabilizado no denominador e não será contabilizado no numerador.

4. Os utentes contabilizados no numerador são aqueles que possuem apenas uma consulta de enfermagem presencial ou pelo menos uma consulta de enfermagem não presencial, com os códigos: C010 (consulta de enfermagem sem a presença do utente – indireta) ou C011 (consulta de enfermagem com a presença do utente – direta).

Denominador: Contagem de utentes em que a expressão (A) é verdadeira:

A. Tem inscrição ativa na unidade de saúde, na data de referência do indicador.

- **Indicador 346** – exprime a proporção de consultas médicas ou de enfermagem presenciais que são realizadas no intervalo (8-11) horas (ACSS, 2017).

Forma de cálculo (ACSS, 2017):

Numerador: Contagem de consultas em que a expressão (A e B) é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Realizadas no intervalo (8-11) horas.

Denominador: Contagem de consultas em que a expressão (A e (B ou C) e D e E e F) é verdadeira:

A. Efetuada por qualquer médico ou enfermeiro da unidade funcional durante o período em análise.

B. Do tipo “consulta médica presencial”, registada com o código C008.

C. Do tipo “consulta de enfermagem presencial”, registada com o código C011.

D. Não é do tipo “domicílio”.

E. Realizada a utente com inscrição ativa na unidade de observação, no mês da realização da consulta.

F. Realizadas no intervalo (8-20) horas.

De seguida, irei dar alguns exemplos de indicadores que, em setembro de 2019, estavam quase a atingir um score diferente daquele que registaram nesse período:

- **Indicador 275** – exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de diabetes tipo 2 que iniciam terapêutica farmacológica com metformina em monoterapia (ACSS, 2017).

Este indicador estava próximo de atingir o score 2, tendo registado em setembro score 1. E, de facto, em dezembro conseguiu chegar ao score 2.

Forma de cálculo (ACSS, 2017):

Numerador: Contagem de utentes em que a expressão (A e B e C) é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. A primeira prescrição farmacológica relacionável com diabetes tipo 2 (com antidiabéticos orais ou com insulina), realizada ao utente, é com metformina em monoterapia:

1. Consideram-se pertencentes ao grupo dos “antidiabéticos orais”, os medicamentos pertencentes à classe 8.4.2 da classificação CFT.
2. Consideram-se pertencentes ao grupo das “insulinas”, as prescrições incluídas no grupo 8.4.1.1 “insulina de ação curta”, no grupo 8.4.1.2 “insulina de ação intermédia” ou no grupo 8.4.1.3 “insulina de ação prolongada” da classificação farmacoterapêutica de medicamentos (CFT).
3. São consideradas prescrições de “metformina em monoterapia”, as que pertencem à classe A10BA02 (METFORMINA) da classificação Terapêutica Anatómica e Química (ATC).
4. Os medicamentos pertencentes à classe CFT e ATC podem ser consultados em: <http://app7.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php>.

C. Durante os 30 dias que sucedem a primeira prescrição relacionável com diabetes tipo 2 identificada na alínea anterior (metformina em monoterapia),

não foi prescrita qualquer outra substância ativa relacionável com diabetes tipo 2.

Denominador: Contagem de utentes em que a expressão (A e B e C) é verdadeira:

A. Com inscrição ativa na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (rubrica da ICPC-2 T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de “ativo” e a respetiva “data de início” pertence ao período em análise:

1. Contabilizam-se apenas os utentes com diagnóstico de diabetes tipo 2 com início no período em análise, isto pressupõe que os médicos quando procedem ao registo de um novo problema de saúde, alteram a data que é colocada por defeito pelo sistema de registo clínico nesse campo (data atual) para a data aproximada em que o problema foi diagnosticado ao doente. Não o fazendo, tal ocasiona uma sobre-valorização do denominador deste indicador.

2. No denominador e no numerador, apenas se incluem utentes com novo diagnóstico de diabetes tipo 2 a quem tenha sido iniciada terapêutica farmacológica. Não se incluem utentes a quem nunca tenha sido prescrito nem antidiabéticos orais nem insulina (doentes apenas com controlo alimentar e exercício físico).

3. Apenas se incluem no denominador, utentes com data de início do diagnóstico de diabetes pertencente ao período em análise. Assim, evita-se que doentes com diagnósticos mais antigos e recentemente inscritos na unidade de saúde (com prescrição de longa data não registada no sistema de informação) sejam mal interpretados pelo sistema, como “primeiras prescrições”. Consequentemente, esta opção deixará de fora do denominador, utentes com diabetes de tipo 2 de longa data que iniciaram pela primeira vez terapêutica farmacológica para a diabetes tipo 2 durante o período em análise.

C. A primeira prescrição farmacológica com antidiabéticos orais ou com insulina, realizada ao utente, foi efetuada durante os 12 meses anteriores (período em análise flutuante) ou desde 1 de janeiro (período em análise fixo).

MedicineOne (software que é utilizado pelos profissionais de saúde):

O diagnóstico de diabetes tipo 2 pode estar inserido quer na “lista de problemas”, quer na “lista de outros problemas”. O diagnóstico necessita de estar classificado como “ativo” e não ter sido classificado como “inválido”.

- **Indicador 5** – exprime a proporção de consultas que cada Enfermeiro de Família realiza aos utentes da respetiva lista (ACSS, 2017).

Este indicador estava muito perto de atingir o score 1 no período seguinte, contudo em dezembro isso não aconteceu uma vez que o indicador sofreu uma ligeira descida, mantendo-se assim no score 0.

Forma de cálculo (ACSS, 2017):

Numerador: Contagem de contactos em que a expressão (A e B) é verdadeira:

- A. Todas as condições enunciadas para o denominador;
- B. O contacto foi realizado pelo Enfermeiro de Família do utente.

