

UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

METODOLOGIA DE CONTRATUALIZAÇÃO

USF - MODELO A E MODELO B

20 de Janeiro de 2009



Departamentos de Contratualização
Administrações Regionais de Saúde
Ministério da Saúde

ACSS Administração Central
do Sistema de Saúde, IP



missão para os cuidados
de saúde primários

Conteúdo

Contratualização - USF Modelo A e B	7
I – Quando?.....	7
II – O que contratualizar?	8
II A) – Quinze Indicadores da Carteira Básica de Serviços	8
Carteira Adicional.....	9
II B) – Plano de Acompanhamento Interno	10
III - Como avaliar?	10
IV - Quais as consequências?	11
V - Tempos associados	13
Contratualização - USF Modelo B	14
Remuneração dos Médicos.....	14
Compensações pelo desempenho.....	14
Suplemento associado ao aumento das unidades ponderadas.....	15
Suplemento associado à realização de cuidados domiciliários.....	15
Suplemento associado ao alargamento do período de funcionamento	16
Remuneração dos Enfermeiros.....	16
Suplemento associado ao aumento das unidades ponderadas.....	16
Suplemento associado ao alargamento do período de funcionamento	17
Atribuição de incentivos financeiros	17
Remuneração dos Administrativos.....	19
Suplemento associado ao aumento das unidades ponderadas.....	20
Suplemento associado ao alargamento do período de funcionamento	20
Atribuição de incentivos financeiros	20
Anexo I – INDICADORES PARA ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS FINANCEIROS	22



1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E CONTRATUALIZAÇÃO

O Programa do XVII Governo Constitucional reconheceu os Cuidados de Saúde Primários (CSP) como o pilar central do sistema de saúde. Na verdade, os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

A evolução da prestação de cuidados de saúde, caracterizada por uma crescente complexidade técnica, bem como a exigência de multidisciplinaridade na prestação de cuidados de saúde centrados no cidadão, e orientados para a obtenção de ganhos em saúde, tornaram inevitável a reestruturação dos centros de saúde, com especial ênfase para a criação de Unidades de Saúde Familiar (USF).

As USF são pequenas unidades operativas dos Centros de Saúde com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objectivos de acessibilidade, adequação, efectividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços.

O processo de implementação das USF encontra-se estabilizado, iniciando actividade cerca de setenta novas unidades cada ano. Até ao dia 24 de Novembro de 2008 entraram 258 candidaturas através da página da Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

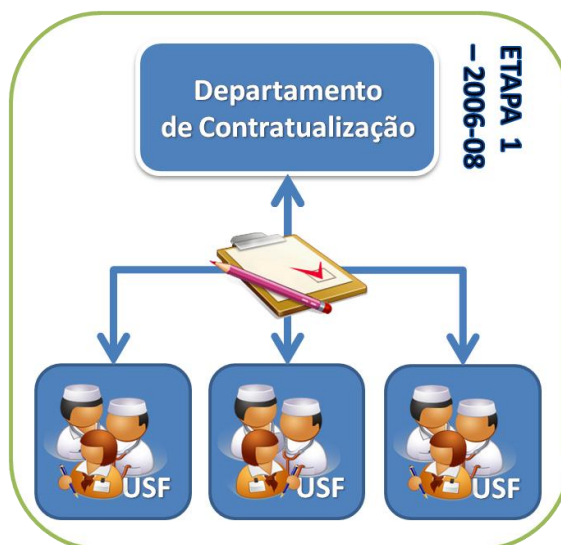
Nem todas as USF estão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de USF (A, B e C) é resultante do grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo, dos incentivos dos profissionais e do modelo de financiamento, bem como do respectivo estatuto jurídico.

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

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

Modelo C. Este modelo tem como característica a existência de um contrato-programa. Podem ser equipas do sector privado, cooperativo ou social. Trata-se de um modelo experimental com carácter supletivo a regular por diploma próprio.

Durante os últimos três anos, a Reforma dos CSP em curso identificou a contratualização com as novas USF um ponto fundamental, indutor de maior responsabilização e exigência, sempre no sentido de alcançar melhores resultados em saúde, com maior eficiência. Aliás, é consensual, entre os promotores da reforma, que não seriam implementadas novas unidades funcionais sem estas terem negociado previamente, com a administração, as suas metas em relação ao acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho económico. Refere-se, aliás, que o processo de contratualização já se iniciou com as USF que começaram a sua actividade até 2 de Outubro de 2006 (inclusive), aplicando-se para estas USF a metodologia de contratualização denominada por Etapa 1. Nesta etapa, uma vez que na reorganização dos CSP em curso, ainda não se iniciou a constituição dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), a contratualização foi praticada entre os Departamentos de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde (DCARS) e as USF.



A metodologia de contratualização concebida para as USF de modelo A, em funcionamento desde 2006, já contemplava a existência de incentivos institucionais para aplicação nas respectivas USF. O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, vem consagrar e ampliar esta possibilidade para todas as USF, independentemente do modelo em que se enquadrem.

Este mesmo diploma prevê a atribuição de incentivos financeiros aos profissionais das USF enquadradas no modelo B, sendo os incentivos dos médicos aferidos pela compensação das actividades específicas, e

os dos restantes profissionais — enfermeiros e pessoal administrativo — integrados na compensação pelo desempenho (Portaria N.º 301/2008 de 18 de Abril).

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

Uma das principais novidades da reforma dos CSP consiste na criação de ACES,, serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica.

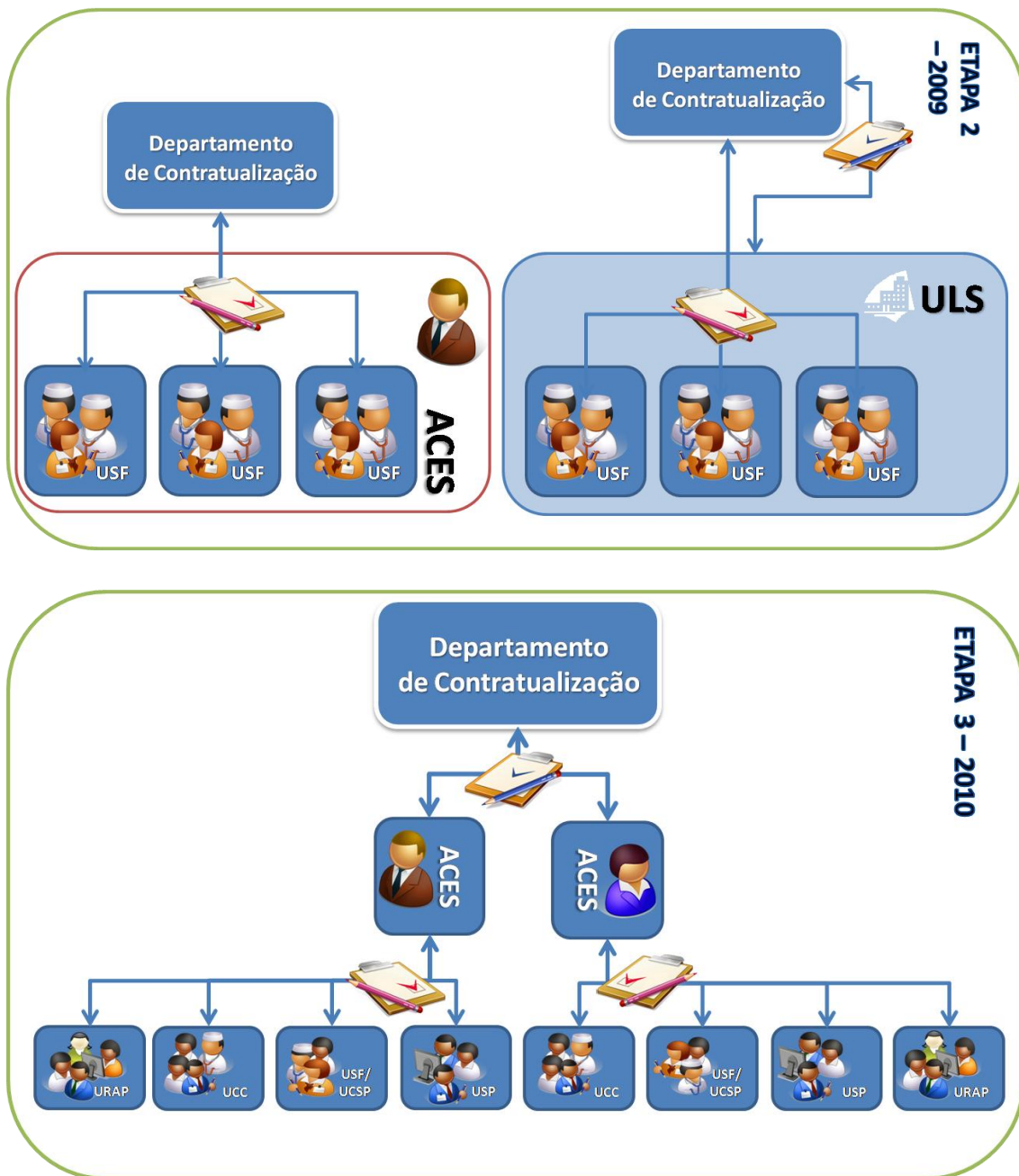
Destas unidades funcionais constam as USF, as unidades de cuidados de saúde personalizados, as unidades de cuidados na comunidade, as unidades de saúde pública e as unidades de recursos assistenciais partilhados, podendo ainda existir outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS). Cada unidade funcional assenta numa equipa multi-profissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES.