Denominador: Contagem de contactos em que a expressão (B e D e E) é verdadeira:

B. Compatível com o código C011 “Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta)”;

Prazo de registo: 5 dias

D. Realizado a utente com inscrição ativa durante pelo menos um dia do período em análise;

E. Realizado a utente com Enfermeiro de Família atribuído:

1. Ao limitar o denominador e o numerador aos utentes que têm Enfermeiro de Família atribuído, tornam-se os resultados do indicador imunes à proporção de utentes sem EF. Assim, variações nos resultados do indicador ficam mais sensíveis ao esforço das equipas para que os utentes sejam observados pelo próprio Enfermeiro de Família.

- **Indicador 93** – exprime a proporção de crianças que na data de referência do indicador possuem o PNV cumprido ou em execução, entre as que completam 2 anos (ACSS, 2017).

Este indicador estava perto do Score 2 em setembro e em dezembro conseguiu atingi-lo.

Forma de cálculo (ACSS, 2017):

Numerador: Contagem de utentes em que a expressão (A e B) é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Na data de referência do indicador, não possuem vacinas do PNV em atraso:

1. Os registos de vacinas devem ser efetuados no SINUS. Contabilizam-se todas as vacinas registadas, independentemente do titular do registo pertencer ou não à unidade de saúde.

2. São incluídas no numerador, as crianças que à data de referência do indicador não tenham de ser convocadas por atraso na inoculação de alguma vacina do PNV. Assim, são incluídas:

a) as que tenham o PNV totalmente cumprido pelo esquema cronológico recomendado.

b) as que tenham o PNV totalmente cumprido pelo esquema cronológico de recurso adaptado à idade.

c) as que tenham o PNV ainda a ser executado pelo esquema cronológico de recurso adaptado à idade e com as próximas inoculações de vacinas recomendadas para data posterior à data de referência do indicador.

3. Aceita-se a realização de “registo completo” ou de “registo simplificado”. No “registo completo”, todas as inoculações de cada tipo de vacina devem estar registadas. No “registo simplificado”, apenas é necessário que a última dose da vacina esteja registada, com especificação da data de inoculação e do número de ordem da inoculação. Aceita-se que umas vacinas estejam com o “registo completo” e outras com o “registo simplificado”.

4. Quando uma criança tem serologia positiva para uma doença prevenível por uma das vacinas do PNV, é possível registar no SINUS o estado de “imunizado”, associado a essa vacina. Da mesma forma, se uma criança tiver contra-indicação para a administração de uma vacina, é possível registar que a mesma se encontra “contra-indicada”. As vacinas relativamente às quais é colocado o atributo “imunizado” ou o atributo “contra-indicado” são classificadas

como cumpridas. Não são incluídos no numerador, os utentes que recusam uma ou mais inoculações de vacina.

Denominador: Contagem dos utentes em que a expressão (A e B) é verdadeira:

A. Crianças que completam 2 anos de idade durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (quando o indicador é calculado pelo método “período em análise flutuante”) ou durante o ano civil em curso (quando o indicador é calculado pelo método “período em análise fixo”).

B. Inscrição ativa na unidade de saúde na data de referência do indicador:

- São incluídos no denominador deste indicador, todos os utentes inscritos na unidade de observação à data de referência do indicador. O SIARS contabiliza no denominador, os utentes “excluídos” do módulo de vacinação do SINUS.

O rácio de cálculo dos indicadores pode ir mudando uma vez que, todos os anos sai um Manual do BI com essa informação. Porém, é muito pouco provável que todos mudem a forma de cálculo no mesmo ano.

2.2.3. Balanço dos indicadores em termos mensais

Realizei uma pequena análise, muito sintética, entre os meses de setembro e outubro e outubro e novembro para perceber quais as alterações que tinham surgido, ou seja, se os resultados dos indicadores tinham melhorado, piorado ou se se tinham mantido.

Apesar de ser feita uma análise mais elaborada de 3 em 3 meses, é também importante que se vá acompanhando os resultados mensais para perceber o que se pode ir mudando a fim de melhorar os resultados futuros. Porém, nem sempre é possível fazer essa avaliação. Ou seja, a análise até pode ser feita mensalmente, mas será em termos globais e não indicador a indicador.

De setembro para outubro, os indicadores que melhoraram o seu score foram o 274, o 275, o 297, e o 330. Por outro lado, o indicador 351 registou uma descida.

De outubro para novembro, os indicadores que melhoraram o seu score foram o 348 e o 93. Em contrapartida, os indicadores 95, 274 e 330 pioraram neste período. Tudo o resto manteve-se constante.

A tabela seguinte mostra as alterações que foram enunciadas.

Tabela 5 – Indicadores que mudaram de Score entre setembro e outubro e entre outubro e novembro de 2019

Indicador	Setembro	Outubro	Novembro
274	1	2	1
275	1	2	
297	1	2	
330	0	1	0
351	2	1	
348		0	1
93		1	2
95		1	0

2.2.4. Análise das Prescrições de Glicemia

No âmbito dos indicadores do BI Self_Service, foram analisadas as prescrições de glicemia por profissional. Esta avaliação é feita anualmente pela USF CelaSaúde a fim de executar a contabilização do número de utentes com Diabetes por profissional da UF.

2.2.5. Análise da DIOR

A DIOR (Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos CSP) permite a autoavaliação de cada UF e ACES, assim como apoiar o cumprimento da missão dos Conselhos Clínicos e de Saúde, a nível do acompanhamento e do apoio às UF. Tal como é uma ferramenta que integra o processo de contratualização no que se refere ao âmbito da qualidade organizacional. Pode também ser utilizada em processos de auditoria no âmbito da transição ou manutenção do modelo organizacional, por exemplo USF de modelo B, e é também uma forma de seriação das unidades funcionais (ACSS, 2019).

A recolha de informação que se destinará ao preenchimento da grelha DIOR pode ser feita por observação e análise direta dos documentos, informação disponível e instalações físicas. Pode também ser obtida através da entrevista a profissionais e a cidadãos sobre aspetos que não são observáveis (ACSS, 2019).