Durante o primeiro semestre de 2009, os ACES estarão em fase de instalação pelo que o processo de contratualização deverá ser apenas estabilizado para o ano de 2010. No entanto, importa manter o processo de contratualização com as USF.

Como em anos anteriores, recomenda-se que seja mantida, com a função de observador na reunião de contratualização, um elemento da Equipa Regional de Apoio (ERA), de preferência da equipa que vai fazer o acompanhamento da USF. Adicionalmente, e apesar do processo negocial se manter entre os DCARS e cada USF, o Director Executivo do respectivo ACES deverá ser envolvido activamente no processo de contratualização. Ou seja, o Director Executivo do ACES deverá participar nas reuniões de contratualização e assumir responsabilidade pelo cumprimento dos indicadores contratualizados por cada USF.

Para efeitos de gestão, salienta-se a existência de contratos-programa, enquanto acordos celebrados entre o Director Executivo do ACES e o Conselho Directivo da ARS pelo qual se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objectivos do ACES e os recursos afectados ao seu cumprimento e se fixam as regras relativas à respectiva execução. Assim, numa terceira etapa (2010), o DCARS negociará com o

Director Executivo de cada ACES. Por sua vez, cada Director Executivo deverá iniciar um processo interno de contratualização com cada unidade funcional.



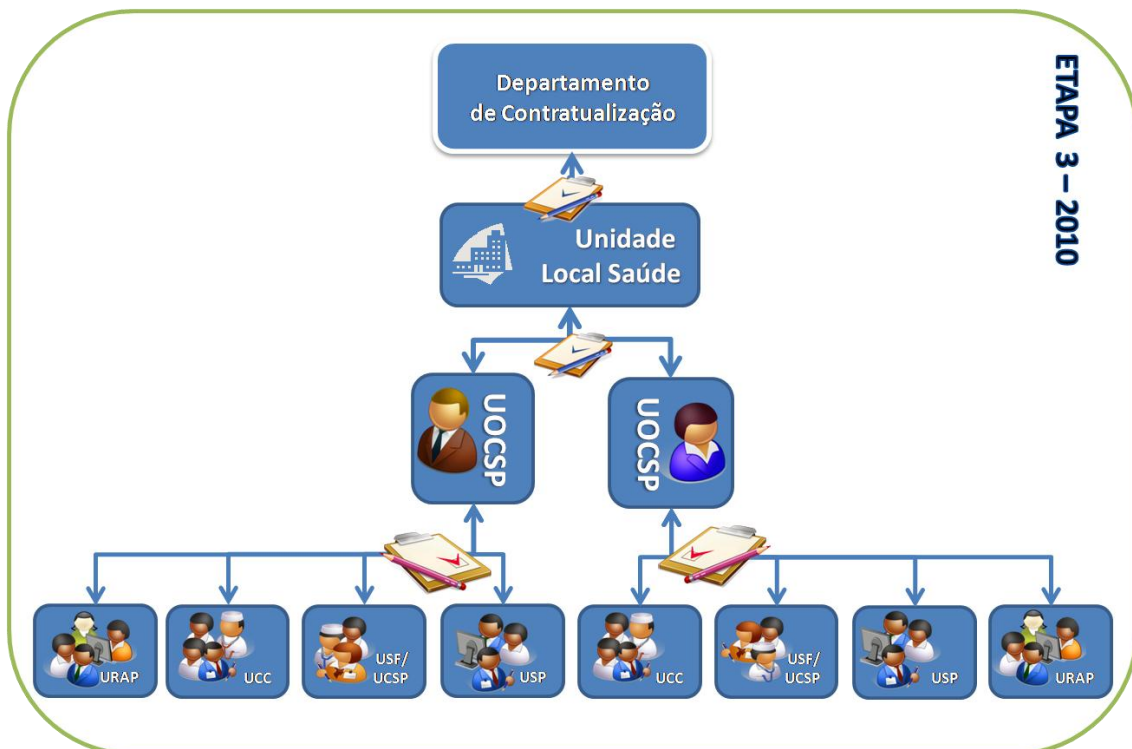
Deverá ainda ser considerada a existência de cinco Unidades Locais de Saúde (ULS). As ULS integram numa única entidade pública, dotada de gestão empresarial, os vários serviços e instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS) existentes numa determinada área geográfica, prestando cuidados de saúde à população residente. As estruturas orgânicas das ULS devem desenvolver a sua acção por centros de responsabilidade que permitam a realização, internamente contratualizada, dos respectivos programas de

actividade com autonomia e responsabilidade, de modo a possibilitar formas de trabalho centradas prioritariamente no doente, de acordo com as boas práticas de gestão clínica. “

O pagamento dos actos e actividades das ULS pelo Estado é feito através de contrato-programa a celebrar com o Ministério da Saúde nos quais se estabelecem os objectivos e metas qualitativas e quantitativas, sua calendarização, os meios e instrumentos para os prosseguir, os indicadores para avaliação do desempenho dos serviços e do nível de satisfação dos utentes e as demais obrigações assumidas pelas partes. Durante o ano de 2009, os objectivos e metas qualitativas e quantitativas incluirão dados dos cuidados de saúde primários, nomeadamente dos indicadores utilizados pelas USF.

Assim, no ano de 2009, cada ULS, através de um representante indigitado pelo seu Conselho de Administração, deverá acompanhar o processo de contratualização com cada USF e fazer reflectir esses indicadores no contrato-programa a acordar com a tutela. Adicionalmente, deverá iniciar um processo interno de monitorização da actividade das suas unidades orgânicas e respectivas unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde primários.