Este modelo permite que as unidades funcionais se encontrem organizadas e tenham definidas as metas a cumprir, no que se refere, por exemplo, a informação que deva ser afixada ou publicitada, bem como verificar se determinada informação consta dos respetivos documentos.

A grelha DIOR está estruturada em 3 conjuntos de processos – o de gestão, o assistencial e o de suporte – que estão distribuídos por determinadas dimensões que pertencem aos respetivos critérios (133), organizados em 2 categorias, A (55) e B (78), que se distinguem em dois níveis de cumprimento – NI e NII – que, por sua vez, ajudam a distinguir melhor o nível de cumprimento de cada critério e certificar o empenho e esforço na melhoria contínua de qualidade de cada unidade funcional (ACSS, 2019).

Para cada critério, está claramente definido o fundamento tal como os requisitos para a sua validação por respetivo nível (NI e NII) (ACSS, 2019).

No âmbito desta grelha DIOR, foi-me proposto que realizasse uma síntese com base em determinados tópicos nomeadamente aqueles que se referem a informação a afixar ou a publicitar aos cidadãos, os assuntos que deverão constar em atas e noutros documentos, bem como a informação que deva fazer parte da entrevista a profissionais e a cidadãos.

Neste sentido, pode destacar-se os seguintes assuntos:

- Informação a afixar ou a publicitar: Neste tópico, pode incluir-se o horário de funcionamento da USF assim como, os horários dos profissionais de saúde e respetiva carga horária; a garantia da atribuição de uma equipa de saúde familiar – constituída por um Médico de Família, um Enfermeiro de Família e um Secretário Clínico de Família; o tempo médio de espera por uma consulta/atividade após a hora marcada, entre outros.
- Atas: Neste tipo de documentos deverá constar o registo da eleição de um elemento de cada área profissional que integra a UF, respetivamente eleitos pelos elementos de cada grupo profissional; a delegação de competências – que é um instrumento fundamental de modernização da gestão e de partilha de responsabilidades e que contribui para a consolidação da cultura organizacional; a informação sobre as necessidades de saúde da sua população de referência, que será integrada no processo de planeamento da sua atividade assistencial.
- Entrevistas a profissionais: Neste ponto, deverá incluir-se informação sobre a participação dos profissionais nas reuniões bem como, a partilha de ideias; se a UF tem definidas as funções/competências/responsabilidades de todos os profissionais de saúde e a garantia do conhecimento por parte de todos os profissionais; a definição e discussão do sistema de intersubstituição para os processos chave e respetivos serviços mínimos.
- Manual de Procedimentos: Este documento deverá integrar a monitorização da Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde trimestralmente; a Caixa de Sugestões com impressos disponíveis que é colocada em local de livre acesso aos utentes; a garantia da atribuição de uma equipa de saúde familiar a cada utente e respetiva família.

2.2.6. Reporte e divulgação dos indicadores de qualidade

Todos os meses, a USF CelaSaúde tem de publicar os resultados dos indicadores que fazem parte da contratualização do respetivo ano.

Esta divulgação de resultados é obrigatória e tem por objetivo informar os cidadãos sobre os desempenhos da respetiva USF. Este processo visa também analisar permanentemente a forma de atuação da USF, a fim de melhorar os serviços prestados aos cidadãos. Esta análise contínua permite perceber qual a situação atual e, se necessário, quais as medidas de melhoria que serão precisas implementar para melhorar os desempenhos da unidade.

Apesar da divulgação se realizar mensalmente, a avaliação dos resultados da USF é feita de 3 em 3 meses. Aliás, os meses em que deverá decorrer esta avaliação são definidos previamente todos os anos, podendo, assim, não coincidir de ano para ano. Por exemplo, a USF CelaSaúde, no ano de 2019, realizou a referida avaliação nos meses de abril, setembro e dezembro. Porém, os meses definidos para a mesma avaliação em 2020 já serão outros, sendo que o mês de dezembro fará sempre parte uma vez que coincide com o fim do ano civil, no qual se elabora o balanço anual.

Perante os resultados obtidos, a USF CelaSaúde estabeleceu uma estratégia de monitorização e avaliação contínuas dos seus resultados, usando um plano PDCA (*Plan Do, Check Act*).

O planeamento assenta no cronograma anual de avaliação de indicadores trimestralmente (Barómetro). Em Conselho Geral são discutidos os resultados, bem como, as medidas corretoras que possam vir a ser implementadas. É feita também uma distribuição dos indicadores e respetivo BI pelos profissionais de equipas nucleares dedicadas à respetiva área clínica, tendo por objetivo a mudança de comportamentos e verificação de resultados.

Conclusão

A USF CelaSaúde tem como principal foco os seus utentes, trabalhando continuamente com a finalidade de responder às necessidades de cada cidadão.

A instituição ambiciona melhorar permanentemente a qualidade dos serviços que presta. Para isso, são analisados os indicadores que mostram a forma como a Unidade, em geral, e cada profissional, em particular, atuam de modo a atingir o principal objetivo.

A todo este processo está também ligada a área da gestão, que tem um papel crucial na prestação de Cuidados de Saúde Primários.

As principais unidades curriculares que integraram o curso que me ajudaram na realização da análise dos indicadores foram Marketing e Comportamento Organizacional.

Para que a USF atinja os seus objetivos é muito importante a contribuição dos seus profissionais. Por isso, com a análise dos indicadores consegue perceber-se quais os valores referentes a cada profissional, ou seja, quais os elementos que estão acima dos valores desejados e, em contrapartida, aqueles que estão abaixo.

Neste sentido, após a avaliação dos resultados, é debatido, em Conselho Geral, o que falhou, quais as alternativas a adotar para melhorar os resultados e são distribuídos os indicadores assim como o respetivo BI pelos profissionais responsáveis pelas respetivas áreas nucleares (exemplo, saúde infantil, Diabetes, etc.).

A USF CelaSaúde tem uma excelente capacidade de organização no que se refere a todo este processo e o trabalho em equipa é um dos principais fatores que contribui para este resultado.