Para 2010, o processo de contratualização deverá passar pela realização de contratos-programa entre a ULS e os DCARS. Por sua vez, as ULS iniciarão um processo de contratualização interna com as Unidades Orgânicas de Cuidados de Saúde Primários (UOCSP), e estas com as suas unidades funcionais (e.g. URAP, UCC, USF, UCSP).



Se, por um lado, a contratualização terá inerente um maior sentido de exigência e de responsabilização dos prestadores, também terá implicações claras para com a administração em saúde, ou seja, esta terá que ter capacidade para identificar as necessidades em saúde, assumir a diferença, avaliar, responsabilizar e diferenciar as boas práticas. Infelizmente, os sistemas de informação ainda não atingiram um grau de maturidade que nos permita monitorizar e actuar em tempo real.

Iles (1997) define três regras fundamentais para gerir pessoas na prestação de cuidados de saúde:

1. Acordar precisamente no que é expectável que os profissionais alcancem;
2. Assegurar que ambos acreditam ter as competências e recursos necessários para atingir os resultados esperados;
3. Dar *feedback* em que pontos estão os resultados a ser ou não alcançados.

Por estes motivos, e com estas condicionantes, **surge a metodologia de contratualização para 2009.**

2. CONTRATUALIZAÇÃO EM 2009

Apresentam-se de seguida as linhas orientadoras para o processo de contratualização de 2009.

Pelo facto de se prever que existam USF que iniciem a sua actividade ao longo do ano de 2009, será ainda necessário utilizar, determinados níveis de contratualização, ou seja:

Apenas as USF que têm **mais de 6 meses de actividade** (que iniciem até 1 de Julho de 2009, inclusive) entram no processo de avaliação para atribuição dos **incentivos institucionais**;

Às USF que iniciem a sua actividade, no decorrer do ano, mas tenham menos de 6 meses de actividade e mais de 3 meses, será aplicado o modelo de contratualização, mas não terão acesso aos incentivos institucionais;

As USF que iniciem a sua actividade no 4º trimestre do ano, apenas poderão contratualizar a carteira adicional de serviços.

Todas as USF deverão ser alvo de um de acompanhamento da carteira básica de serviços e deverão assinar com a ARS uma **Carta de Compromisso**.

O presente modelo de contratualização aplica-se às USF de modelo A e modelo B integrantes de centros de saúde do sector público administrativo.

CONTRATUALIZAÇÃO - USF MODELO A E B

I – QUANDO?

Para as USF que já tiveram o seu processo de contratualização/accompanhamento em 2008, **o processo de contratualização decorrerá nos meses de Janeiro e Fevereiro**.

Para as restantes, **nos 60 dias após a homologação do parecer pela ARS** e preferencialmente antes do início de actividade, a USF será chamada a participar na definição das metas das quatro classes de indicadores da carteira básica (acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho económico) e das metas dos indicadores da carteira adicional de serviços da USF, caso esta exista.

II – O QUE CONTRATUALIZAR?

II A) – QUINZE INDICADORES DA CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS

A matriz de indicadores a utilizar na contratualização com as USF é constituída por 49 indicadores (em anexo), agrupados em quatro grandes áreas: acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho económico.

De modo a flexibilizar e simplificar o processo, **deverão ser contratualizados 15 indicadores**, 13 indicadores comuns a todas as USF, e 2 indicadores acordados, de entre os que se encontram validados pela ACSS. A distribuição dos indicadores é feita com base na seguinte tabela:

Tabela 1. Distribuição dos Indicadores base e a Seleccionar pelas USF

Área	Nº de Indicadores base
Acesso	4
Desempenho Assistencial	8
Qualidade Percebida	1
Desempenho Económico	2

As USF que tenham actividades em carteira adicional de serviços deverão ter pelo menos um indicador de desempenho que permita aferir a carga horária afectada com a produção estimada para cada uma das actividades.

De seguida apresenta-se a tabela 2 onde constam os indicadores base, comuns a todas a USF. Salienta-se que a opção pelos indicadores apresentados se deve à disponibilidade e validação destes indicadores pelos sistemas de informação.

Tabela 2. Indicadores Base – comuns a todas as USF em 2009

Área	Nº AC	N.º SI	Indicador
Acesso	1.4	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família
	1.5.1	3.15	Taxa de utilização global de consultas
	1.7.1	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos
	1.7.2	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos
Desempenho Assistencial	2.1	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos)

	2.2	5.1.2	Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos
	2.5.1	5.4 MOD	Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA1C registada nos últimos doze meses, desde que abranjam dois semestres (considerar apenas diabéticos identificados até 30 de Junho)
	2.6.1	5.10	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos seis meses
	2.7.1	6.1	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos
	2.7.2	6.1	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos
	2.9.2	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias
	2.10.2	6.9	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
Satisfação dos Utentes	3.1.1	-	Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de inquérito --- score final)
Eficiência	4.1.1	7.6	Custo médio de medicamentos prescritos por utilizador
	4.1.2	7.7	Custo médio de MCDTs prescritos por utilizador

A definição das metas depende da negociação a ser efectuada entre a USF e o DCARS e deverá ter em consideração o comportamento dos indicadores na própria USF e nos centros de saúde envolventes. As metas deverão ser definidas em função do número de meses previstos de funcionamento da USF para o ano – será apenas considerado o número de meses completos de actividade. As metas deverão ser exigentes, mas viáveis, baseadas nas melhores práticas, com o fim de garantir que as características inerentes à constituição das USF tragam melhores resultados em saúde, sem colocar em causa a implementação e o desenvolvimento organizacional da equipa.

Nos indicadores de eficiência, e uma vez que ainda existem limitações nos sistemas de informação de suporte ao processo de contratualização, para 2009 serão contratualizados apenas os medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica efectivamente facturados ao SNS, considerando-se o Preço de Venda ao Público (PVP), embora o acompanhamento seja feito igualmente aos valores prescritos.

CARTEIRA ADICIONAL

As carteiras adicionais de serviços a serem contratadas merecem a aprovação do Conselho Directivo da respectiva ARS sob parecer das Equipas Regionais de Acompanhamento (ERA) e dos DC de todas as ARS.

A MCSP publicou na sua página *internet* grelhas referentes à construção de exemplos de carteiras adicionais.

II B) – PLANO DE ACOMPANHAMENTO INTERNO

Paralelamente à contratualização dos indicadores associados à carteira básica de serviços, cada USF deverá iniciar a progressiva implementação de **um plano de acompanhamento interno**, iniciando, assim, um processo de autoavaliação, tendo por fim chegar à acreditação.

O **plano de acompanhamento interno** deverá ser construído com o apoio das ERA, no âmbito do processo de acompanhamento das USF. O referido plano a implementar deverá avaliar o grau de cumprimento de um ou mais procedimentos e as não conformidades associadas.

A ERA deverá verificar a existência e implementação do plano de acompanhamento interno e remeter aos DCARS, anualmente, um relatório resumo, onde explicita o(s) procedimento(s) que estão a ser alvo de auditoria e o grau de execução do referido plano.

III - COMO AVALIAR?

A **monitorização dos indicadores** deverá ser feita trimestralmente, de forma automatizada, isto é, sem trabalho adicional para os elementos da USF. Os DCARS devem enviar trimestralmente mapas de acompanhamento às USF. Sempre que existam incongruências entre os dados da ARS e a USF, e não sejam apurados os motivos de discordância, os dados registados devem ser auditados pelo respectivo DCARS.

Os indicadores que avaliam a satisfação dos utilizadores e dos profissionais, pressupõem a **aplicação de questionários** – modelo nacional, de modo a permitir comparações no território nacional - cuja responsabilidade de execução é da Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

A USF deverá elaborar um relatório de actividades, focalizado no compromisso assistencial contratualizado e concretizado, a remeter ao DCARS. Neste relatório a USF deverá explicitar as razões pelas quais algumas metas possam não ter sido alcançadas, ou os motivos que levaram à superação das metas previstas.

A USF deverá disponibilizar-se para prestar a colaboração necessária à realização de **auditorias e acções de acompanhamento** que venham a ser determinadas pela ARS ou outras entidades para tal mandatadas pelo Ministério da Saúde.

A avaliação do compromisso contratualizado será feita de acordo com a seguinte tabela:

Tabela 3. Métrica de avaliação das metas contratualizadas

Estado	Pontuação	Classes	
		Acessibilidade Desempenho Assistencial Satisfação dos Utentes	Eficiência
Atingido	2	> 90 %	<= 100 %
Quase Atingido	1	[80 %, 90 %]]100 %, 105 %]
Não Atingido	0	< 80 %	> 105 %

O indicador que medirá a satisfação dos utilizadores será avaliado através da aplicação de questionários, da qual resultará um valor final de satisfação.

As metas estabelecidas para os indicadores 2.7.1/6.1 e 2.7.2/6.1 devem ser consideradas não atingidas se os valores obtidos forem inferiores ao estabelecido.

IV - QUAIS AS CONSEQUÊNCIAS?

Do apuramento dos resultados finais da contratualização deverá resultar a atribuição, ou não, de um **Incentivo Institucional**.

Adicionalmente, o não cumprimento dos indicadores propostos poderá, de acordo com regulamentação futura, implicar a passagem de USF Modelo B para Modelo A, ou em último recurso a extinção da USF.

O valor dos incentivos é atribuído na totalidade, nos casos em que se verifique cumulativamente o compromisso nas quatro classes de indicadores, conforme a tabela seguinte:

Classes	Número de indicadores contratualizados	Pontuação máxima possível (100%)	Pontuação mínima a obter (90%)
Acessibilidade	4	8	7
Desempenho assistencial	8	16	14
Satisfação dos utentes	1	2	2
Eficiência	2	4	4

O valor dos incentivos é atribuído a 50% nos casos em que se verifique cumulativamente o compromisso nas quatro classes de indicadores e em que pelo menos um dos indicadores de eficiência é cumprido, conforme a tabela seguinte:

Número de indicadores contratualizados	Pontuação máxima possível (100%)	Pontuação mínima a obter (80%)
15	30	24

As USF que tenham direito ao Incentivo Institucional deverão elaborar um **Plano para a Aplicação do Incentivo**, após terem sido informadas pelas Administrações Regionais de Saúde. O Plano para Aplicação de Incentivos deverá ser remetido para a ARS, sob consulta do Director Executivo do ACES, com conhecimento aos Departamentos de Contratualização.

Caberá às ARS aprovar o Plano de Aplicação de Incentivos, garantindo, assim, a cabimentação orçamental para o valor em causa. Caso o Plano de Aplicação de Incentivos não vá ao encontro da estratégia regional de saúde definida pela ARS, a ARS deverá negociar com a USF, dentro dos prazos previstos, as alterações necessárias no referido plano.

O Plano de Aplicação dos Incentivos deverá traduzir-se, nomeadamente, na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes actividades da carteira de serviços da USF, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional (conforme o nº2, Artº38, do Decreto-Lei 298/2007). Este programa deverá estar preferencialmente enquadrado num programa de melhoria continua.

O valor de incentivos institucionais é definido de acordo com a seguinte tabela, e varia de acordo com as unidades ponderadas (UP) de cada USF:

Número de unidades ponderadas (UP) por USF	Valor dos Incentivos (euros)
<8 500	9 600
8 500 – 15 500	15 200
>= 15 500	20 000

Caso a USF não venha a despendar a totalidade do incentivo a que teve direito até ao *terminus* do ano civil, esta poderá transferi-lo para o ano seguinte.

Caso seja considerado pertinente, por parte da ARS, a USF deverá disponibilizar-se para participar num processo de **acompanhamento externo inter-pares**, numa ou várias áreas de intervenção. Este processo tem como objectivo a promoção de boas práticas entre USF, pretendendo-se potenciar a partilha de conhecimento entre as mesmas. Este processo poderá ser enquadrado no âmbito de outras iniciativas, respeitantes à melhoria contínua da qualidade, que venham a ser promovidas pelo Ministério da Saúde.

Caso exista uma área onde determinada USF se mostre mais fragilizada, ou seja, onde os seus resultados não atinjam níveis satisfatórios, estas poderão ser apoiadas por USF que tenham mostrado bom desempenho nessa mesma área.

V - TEMPOS ASSOCIADOS

Excepcionalmente, para 2009, alargam-se os prazos associados, mantendo-se os prazos para 2010.

A USF elabora o relatório de actividades, focalizado nas metas dos indicadores contratualizados, e proposta de plano de aplicação de incentivos institucionais, que remete ao DCARS respectivo. O relatório de actividades de 2008 deverá ser entregue até 31 de Março, e o de 2009 até dia 15 de Fevereiro de 2010.

A ARS comunica à USF, até 30 de Abril de 2009, a decisão relativa à atribuição de incentivos referentes ao ano civil 2008. A decisão relativa aos incentivos referentes ao ano civil 2009, devem ser comunicados até 28 de Fevereiro de 2010.

A ARS pode, se assim o entender, providenciar a realização de uma auditoria clínica para verificar o cumprimento das metas, que deve estar concluída até 30 de Abril de 2009, no que se refere à carta de compromisso de 2008, e 15 de Março de 2010, no que se refere ao actual processo de contratualização. Sempre que se inicie uma auditoria, o processo de atribuição de incentivos deve ser suspenso durante os 30 dias posteriores à data de decisão da sua realização.

Também no que se refere ao processo de 2008, até 31 de Março, a ARS aprova o plano de aplicação de incentivos institucionais remetido, ou negocia com a USF a sua aplicação em consonância com a estratégia regional de saúde. Para o processo de 2009, a ARS aprova o plano de aplicação de incentivos institucionais remetido, ou negocia com a USF a sua aplicação, em consonância com a estratégia regional de saúde, até 28 de Fevereiro de 2010.

CONTRATUALIZAÇÃO - USF MODELO B

As USF de modelo B são unidades funcionais com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efectiva e em que os profissionais estão dispostos a aceitar um nível de contratualização de **patamares de desempenho mais exigentes**.

Às USF modelo B são atribuídos incentivos institucionais (de acordo com princípios explicitados para as USF modelo A) e incentivos financeiros aos profissionais.

Os incentivos atribuídos aos médicos são aferidos pela compensação das actividades específicas e os dos restantes profissionais — enfermeiros e pessoal administrativo — integrados na compensação pelo desempenho.

A atribuição de incentivos aos profissionais das USF é regulada pelo Decreto-lei nº 298/2007, de 22 de Agosto, pela Portaria n.º 301/2008 de 18 de Abril, clarificados pelo “Regulamento para Cálculo das Remunerações dos Profissionais Integrados em Unidades de Saúde Familiar de Modelo B, homologado pelo Sr. Secretário de Estado da Saúde a 23 de Abril de 2008.