A realização do estágio foi muito importante para mim, uma vez que me permitiu ter um primeiro contacto com o mundo profissional e, além disso, ajudou-me a perceber também qual o impacto da área da gestão nos Cuidados de Saúde Primários.

Bibliografia:

- FILISTRUCCHI, L. e OZBUGDAY, F. C., 2012. *Mandatory Quality Disclosure and Quality Supply: Evidence From German Hospital*. Alemanha. pp. 2-3; 8-9.
- REITER, A. et al., 2011. *Selection of hospital quality indicators for public disclosure in Germany*. Alemanha. p. 45
- RENZI, Cristina et al., 2014. *Does public reporting improve the quality of hospital care for acute myocardial infarction? Results from a regional outcome evaluation program in Italy*. Roma. pp. 223-224

Bibliografia WEB

- Direção Geral da Saúde, 2019. *Indicadores de Qualidade*
<https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/monitorizacao.aspx> (23 de dezembro de 2019)
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2019. *Operacionalização da contratualização nos cuidados de saúde primários para 2019*
http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/02/20190214_Operacionalizacao_CSP_2019_vf.pdf (18 de dezembro de 2019)
- Gestão de Qualidade, 2020. *ISO 9000*
<https://gestao-de-qualidade.info/iso-9000.html> (1 de maio de 2020)
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2017. *Bilhete de identidade dos indicadores dos cuidados de saúde primários para o ano de 2017*
http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf (19 de novembro de 2019)
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2019. *Guia para aplicação do diagnóstico de desenvolvimento organizacional nos cuidados de saúde primários – DiOr - CSP – versão 2019*
<http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Guia-de-Aplicacao-da-Grelha-DiOr-outubro-2019.pdf> (25 de outubro de 2019)

Legislação:

- Portaria nº 153/2017, “D.R.” 1.ª série — N.º 86 (4 de maio de 2017)
2204
- Despacho nº5739/2015, “D.R.” 2ª série – N.º 104 (29 de maio de 2015)
13878
- Despacho nº 11374/2011, “D.R.” 2ª série – N.º 172 (7 de setembro de 2011) 36308
- Despacho nº32042/2008, “D.R.” 2ª série – N.º 242 (16 de dezembro de 2008) 50271
- Decreto-Lei nº73/2017, “D. R” 1ª série – N.º 118 (21 de junho de 2017)
3128

Anexo I – Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
330	Índice de utilização anual de consultas médicas	Acesso Cobertura ou Utilização
331	Índice de utilização anual de consultas enfermagem	Acesso Cobertura ou Utilização
6	Taxa de utilização de consultas médicas – 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
99	Taxa utilização consultas de enfermagem – 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
3	Taxa de domicílios médicos por 1000 inscritos	Acesso Cobertura ou Utilização
1	Proporção de consultas realizadas pelo MF	Acesso Cobertura ou Utilização
5	Proporção de consultas realizadas pelo EF	Acesso Cobertura ou Utilização
335	Prop. cons. ind. receipt. c/ resposta 3 dias úteis	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
342	Proporção cons. méd. inic. Utente < 15 dias úteis	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
344	Prop. cons. méd. realizadas no dia agendam.	Acesso Consulta no próprio dia
345	Prop. cons. enfer. realiz. no dia do agendam.	Acesso Consulta no próprio dia
339	Taxa anual ajustada episódios urgência hospital	Acesso Consulta no próprio dia
410	Taxa ajustada útil. freq. urgência hospitalar	Acesso Consulta no próprio dia
346	Prop. cons. realiz. intervalo (8:11)h (Q1)	Acesso Distribuição das consultas presenciais no dia
347	Prop. cons. realiz. intervalo (11:14) h (Q2)	Acesso Distribuição das consultas presenciais no dia
348	Prop. cons. realiz. intervalo (14:17)h (Q3)	Acesso Distribuição das consultas presenciais no dia
349	Prop. cons. realiz. intervalo (17:20)h (Q4)	Acesso Distribuição das consultas presenciais no dia
14	Prop. RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil

93	Prop. crianças 2 anos c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
94	Prop. crianças com 7 anos c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
95	Prop. jovens c/ 14 anos c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
11	Prop. gráv. c/ cons. méd. vigil. 1º trim.	Gestão da Saúde – Saúde da Mulher
307	Prop. gráv. c/ ecografia 1º trim.	Gestão da Saúde – Saúde da Mulher
295	Prop. puérp. 5+ cons. vigil. enfer. gráv. e c/ RP	Gestão da Saúde – Saúde da Mulher
45	Prop. mulheres (25-60) anos c/ rastr. C. Colo do Útero	Gestão da Saúde – Saúde da Mulher
98	Prop. utentes >= 25 anos c/ Vacina Tétano	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
46	Prop. utentes c/ (50-75) anos c/ rastreio cancro colo do reto	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
262	Prop. utentes c/ avaliação risco DM2 (3A)	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
294	Taxa domicílios enfer. por 1000 inscritos idosos	Gestão da Saúde – Saúde do Idoso
297	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
30	Prop. idosos ou doença crónica c/ vac. gripe	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
261	Prop. utentes DM c/ registo risco úlcera pé	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
39	Prop. DM c/ última HgA1c <= 8,0%	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
274	Prop. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
275	Prop. novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
350	Custo c/ terap. do doente c/ Diabetes Mellitus	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
351	Custo c/ terap. doente c/ Diabetes Mellitus controlado	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
20	Prop. hipertensos < 65 anos c/ PA < 150/90	Gestão da Doença Hipertensão Arterial