REMUNERAÇÃO DOS MÉDICOS

A remuneração mensal dos médicos das USF integra uma remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho. São considerados os seguintes suplementos: (1) suplemento associado ao aumento das unidades ponderadas; (2) suplemento da realização de cuidados domiciliários; (3) suplemento associado às unidades contratualizadas do alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial. Acresce ainda um suplemento remuneratório para o Coordenador da USF, no valor de 910€, e um suplemento para o orientador de formação do internato complementar de medicina geral e familiar, no valor de 520€.

COMPENSAÇÕES PELO DESEMPENHO

A compensação pelo desempenho integra a compensação associada ao desenvolvimento das actividades específicas e a compensação associada à carteira adicional de serviços, quando contratualizada.

Sempre que não exista base para o cálculo das unidades ponderadas das actividades específicas (24 meses de histórico) dos médicos associados ao desempenho, e respectiva qualidade assistencial, deve ser considerada a atribuição de oito unidades contratualizadas (UC) por médico. Ou seja, o equivalente a um máximo de 1.040€/médico.

SUPLEMENTO ASSOCIADO AO AUMENTO DAS UNIDADES PONDERADAS

A lista de utentes inscritos por cada médico tem uma dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas, a que correspondem, em média, 1550 utentes de uma lista padrão nacional. As unidades ponderadas referidas no número anterior obtêm -se pela aplicação dos seguintes factores:

- O número de crianças dos 0 aos 6 anos de idade é multiplicado pelo factor 1,5;
- O número de adultos entre os 65 e os 74 anos de idade é multiplicado pelo factor 2;
- O número de adultos com idade igual ou superior a 75 anos é multiplicado pelo factor 2,5.

A dimensão ponderada dos utentes inscritos na USF e da lista de utentes por médico é actualizada trimestralmente no primeiro ano de actividade na USF e anualmente nos anos seguintes.

Dimensão ponderada da lista por médico		N.º de UC a receber	Valor mensal a receber (euros)
De...	Até...		
	1917	+0	
1918	1972	+1	234
1973	2027	+2	468
2028	2082	+3	702
2083	2137	+4	936
2138	2192	+5	1170
2193	2247	+6	1404
2248	2302	+7	1534
2303	2357	+8	1664
2358		+9	1794

Os médicos, cuja lista de utentes não atinja a dimensão mínima de unidades ponderadas de 1917, têm direito à remuneração da respectiva categoria e escalão do seu regime de trabalho durante os primeiros seis meses de actividade nas USF.

SUPLEMENTO ASSOCIADO À REALIZAÇÃO DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Este suplemento é calculado com base na seguinte tabela e fórmula de cálculo.

Número de visitas Domiciliárias a remunerar	Valor mensal a receber (euros)
De 1 a 20	De 30 a 600

O cálculo considera a realização de menos de 20 domicílios mensais ou mais de 20 domicílios inclusive:

- a) <20 Domicílios/ mês/ médico, cada visita domiciliária é remunerada a 30€
- b) ≥20 Domicílios/mês/ médico, é estabelecido um tecto máximo de 600€/mês/médico

SUPLEMENTO ASSOCIADO AO ALARGAMENTO DO PERÍODO DE FUNCIONAMENTO

O suplemento associado ao alargamento do período de funcionamento é devido ao grupo de médicos, dividido igualmente por todos, sendo paga, mensalmente, a cada médico a respectiva quota-parte, segundo exemplos da seguinte tabela:

	Dias Úteis	Sábados, Domingos	Ferriados
	1 hora de alargamento semanal = 1UC		
Médicos	1UC = 180,00€	1UC = 235,00€	1UC x 0.269=63,23€

REMUNERAÇÃO DOS ENFERMEIROS

A remuneração mensal devida aos enfermeiros das USF integra uma remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho. A remuneração base corresponde à remuneração da respectiva categoria e escalão, em regime de tempo completo.

São considerados os seguintes suplementos: (1) suplemento associado ao aumento das unidades ponderadas; (2) suplemento associado às UC do alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial, quando contratualizado.

Acresce ainda a atribuição anual de incentivos financeiros.

As componentes previstas são devidas ao grupo de enfermeiros, divididas igualmente por todos, sendo paga, mensalmente, a cada enfermeiro, a respectiva quota-parte.

SUPLEMENTO ASSOCIADO AO AUMENTO DAS UNIDADES PONDERADAS

A dimensão ponderada dos utentes inscritos na USF e o cálculo do suplemento respectivo é actualizado trimestralmente, no primeiro ano de actividade na USF, e nos anos seguintes em 31 de Dezembro de cada ano.

Dimensão ponderada do número de utentes por enfermeiro		N.º de UC a receber	Valor mensal a receber (euros)
De...	Até...		
	1917	+0	
1918	1972	+1	100
1973	2027	+2	200
2028	2082	+3	300
2083	2137	+4	400
2138	2192	+5	500
2193	2247	+6	600
2248	2302	+7	700
2303	2357	+8	800
2358		+9	900

SUPLEMENTO ASSOCIADO AO ALARGAMENTO DO PERÍODO DE FUNCIONAMENTO

O suplemento associado ao alargamento do período de funcionamento é devido ao grupo de enfermeiros, segundo exemplos da seguinte tabela:

	Dias Úteis	Sábados, Domingos	Feridos
	1 hora de alargamento semanal = 1UC		
Enfermeiros	1UC = 89,00€	1UC = 115,00€	1UC x 0.269=30,94€

ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS FINANCEIROS

A atribuição de incentivos financeiros depende da concretização de metas contratualizadas referentes a actividades decorrentes de (I) vigilância de mulheres em planeamento familiar e (II) grávidas, de vigilância de (III e IV) crianças do nascimento até ao segundo ano de vida, de vigilância de (V) diabéticos e de (VI) hipertensos.

O valor máximo anual dos incentivos financeiros a distribuir, por enfermeiro é de € 3.600.

Tabela 4. Critérios para a atribuição de incentivos financeiros

Área	N.º SI	Indicador
I	3.22 MOD	Taxa de utilização de consultas de enfermagem em planeamento familiar
	5.2 MOD	Percentagem de mulheres entre os 25 -49 anos vigiadas na USF com colpocitologia actualizada
II	4.22	Número médio de consultas de enfermagem em saúde materna
	6.4	Percentagem de grávidas com revisão de puerpério efectuada
	4.33	Percentagem de visitas domiciliárias realizadas a puérperas vigiadas na USF durante a gravidez
III	6.13	Percentagem de diagnósticos precoces (TSHPKU) realizados até ao 7.º dia de vida do recém-nascido
	4.34 MOD	Percentagem de visitas domiciliárias realizadas a recém-nascidos até aos 15 dias de vida
	4.9 MOD	Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos 0 aos 11 meses
IV	4.10	Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos 12 aos 23 meses
	5.13 MOD	Percentagem de inscritos com peso e altura registado nos últimos 12 meses
	6.1	Percentagem de crianças com 2 anos com PNV actualizado
V	6.19	Percentagem de diabéticos abrangidos pela consulta de enfermagem
	6.16	Percentagem de diabéticos com gestão do regime terapêutico ineficaz
	5.7	Percentagem de diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado no ano
VI	5.10	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial em cada semestre
	5.13 MOD	Percentagem de hipertensos com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses
	6.2 MOD	Percentagem de hipertensos com vacina antitetânica actualizada

O apuramento dos incentivos financeiros obtém-se segundo a seguinte métrica de avaliação:

Tabela 5. Métrica de avaliação das metas contratualizadas para atribuição de incentivos financeiros

Estado	Pontuação por Actividade	Indicador
Atingido	2	> 90 %
Quase Atingido	1	[80 %, 90 %]
Não Atingido	0	< 80 %

O valor dos incentivos é atribuído, na sua totalidade, nos casos em que se verifique o seguinte cumprimento das metas nos 17 indicadores de desempenho. Excepcionalmente, a meta estabelecida para o indicador 2.7.2/6.1 deve ser considerada não atingida se o valor obtido for inferior ao estabelecido.

Número de indicadores de desempenho contratualizados	Pontuação máxima possível (100 %)	Pontuação mínima a obter (90 %)
17	34	30

O valor dos incentivos é atribuído a 50 %, nos casos em que se verifique o seguinte cumprimento das metas nos 17 indicadores de desempenho:

Número de indicadores de desempenho contratualizados	Pontuação máxima possível (100 %)	Pontuação mínima a obter (90 %)
17	34	25

Por motivos de definição e monitorização do indicador 6.16, e se não for possível obter viabilidade do mesmo até 30 de Abril de 2009, propõe-se que seja considerado atingido para efeitos de atribuição de incentivos financeiros.

Caso haja lugar à atribuição de incentivos financeiros, a ARS procede à sua entrega aos enfermeiros, até 31 de Março de 2010.

REMUNERAÇÃO DOS ADMINISTRATIVOS

A remuneração mensal devida ao pessoal administrativo das USF integra uma remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho. A remuneração base integra a remuneração da respectiva categoria e escalão, em regime de tempo completo.

São considerados os seguintes suplementos: (1) suplemento associado ao aumento das unidades ponderadas e (2) suplemento associado às UC do alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial, quando contratualizado.

Acresce ainda a atribuição anual de incentivos financeiros.

As componentes previstas são devidas ao grupo de administrativos, divididas igualmente por todos, sendo paga, mensalmente, a cada administrativo a respectiva quota-parte.

SUPLEMENTO ASSOCIADO AO AUMENTO DAS UNIDADES PONDERADAS

A dimensão ponderada dos utentes inscritos na USF e o cálculo do suplemento respectivo é actualizado trimestralmente, no primeiro ano de actividade na USF, e nos anos seguintes em 31 de Dezembro de cada ano.

Dimensão ponderada do número de utentes por assistente administrativo		N.º de UC a receber	Valor mensal a receber (euros)
De...	Até...		
	2474	+0	
2475	2545	+1	60
2546	2616	+2	120
2617	2687	+3	180
2688	2758	+4	240
2759	2829	+5	300
2830	2900	+6	360
2901	2971	+7	420
2972	3042	+8	480
3043		+9	540

SUPLEMENTO ASSOCIADO AO ALARGAMENTO DO PERÍODO DE FUNCIONAMENTO

O suplemento associado ao alargamento do período de funcionamento é devido ao grupo de administrativos, segundo exemplos da seguinte tabela:

	Dias Úteis	Sábados, Domingos	Feriados
	1 hora de alargamento semanal = 1UC		
Administrativos	1UC = 50,00€	1UC = 65,00€	1UC x 0.269=17.49€€

ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS FINANCEIROS

A atribuição de incentivos financeiros depende da concretização de metas contratualizadas referentes a actividades decorrentes de (I) vigilância de mulheres em planeamento familiar e (II) grávidas, de vigilância de (III e IV) crianças do nascimento até ao segundo ano de vida, de vigilância de (V) diabéticos e de (VI) hipertensos.

Os critérios e métrica de atribuição de incentivos financeiros ao pessoal administrativo são idênticos ao descrito para o pessoal de enfermagem.

O valor máximo anual dos incentivos financeiros a distribuir, por assistente administrativo, é de €1.150.

Caso haja lugar à atribuição de incentivos financeiros, a ARS procede à sua entrega ao pessoal administrativo até 31 de Março de 2010.

ANEXO I – INDICADORES PARA ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS FINANCEIROS EM 2009

Nome do indicador

3.22 M - Taxa de utilização de consultas de enfermagem em PF

Construção do indicador

A - Numerador:

Número de primeiras consultas de enfermagem em PF

B - Denominador:

Número de mulheres em idade fértil (15 a 49 anos)

Fórmula:

$$(A / B) * 100$$

Regras de cálculo do indicador

A - Numerador:

Número de primeiras consultas de enfermagem em PF, efectuadas no período em análise;
Só são consideradas as consultas realizadas no âmbito do Programa de PF;

B - Denominador:

Número de mulheres com idades entre os 15 e os 49 anos no período em análise;
Só são considerados os utentes com inscrição activa¹.

Observações

NB. O cálculo das idades limite do intervalo é efectuada pela diferença entre o ano da data do período em análise e o ano da data de nascimento.

¹ Ver Regras Gerais.

Nome do indicador

5.2 M - Percentagem de mulheres entre os 25 e 49 anos com colpocitologia actualizada

Construção do indicador

A - Numerador:

Número de mulheres entre os 25-49 anos com registo de colpocitologia nos últimos três anos.

B - Denominador:

Todas as mulheres entre os 25-49 anos.

Fórmula:

$$(A / B) * 100$$

Regras de cálculo do indicador

A - Numerador:

- Número de mulheres com registo de colpocitologia nos três anos anteriores à data fim do período em análise.
- Só são consideradas as mulheres com registo de data de realização da colpocitologia;
- Só são consideradas mulheres que obedecem às condições expressas para o denominador;

B - Denominador:

Todas as mulheres com idades entre os 25 e os 49 anos no período em análise;

Só são consideradas as mulheres com inscrição activa no período em análise.

Só são consideradas as mulheres com compromisso de vigilância na USF¹

Observações

¹ O compromisso de vigilância é lido no Programa de PF (ou tornar o campo “vigilância” do SAM visível no SAPE).

NB. De acordo com a Portaria dos incentivos a data limite para registo de dados para avaliação é 31 de Janeiro do ano seguinte ao período em análise)

O cálculo das idades limite do intervalo é efectuada pela diferença entre o ano do período em análise e data de nascimento.

NB. O cálculo das idades limite do intervalo é efectuada pela diferença entre o ano da data do período em análise e o ano da data de nascimento.

Código da tabela de MCDT a considerar:

B 003 - CITOLOGIA EXSUDADO CÉRVICO-VAGINAL.

Nome do indicador

4.22 M - Número médio de consultas de enfermagem em saúde materna

Construção do indicador

A - Numerador:

Número de consultas de enfermagem de saúde materna.

B - Denominador:

Número de utilizadoras em saúde materna.

Fórmula:

(A / B)

Regras de cálculo do indicador

A - Numerador:

Número de consultas de enfermagem (contacto efectuado no âmbito do Programa de Saúde Materna);

Só são consideradas mulheres que obedecem às condições expressas para o denominador;

A consulta de revisão do puerpério não é considerada;

B - Denominador:

Só são consideradas as mulheres com compromisso de vigilância de gravidez na USF ¹;

Só são consideradas as mulheres com data de parto no período em análise;

Só são consideradas as mulheres com inscrição activa no período em análise.

Observações

- 1 O compromisso de vigilância é lido no Programa de Saúde Materna do SAM (ou tornar o campo “vigilância” do SAM visível no SAPE).
- 2 No numerador são contabilizadas todas as consultas de vigilância de enfermagem realizadas às grávidas incluídas no denominador desde o início ao fim da gravidez, independente de essas consultas terem ou não sido realizadas no período em análise.