352	Custo c/ terap. do doente c/ HTA	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
353	Custo c/ terap. do doente c/ HTA controlada	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
49	Prop. utentes c/ DPOC c/ FEV1 em 3 anos	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
365	Taxa internam. evitáveis popul. adulta (ajust)	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
341	Despesa PVP med. pres. Compart. p/ insc. padrão	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
276	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
255	Prop. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
257	Propor. cefalosp. Entre antib. fatur. (embal.)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
259	Propor. coxibes entre AINEs faturados (DDD)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
354	Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	Qualificação da Prescrição Prescrição MCDT's
389	Score dimensão "serviços de carácter assistencial"	Serviços de Carácter Assistencial Serviços de Carácter Assistencial
390	Score dimensão "serv. não assis. gov. clin. ACES"	Serviços de Carácter não Assistencial Atividades de Governação Clínica no ACES
391	Score dimensão "melhoria contín. da qualid. acesso"	Melhoria Contínua da Qualidade Acesso
392	IDS da dimensão "melhoria contínua da qualidade e PAI"	Melhoria Contínua da Qualidade Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
393	Score dimensão "formação equipa multiprofissional"	Formação Interna Formação da Equipa Multiprofissional
394	Score dimensão "formação internos e alunos"	Formação Interna Formação de Internos e Alunos

Fonte: ACSS, 2019

Anexo II – Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional sem impacto no cálculo do IDG

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea Dimensão
2	Taxa de utilização global de consultas médicas	Acesso Cobertura ou Utilização
100	Taxa utiliz. cons. méd. ou enferm. – 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
385	Prop. doentes referenc. p/ hosp. devolvidos	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
386	Tempo médio resolução referências devolvidas	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
345	Prop. cons. enferm. realiz. no dia do agendamento	Acesso Consulta no Próprio Dia
412	(Cons. dia UF insc.) / (cons. dia) + (urgência)	Acesso Consulta no Próprio Dia
15	Prop. RN c/ domicílio enferm. até 15º dia de vida	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
57	Prop. RN c/ TSHPKU realizado até ao 6º dia	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
16	Prop. crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. – 1º ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
59	Prop. crianças 2 anos c/ peso e altura 1 ano	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
17	Prop. crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2 anos	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
31	Prop. crianças 7 anos c/ peso e altura (5;7) anos	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
32	Prop. jovens 14 anos c/ peso e altura (11; 14) anos	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
384	Prop. RN cuja mãe tem registo de gravidez	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
308	Prop. grávidas c/ ecografia 2º trimestre	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
309	Prop. grávidas c/ ecografia 3º trimestre	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
310	Índice realização exames laborat. 1º trim. de gravidez	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
311	Índice realização exames laborat. 2º trim. de gravidez	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
312	Índice realização exames laborat. 3º trim. de gravidez	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
296	Prop. agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enferm.	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
9	Taxa utilização de consultas de PF (enf)	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
10	Taxa utilização de consultas de PF (méd)	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
47	Prop. utentes >= 14 anos c/ reg. hábit. tabágic.	Gestão da Saúde Saúde do Adulto

53	Prop. utentes c/ >= 14 anos c/ registo consumo de álcool	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
382	Prop. adultos c/ DM com diagnóstico	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
35	Prop. DM c/ exame pés último ano	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
37	Prop. DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
38	Prop. DM c/ 1 HgA1c por semestre	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
91	Prop. DM < 65 anos c/ HgA1c <= 6.5%	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
97	Prop. DM c/ microalbum. Último ano	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
383	Prop. adultos c/ HTA, c/ diagnóstico	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
18	Prop. de hipertensos c/ DMC (12 meses)	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
19	Prop. de hipertensos c/ PA em cada semestre	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
316	Prop. de hipertensos (18; 65) anos c/ PA < 140/90	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
23	Prop. de hipertensos c/ risco CV (3A)	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
380	Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. crón., c/ diagnóstico	Gestão da Doença Doença Aparelho Respiratório
381	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, c/ diagnóstico	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
54	Prop. utentes consum. álcool c/ cons. 3A	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
277	Prop. fumadores c/ cons. relac. tabaco 1A	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
379	Prop. PVP medicam. prescr. MF em UF diferentes	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
378	Prop. PVP medicam. prescr. MF contexto privado	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
278	Prop. medicam. prescr. de classes com genéricos	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
380	Prop. adultos com asma/DPOC/bronq. crónica com diagnóstico	Melhoria Contínua da Qualidade Programas de Melhoria Contínua da Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
381	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade c/ diagnóstico	Melhoria Contínua da Qualidade Programas de Melhoria Contínua da Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
382	Prop. adultos c/ DM c/ diagnóstico	Melhoria Contínua da Qualidade Programas de Melhoria Contínua da Qualidade e Processos Assistenciais Integrados

383	Prop. adultos c/ HTA c/ diagnóstico	Melhoria Contínua da Qualidade Programas de Melhoria Contínua da Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
384	Prop. RN cuja mãe tem registro de gravidez	Melhoria Contínua da Qualidade Programas de Melhoria Contínua da Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
378	Prop. PVP medicam. prescr. MF em contexto privado	Melhoria Contínua da Qualidade Programas de Melhoria Contínua da Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
379	Prop. PVP medicam. prescr. MF em UF diferentes	Melhoria Contínua da Qualidade Programas de Melhoria Contínua da Qualidade e Processos Assistenciais Integrados

Fonte: ACSS, 2019

Anexo III – TMRG no acesso a cuidados de saúde no SNS

Situação	TMRG
<p>1 - Cuidados de Saúde Primários:</p> <p>1.1 - Cuidados de saúde prestados na UF do ACES, a pedido do utente, família, entidades formais ou informais</p> <p>1.1.1 - Motivo relacionado com doença aguda</p>	Atendimento no próprio dia do pedido
1.1.2 – Motivo não relacionado com doença aguda	15 dias úteis contados da receção do pedido
<p>1.2 - Cuidados de saúde prestados na UF do ACES, a pedido de outras UF do ACES, dos serviços hospitalares, do Centro de Contacto do SNS ou das equipas e unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)</p> <p>1.2.1 – Motivo relacionado com doença aguda</p>	Atendimento no próprio dia do pedido
1.2.2 – Motivo não relacionado com doença aguda	30 dias úteis contados da receção do pedido
<p>1.3 - Necessidades expressas a serem resolvidas de forma indireta:</p> <p>1.3.1 – Renovação de medicação em caso de doença crónica</p>	72 horas contadas da receção do pedido
1.3.2 – Relatórios, cartas de referenciação, orientações e outros documentos escritos (na sequência de consulta médica ou de enfermagem)	72 horas contadas da receção do pedido
1.4 – Consultas programadas pelos profissionais da UF do ACES	Sem TMRG geral aplicável; dependente da periodicidade definida nos programas