NB. De acordo com a Portaria dos incentivos a data limite para registo de dados para avaliação é 31 de Janeiro do ano seguinte ao período em análise)

Nome do indicador

6.4 - Percentagem de grávidas com revisão de puerpério efectuada

Construção do indicador

A - Numerador:

Número de grávidas com revisão do puerpério efectuada.

B - Denominador:

Número de utilizadoras em saúde materna.

Fórmula:

$(A / B) * 100$

Regras de cálculo do indicador

A - Numerador:

Número de grávidas com consulta de revisão do puerpério

Só são consideradas as grávidas que obedçam às condições expressas para o denominador;

B - Denominador:

Número grávidas com data de parto até 15 dias antes do início e do fim do período em análise¹;

Só são consideradas as grávidas com compromisso de vigilância de saúde materna na USF²;

Só são consideradas as grávidas com inscrição activa no período em análise.

Observações

¹ O período de 15 dias deriva do facto da revisão do puerpério dever ser efectuada nas 4-6 semanas (ou seja até cerca 45 dias) após o parto e a recolha de dados para avaliação ser efectuada 30 dias após o fim do período em análise.

² O compromisso de vigilância é lido no Programa de Saúde Materna do SAM (ou tornar o campo “vigilância” do SAM visível no SAPE).

Nome do indicador

4.33 M – Percentagem de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas a puérperas vigiadas na USF durante a gravidez.

Construção do indicador

A - Numerador:

Número de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas a puérperas vigiadas na USF durante a gravidez.

B - Denominador:

Número de grávidas vigiadas na USF.

Fórmula:

$$(A / B) * 100$$

Regras de cálculo do indicador

A - Numerador:

Número de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas no período em análise a puérperas vigiadas¹ na USF durante a gravidez²;

Só são consideradas as visitas domiciliárias realizadas até 30 dias após o parto;

Só são consideradas as grávidas que obedeçam às condições expressas para o denominador;

B - Denominador:

Número de grávidas com data do parto no período em análise;

Só são consideradas as grávidas com inscrição activa na USF no período em análise;

Só são consideradas as grávidas com compromisso de vigilância de saúde materna na USF¹;

Não são consideradas as mulheres que tiveram abortamentos.

Observações

¹ O compromisso de vigilância é lido no Programa de Saúde Materna do SAM (ou tornar o campo “vigilância” do SAM visível no SAPE).

² Apenas é contabilizada 1 visita domiciliária por utente

Nome do indicador

6.13 – Percentagem de diagnósticos precoces (TSHPKU) realizadas até ao sétimo dia de vida do recém-nascido.

Construção do indicador

A - Numerador:

Número de diagnósticos precoces realizados até ao sétimo dia.

B - Denominador:

Número de recém-nascidos inscritos na USF nesse ano

Fórmula:

$(A / B) * 100$

Regras de cálculo do indicador

A - Numerador:

Número de diagnósticos precoces realizados entre o terceiro e sétimo dia de vida².

São considerados os exames registados¹, desde que a data da realização tenha sido até ao sétimo dia de vida;

Só são considerados os diagnósticos precoces efectuados a crianças que obedeçam às condições expressas para o denominador;

B - Denominador:

Número de recém-nascidos inscritos e com inscrição activa na USF no período em análise;

Observações:

¹ O registo deve ser efectuado no item do SAPE “Avaliação inicial.

² Podem ser considerados os diagnósticos precoces efectuados no oitavo dia de vida para os casos em que os estabelecimentos de saúde considerem para o cálculo as horas de vida.

NB. O que está aqui a ser medido não é se a USF realizou o diagnóstico precoce a uma criança que se inscreveu com 20 dias, mas se essa criança realizou o referido exame na data indicada.

Nome do indicador

4.34 M - Percentagem de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas a recém-nascidos até aos 15 dias de vida

Construção do indicador

A - Numerador:

Número de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas a recém-nascidos até aos 15 dias de vida no período de tempo em análise.

B - Denominador:

Número de crianças nascidas e inscritas na USF no período em análise.

Fórmula:

$$(A / B) * 1000$$

Regras de cálculo do indicador

A - Numerador:

Número total de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas a recém-nascidos até aos 15 dias de vida no período de tempo em análise.

Só são consideradas as visitas domiciliárias de enfermagem realizadas registadas no SAPE;

Só são considerados visitas domiciliárias de enfermagem efectuados a crianças que obedecem às condições expressas para o denominador;

B - Denominador:

Número de crianças nascidas e inscritas na USF no período em análise;

Só são considerados os utentes com inscrição activa.

Observações

Só é considerada uma visita domiciliária de enfermagem por dia, por utente.

Nome do indicador

4.9 M - Número médio de consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil dos zero aos 11 meses

Construção do indicador

A - Numerador:

Número total de consultas de vigilância de saúde infantil efectuadas a crianças com [0,12[meses no período de tempo em análise.

B - Denominador:

Número de utilizadores de saúde infantil dos [0,12[meses.

Fórmula:

(A / B)

Regras de cálculo do indicador

A - Numerador:

Número total de consultas de vigilância de enfermagem de saúde infantil realizadas entre o nascimento e o 330º dia de vida.

Só são consideradas as consultas de vigilância;

Só são considerados consultas de vigilância de enfermagem de saúde infantil efectuadas a crianças que obedecem às condições expressas para o denominador;

B - Denominador:

Número de crianças inscritas e vigiadas¹ na USF que completam 12 meses no período em análise;

Só são considerados os utentes com inscrição activa.

Observações

¹ O compromisso de vigilância é lido no Programa de Saúde Infantil do SAM (ou tornar o campo “vigilância” do SAM visível no SAPE).

Só é considerada uma consulta de vigilância por dia, por utente.

Nome do indicador

4.10 - Número médio de consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil dos 12 aos 23 meses

Construção do indicador

A - Numerador:

Número total de consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil realizadas entre os 11 e os 23 meses de vida ([330, 700] dias).

B - Denominador:

Número de utilizadores de saúde infantil com [12,24[meses.

Fórmula:

(A / B)

Regras de cálculo do indicador

A - Numerador:

- Número total de consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil realizadas entre os 11 e os 23 meses de vida ([330, 700] dias).
- Só são consideradas as consultas de vigilância;
- Só são considerados consultas de vigilância de enfermagem de saúde infantil efectuadas a crianças que obedecem às condições expressas para o denominador;

B - Denominador:

Número de crianças inscritas e vigiadas¹ na USF que completam 24 meses no período em análise;
Só são considerados os utentes com inscrição activa.

Observações

¹ O compromisso de vigilância é lido no Programa de Saúde Infantil do SAM (ou tornar o campo “vigilância” do SAM visível no SAPE).

Só é considerada uma consulta de vigilância por dia, por utente.

Nome do indicador

5.13 M - Percentagem de inscritos com 2 anos com o peso e altura registados nos últimos 12 meses.

Construção do indicador

A - Numerador:

Número de crianças com dois anos com pelo menos 1 registo de peso e altura entre os [12,24[meses de vida;

B - Denominador:

Número de crianças inscritas na USF com 2 anos efectuados durante o período em análise.

Fórmula:

$(A / B) * 100$

Regras de cálculo do indicador

A - Numerador:

- Número de crianças com dois anos com pelo menos 1 registo de peso e altura nos entre os [12,24[meses de vida;
- Só são consideradas as utentes que obedeçam às condições expressas para o denominador
-

B - Denominador:

Total de crianças inscritas na USF com 2 anos efectuados durante o período em análise;
Só são consideradas as utentes com inscrição activa no período em análise.

Observações

NB. O Peso e a Altura tem de ser registados no mesmo dia

Nome do Indicador

6.1 - Percentagem de inscritos com 2 anos com o PNV actualizado.