	nacionais de saúde e/ou da avaliação do clínico
1.5– Consulta no domicílio 1.5.1 – A pedido do utente, familiares ou cuidadores formais ou informais	24 horas contadas da receção do pedido, se a justificação do pedido for aceite pelo profissional
1.5.2 – Programadas pelos profissionais da UF	De acordo com o plano de cuidados previsto
2– Primeira consulta de especialidade hospitalar 2.1 - Primeira consulta de especialidade hospitalar referenciada pelas UF do ACES 2.1.1 – De realização «muito prioritária» de acordo com a avaliação da triagem hospitalar	30 dias seguidos contados do registo do pedido da consulta efetuado pelo médico assistente da UF do ACES
2.1.2 – De realização «prioritária» de acordo com a avaliação da triagem hospitalar	60 dias seguidos contados do registo do pedido da consulta efetuado pelo médico assistente da UF do ACES
2.1.3 – De realização com prioridade «normal» de acordo com a avaliação em triagem hospitalar	120 dias seguidos contados do registo do pedido da consulta efetuado pelo médico assistente da unidade funcional do ACES
2.2 – Primeira consulta em situação de doença oncológica suspeita ou confirmada 2.2.1 – Prazo máximo para os profissionais da UF do ACES efetuar a referenciação hospitalar 2.2.1.1 – Urgência diferida nível 4	Encaminhamento para urgência ou unidade de atendimento permanente

2.2.1.2 – Restantes níveis de prioridade	24 horas contadas da recepção do pedido
2.2.2 - Prazo máximo para realização da primeira consulta de especialidade hospitalar	
2.2.2.1 – Urgência diferida (nível 4)	Imediato
2.2.2.2 – Muito prioritária (nível 3)	7 dias seguidos contados da recepção do pedido da consulta
2.2.2.3 – Prioritária (nível 2)	15 dias seguidos contados da recepção do pedido da consulta
2.2.2.4 – Prioridade normal (nível 1)	30 dias seguidos contados da recepção do pedido de consulta
2.3 – Primeira consulta em situação de doença cardíaca suspeita ou confirmada	
2.3.1 – Prazo máximo para os profissionais da UF do ACES efetuar a referência hospitalar	
2.3.1.1 – Urgência (nível 3)	Encaminhamento para o serviço de urgência
2.3.1.2 – Restantes níveis de prioridade	24 horas contadas da recepção do pedido
2.3.2 – Prazo máximo para realização da primeira consulta de especialidade hospitalar de Cardiologia	
2.3.2.1 – Urgência (nível 3)	Imediato
2.3.2.2 – Doentes prioritários (nível 2)	15 dias seguidos contados da recepção do pedido de consulta
2.3.2.3 – Doentes eletivos (nível 1) (outras patologias com potencial indicação cirúrgica)	30 dias seguidos contados da recepção do pedido de consulta
3– Avaliação para realização de planos de cuidados de saúde programados	
3.1 – Urgência diferida (prioridade 4)	

	24 horas contadas do 1º contacto com a instituição
3.2 – Muito prioritário (prioridade 3)	7 dias seguidos contados da 1ª consulta de especialidade
3.3 – Prioritário (prioridade 2)	30 dias seguidos contados da 1ª consulta de especialidade
3.4 – Normal (prioridade 1)	60 dias seguidos contados da 1ª consulta de especialidade
4 – Realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT):	
4.1 – Cateterismo cardíaco	30 dias seguidos contados da indicação clínica
4.2 – Pacemaker cardíaco	30 dias seguidos contados da indicação clínica
4.3 – Exames de Endoscopia Gastroenterológica	90 dias seguidos contados da indicação clínica
4.4 – Exames de Medicina Nuclear	30 dias seguidos contados da indicação clínica
4.5 – Exames de Tomografia Computorizada	90 dias seguidos contados da indicação clínica
4.6 – Ressonâncias Magnéticas	90 dias seguidos contados da indicação clínica
4.7 – Angiografia diagnóstica	30 dias seguidos contados da indicação clínica
4.8 – Tratamentos de Radioterapia	15 dias seguidos contados da indicação clínica
4.9 – Restantes MCDT integrados e em programas de seguimento	A realizar dentro do TMRG definido para a realização do plano de cuidados programados em que se insere a necessidade de realização de MCDT

5 – Realização de procedimentos hospitalares cirúrgicos programados: 5.1 – Procedimentos hospitalares cirúrgicos programados: 5.1.1 – Urgência diferida (nível 4)	72 horas contadas da indicação cirúrgica
5.1.2 – Muito prioritária (nível 3)	15 dias seguidos contados da indicação cirúrgica
5.1.3 – Prioritária (nível 2)	60 dias seguidos contados da indicação cirúrgica
5.1.4 – Prioridade normal (nível 1)	180 dias seguidos contados da indicação cirúrgica
5.2 – Procedimentos hospitalares cirúrgicos programados na doença oncológica: 5.2.1 – Urgência diferida (nível 4)	72 horas contadas do 1º contacto com a instituição
5.2.2 – Muito prioritário (nível 3)	15 dias seguidos contados da indicação cirúrgica
5.2.3 – Prioritária (nível 2)	45 dias seguidos contados da indicação cirúrgica
5.2.4 – Prioridade normal (nível 1)	60 dias seguidos contados da indicação cirúrgica
5.3 – Procedimentos hospitalares cirúrgicos programados na doença cardíaca: 5.3.1 – Muito prioritário (nível 3)	15 dias seguidos contados da indicação cirúrgica
5.3.2 – Prioritário (nível 2)	45 dias seguidos contados da indicação cirúrgica
5.3.3 – Prioridade normal (nível 1)	90 dias seguidos contados da indicação cirúrgica