Construção do indicador

A - Numerador:

Número de crianças com dois anos com o PNV actualizado

B - Denominador:

Número de crianças inscritas na USF com 2 anos efectuados durante o período em análise.

Fórmula:

$(A / B) * 100$

Regras de cálculo do indicador

A - Numerador:

Número de crianças com dois anos efectuados durante o período em análise com PNV actualizado;
Só são consideradas os utentes que obedecem às condições expressas para o denominador.

B - Denominador:

Total de crianças inscritas na USF com 2 anos efectuados durante o período em análise;
Só são consideradas os utentes com inscrição activa no período em análise.

Nome do indicador

6.19 M - Percentagem de diabéticos dos 18 aos 75 anos abrangidos pela consulta de enfermagem

Construção do indicador

A - Numerador:

Número total de diabéticos dos 18 aos 75 anos com pelo menos uma consulta de enfermagem no período em análise.

B - Denominador:

Número total de os utentes diabéticos dos 18 aos 75 anos inscritos e vigiados na USF durante o período em análise.

Fórmula:

$$(A / B) * 100$$

Regras de cálculo do indicador

A - Numerador:

Número de utentes diabéticos com pelo menos uma consulta de enfermagem registada no período em análise no âmbito do Programa de Diabetes;

Só são consideradas as consultas efectuadas a utentes que obedeçam às condições expressas para o denominador;

B - Denominador:

Todos os utentes diabéticos inscritos com idades entre os 18 e os 75 anos com compromisso de vigilância¹ da diabetes na USF;

Só são considerados os utentes com inscrição activa no período em análise.

Observações

¹ O compromisso de vigilância é lido no Programa de Diabetes do SAM (ou tornar o campo “vigilância” do SAM visível no SAPE).

NB. O cálculo das idades limite do intervalo é efectuada pela diferença entre o ano da data do período em análise e o ano da data de nascimento.

Nome do indicador

6.16 M - Percentagem de diabéticos dos 18 aos 75 anos com gestão do regime terapêutico ineficaz

Construção do indicador

A - Numerador:

Número total de diabéticos dos 18 aos 75 anos com gestão de regime terapêutico ineficaz.

B - Denominador:

Número total de os utentes diabéticos com idades entre os 18 e os 75 anos.

Fórmula:

$$(A / B) * 100$$

Regras de cálculo do indicador

A - Numerador:

Número de utentes diabéticos aos quais for abordado o item gestão de regime terapêutico ineficaz (SAPE).
Só são considerados os diabéticos que obedecem às condições expressas para o denominador;

B - Denominador:

Todos os utentes diabéticos inscritos na USF com idade entre os 18 e os 75 anos no período em análise;
Só são considerados os utentes diabéticos com compromisso de vigilância¹ da diabetes na USF;
Só são considerados os utentes com inscrição activa no período em análise.

Observações

¹ O compromisso de vigilância é lido no Programa de Diabetes do SAM (ou tornar o campo “vigilância” do SAM visível no SAPE).

NB. O cálculo das idades limite do intervalo é efectuada pela diferença entre o ano da data do período em análise e o ano da data de nascimento.

Nome do indicador

5.7 - Percentagem de diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado no ano

Construção do indicador

A - Numerador:

Total de utentes diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado no ano.

B - Denominador:

Número total de os utentes diabéticos com idades entre os 18 e os 75 anos inscritos e vigiados na USF durante o período em análise.

Fórmula:

$$(A / B) * 100$$

Regras de cálculo do indicador

A - Numerador:

Total de utentes diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado no ano.

Só são considerados os diabéticos que obedecem às condições expressas para o denominador;

B - Denominador:

Todos os utentes diabéticos com idade entre os 18 e os 75 anos inscritos e com compromisso de vigilância¹ da diabetes na USF no período em análise.

Só são considerados os utentes com inscrição activa no período em análise.

Observações

¹ O compromisso de vigilância é lido no Programa de Diabetes do SAM (ou tornar o campo “vigilância” do SAM visível no SAPE).

NB. O cálculo das idades limite do intervalo é efectuada pela diferença entre o ano da data do período em análise e o ano da data de nascimento.

NB. O Exame dos Pés pode ser efectuada pelo médico ou enfermeiro (SAM ou SAPE)

Nome do indicador

5.10 - Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial em cada semestre

Construção do indicador

A - Numerador:

Número total de utentes hipertensos com pelo menos uma avaliação da pressão arterial registada em cada semestre.

B - Denominador:

Número total de utentes hipertensos vigiados na USF.

Fórmula:

$$(A / B) * 100$$

Regras de cálculo do indicador

A - Numerador:

Número de utentes hipertensos com pelo menos um registo da pressão arterial em cada semestre do período em análise;

São considerados os utentes com registo médico ou de enfermagem¹ da pressão arterial;

Quando o período em análise é inferior a doze meses só são considerados os utentes com pelo menos um registo da pressão arterial nos seis meses anteriores à data fim do período em análise;

Só são considerados os hipertensos que obedeçam às condições expressas para o denominador;

B - Denominador:

Todos os utentes hipertensos com compromisso de vigilância² da hipertensão na USF;

Só são considerados os utentes com inscrição activa no período em análise.

Observações

¹ O(s) campo(s) de registo de TA devem ser comuns ao SAM e SAPE.

² O compromisso de vigilância é lido no Programa de Hipertensão do SAM (ou tornar o campo "vigilância" do SAM visível no SAPE).

Nome do indicador

5.13.1 - Percentagem de hipertensos com registo de IMC nos últimos 12 meses

Construção do indicador

A - Numerador:

Número total de utentes hipertensos com pelo menos uma avaliação do IMC nos últimos 12 meses.

B - Denominador:

Número total de utentes hipertensos vigiados na USF.

Fórmula:

$$(A / B) * 100$$

Regras de cálculo do indicador

A - Numerador:

Número de utentes hipertensos com pelo menos um registo médico ou de enfermagem¹ de IMC nos últimos 12 meses;

Só são considerados os hipertensos que obedecem às condições expressas para o denominador;

B - Denominador:

Todos os utentes hipertensos com compromisso de vigilância² da hipertensão na USF;

Só são considerados os utentes com inscrição activa no período em análise.

Observações

¹ O campo de registo de IMC deve ser comum ao SAM e SAPE.

² O compromisso de vigilância é lido no Programa de Hipertensão do SAM (ou tornar o campo “vigilância” do SAM visível no SAPE).

Nome do indicador

6.2.1 - Percentagem de hipertensos com 25 ou mais anos com vacinação antitetânica actualizada

Construção do indicador

A - Numerador:

Número total de utentes hipertensos com 25 anos ou mais com vacinação antitetânica actualizada.

B - Denominador:

Número total de utentes hipertensos inscritos e vigiados na USF.

Fórmula:

$$(A / B) * 100$$

Regras de cálculo do indicador

A - Numerador:

Número de utentes hipertensos com vacinação antitetânica actualizada;
Só são considerados os hipertensos que obedecem às condições expressas para o denominador;

B - Denominador:

Todos os utentes hipertensos com 25 anos ou mais inscritos e vigiados¹ na USF;
Só são considerados os utentes com inscrição activa no período em análise.

Observações

¹ O compromisso de vigilância é lido no Programa de Hipertensão do SAM (ou tornar o campo “vigilância” do SAM visível no SAPE).

NB. O cálculo das idades limite do intervalo é efectuada pela diferença entre o ano da data do período em análise e o ano da data de nascimento.