<p>6. Entidades com acordos e contratos de convenção:</p> <p>6.1. Consultas, cirurgia, meios complementares de diagnóstico e terapêutica</p>	<p>O tempo de resposta que conste no contrato de convenção e nos regulamentos aplicáveis</p>
<p>7. Entidades com contratos no âmbito da RNCCI:</p> <p>7.1 – Equipas e unidades de ambulatório e internamento</p>	

Fonte: Portaria nº 153/2017, de 4 de maio

Anexo IV - Indicadores: Intervalos esperados e Variações aceitáveis

ID	Indicador	Varição aceitável	Intervalo esperado
1	Prop. cons. real. pelo MF	75-78 e 88-90	78-88
2	Taxa de útil. global cons. Médicas	65-70 e 85-90	70-85
3	Taxa de domic. méd. p/ 1000 inscritos	12-18 e 35-40	18-35
5	Prop. cons. real. p/ EF	60-65 e 83-86	65-83
6	Taxa util. cons. méd. - 3 anos	80-85 e 95- 100	85-95
9	Taxa util. cons. PF (enf)	30-42 e 75-80	42-75
10	Taxa util. cons. PF (méd)	35-45 e 55-65	45-55
11	Prop. gráv. c/ cons. méd. vigil. 1º trimestre	70-75	75-100
14	Prop. RN c/ cons. méd vigil. até 28 dias de vida	85-95	95-100
15	Prop. RN c/ domic. enf até 15º dia de vida	30-50	50-100
20	Prop. hipertensos <65 anos c/ PA < 150/90	50-67	67-100
30	Prop. idosos ou doença crónica c/ vac. gripe	50-55	55-100
39	Prop. DM c/ última HgbA1c <= 8.0%	50-60	60-100
40	Prop. DM c/ exame oftalmológico último ano	50-60	60-100
44	Prop. mulheres (50-70) anos c/ mamografia (2 anos)	50-57 e 80-85	57-80
45	Prop. mulheres (25-60) anos c/ rastr. C. Colo út	47-52	52-100
46	Prop. utentes c/ (50-75)A. c/ rastr. cancro CR	47-52	52-100
47	Prop. utentes >=14 A. c/ reg. hábit. tabágic	60-66	66-100
49	Prop. utentes c/ DPOC c/ FEV1 em 3 anos	40-60	60-100
53	Prop. utentes >= 14A. c/ registo consumo álcool	60-66	66-100
54	Prop. utentes consum. álcool c/ cons. 3A	55-70	70-100
57	Prop. RN TSHPKU realizado até ao 6º dia	90-95	95-100
59	Prop. crianças 2 anos c/ peso e altura 1 ano	90-95	95-100

68	Despesa medic. faturados p/ util. (PVP)	155-160	115-155
91	Prop. DM < 65 A. c/ HgbA1c <= 6.5%	25-30 e 55-70	30-55
92	Prop. hipocoagulados controlados na unidade	50-60	60-100
93	Prop. crianças de 2 anos c/ PNV cumprido ou execução	95-98	98-100
94	Prop. crianças de 7 anos c/ PNV cumprido ou execução	95-98	98-100
95	Prop. jovens de 14 anos c/ PNV cumprido ou execução	95-98	98-100
97	Prop. DM c/ microalbun. Último ano	75-80	80-100
98	Prop. utentes >= 25 anos c/ Vacina tétano	85-92	92-100
99	Taxa utilização consultas enferm. – 3 anos	70-75 e 85-90	75-85
100	Taxa útil. cons. méd. ou enferm. – 3 anos	86-91 e 97-100	91-97
255	Prop. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	8-10	0-8
257	Prop. efalosp. entre antib. fatur. (embal.)	5-7	0-5
259	Prop. coxibes entre AINEs faturados (DDD)	12-15	0-12
261	Prop. utentes DM c/ registo risco úlcera pé	75-80	80-100
262	Prop. utentes c/ avaliação risco DM2 (3A)	10-22	22-100
265	Prop. DM vigiado c/ registo risco úlcera pé	50-60	60-100
266	Percent. DM vigiados c/ úlcera ativa no pé	6-9	0-6
267	Índice de acompanhamento adequado em PF nas MIF	0.55-0.6	0.6-1.0
269	Índice de acompanhamento adequado s. infantil 2º ano	0.55-0.6	0.6-1.0
270	Índice de acompanham. adequado em saúde materna	0.55-0.6	0.6-1.0
271	Índice de acompanham. adequado utentes DM	0.55-0.6	0.6-1.0
272	Índice de acompanham. adequado de hipertensos	0.55-0.6	0.6-1.0
274	Prop. DM2 c/ indic. insul. em terap. adequada	75-85	85-100
275	Prop. de novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	60-70	70-100
276	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidibét. orais	36-40	0-36
277	Prop. fumadores c/ cons. relac. tabaco 1A	18-25	25-100
278	Prop. medicam. prescr. de classes c/ genéricos	50-60 e 80-90	60-80

279	Prop. VD enferm. fim de semana e feriado	0-6	6-30
280	Prop. ute. aval. equi. multip. prim. 48h	50-60	60-100
281	Nº médio visitas domic. p/ utente p/ mês	8-10	10-31
282	Prop. turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar	30-100	15-30
283	Prop. criança/jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar	15-30	30-100
284	Prop. utent. c/ alta ECCI c/ objet. Atingidos	60-70	70-100
285	Taxa de efetiv. na prevenção de úlceras pressão	90-100	80-90
287	Taxa de incidência de úlcera pressão na ECCI	6-9	0-6
289	Prop. utent. c/ ganhos no controlo da dor	40-50	50-100
290	Prop. utent. c/ melhoria "depend. autocuid."	50-60	60-100
291	Prop. utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	15-20	0-15
292	Taxa de ocupação da ECCI	70-80	80-100
293	Tempo médio de permanência em ECCI	15-30 e 120-140	30-120
294	Taxa domic. enferm. p/ 1000 inscritos idosos	400-550	550-1650
295	Prop. puérp. 5+ cons. vigil. enf. grav. e c/ RP	70-75	75-100
296	Prop. agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	20-35	35-100
297	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	77-80	80-100
298	Desp. MCDT fat. util. SNS s/ física	10-15 e 50-55	15-50
299	Desp. MCDT fisiat. fat. util. SNS	12-18	0-12
300	Nº médio presc. cons. fisioterapia p/ utiliz.	0.1-0.12	0-0.1
302	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	0.55-0.6	0.6-1
306	Prop. utent. s/ rastreio VIH/SIDA que o efetuaram	6-10 e 25-30	10-25
307	Prop. gráv. c/ ecografia 1º trim.	70-75	75-100
308	Prop. gráv. c/ ecografia 2º trim.	70-75	75-100
309	Prop. gráv. c/ ecografia 3º trim.	40-45	45-100
310	Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	0.7-0.75	0.75-1
311	Índice realização exames laborat. 2º trim. grav	0.7-0.75	0.75-1
312	Índice realização exames laborat. 3º trim. grav	0.7-0.75	0.75-1
313	Prop. DM < 75 anos c/ última HgbA1c > 8.0%	7.5-9	0-7.5
314	Prop. DM c/ PA \geq 140/90 mmHg	15-20	0-15
315	Prop. DM c/ C-LDL < 100 mg/dl	35-45 e 80-90	45-80

316	Prop. hipert. (18-65) anos c/ PA < 140/90	30-40	40-100
329	Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT	50-100	35-50
330	Índice de utilização anual de consultas médicas	0.80-0.85	0.85-2.0
331	Índice de utilização anual consultas enferm.	0.70-0.75	0.75-2.0
335	Prop. cons. ind. receipt. c/ resposta 3 dias úteis	80-85	85-100
339	Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	50-70	0-50
341	Despesa PVP medic. presc. compart. p/ insc. padrão	130-135	90-130
342	Prop. cons. méd. inic. utente <= 15 dias úteis	60-65	65-100
343	Prop. chamadas telefónicas atendidas	70-100	60-70
344	Prop. cons. méd. realizadas no dia do agendam.	15-20 e 35-45	20-35
345	Prop. cons. enf. realizadas no dia do agendam.	15-20 e 55-65	20-55
346	Prop. cons. realiz. no intervalo (8-11)h (Q1)	15-20 e 30-35	20-30
347	Prop. cons. realiz. no intervalo (11-14)h (Q2)	20-22.5 e 32.5-35	22.5-32.5
348	Prop. cons. realiz. intervalo (14-17)h (Q3)	20-22.5 e 32.5-35	22.5-32.5
349	Prop. cons. realiz. intervalo (17-20)h (Q4)	10-15 e 25-35	15-25
350	Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	300-320	120-300
351	Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mell. controlado	300-320	120-300
352	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	90-95	50-90
353	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	100-105	50-100
354	Despesa MCDT presc. p/ insc. padrão	45-50	25-45
355	Taxa internam. p/ asma adultos jovens	2-3.5	0-2
356	Taxa internam. p/ asma/DPOC em adultos (ajust.)	140-165	0-140
357	Taxa internam. diab. não contr. s/ compl. (ajus.)	20-25	0-20
358	Taxa internam. por complic. agudas diab. (ajust.)	20-25	0-20
359	Taxa internam. por complic. crón. diab. (ajust.)	42-47	0-42
360	Taxa internam. p/ amp. membro infer. diab. (ajust.)	10-13	0-10
361	Taxa internam. p/ HTA (ajust.)	20-26	0-20
362	Taxa internam. p/ ICC (ajust.)	255-265	0-255
263	Taxa internam. p/ pneumonia adultos (ajust.)	365-400	0-365

364	Taxa internam. p/ angina peito (ajust.)	15-23	0-15
365	Taxa internam. evitáveis popul. adulta (ajust.)	800-900	0-800
366	Prop. gráv. c/ interv. da UCC	25-35	35-100
367	Prop. utentes c/ ganhos no controlo da dor	60-100	45-60
368	Prop. de crianças e jovens c/ interv. da UCC	7-15	15-100
369	Prop. de cons. não presenciais na UCC	5-10	10-30
370	Prop. de crianças c/ amamentação exclusiva 6M	15-20	20-100
371	Prop. de grávidas c/ parto p/ cesariana	25-30	15-25
372	Taxa de internam. p/ fratura do colo do fémur	0-550	550-810
373	Prop. utentes c/ asma/DPOC e interv. na UCC	10-100	7-10
374	Taxa internam. asma/DPOC entre doentes c/ asma/DPOC	1.6-3.7	0-1.6
375	Prop. de RN de termo, de baixo peso	1.5-2.5	0-1.5
376	Prop. de utentes c/ ganho gestão stress prest. cuid.	50-100	20-50
377	Prop. úlceras pressão melhoradas	40-50	50-100
378	Prop. PVP medicam. presc. MF contexto privado	0.6-1	0-0.6
379	Prop. PVP medicam. presc. MF em UF diferentes	0.6-1	0-0.6
380	Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr. c/ diagnóstico		70-100
381	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, c/ diagn.		60-100
382	Prop. adultos c/ DM c/ diagn.	95-97	97-100
383	Prop. adultos c/ HTA c/ diagnóstico	85-90	90-100
384	Prop. RN cuja mãe tem registo de gravidez	85-90	90-100
385	Prop. doentes referenc. p/ hosp. devolvidos	3-5	0-3
386	Tempo médio resolução referências devolvidas	7-10	0-7
387	Prop. utentes c/ melhorias funcionais	60-100	45-60
388	Prop. utentes c/ melhoria no controlo de sintomas	40-50	50-100
410	Taxa ajustada utiliz. freq. urgência hospit.	3.3-3.6	0-3.3
412	Cons. dia UF inscr. / (cons. dia+ urgência)	60-67.5	67.5-85

Fonte: ACSS, 2019