

UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

**UFCSP
UOFC**

Análise da actividade realizada em 2009



ÍNDICE

ÍNDICE.....	1
ENQUADRAMENTO.....	2
METODOLOGIA.....	3
A UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR PADRÃO.....	5
ACESSO.....	8
DESEMPENHO ASSISTENCIAL.....	10
Planeamento familiar e Vigilância da Gravidez	10
Saúde Infantil e Vacinação	12
Vigilância Oncológica	15
Diabetes	17
Hipertensão Arterial	18
EFICIÊNCIA.....	21
ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS.....	26
NOTAS FINAIS.....	28
ANEXO I.....	29

A metodologia de contratualização com as Unidades de Saúde Familiar (USF) para o ano de 2009 encontra-se definida no documento “Metodologia de Contratualização – USF Modelo A e Modelo B”, resultante do trabalho conjunto desenvolvido pela ACSS, I.P. os Departamentos de Contratualização das ARS e a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) – o qual, após validação pela tutela, foi disponibilizado nos sítios da ACSS, I.P. e da MCSP, tendo igualmente sido disponibilizado pelos Departamentos de Contratualização (DCARS) a todas as USF.

O ano de 2009 foi pautado pelo reforço e expansão das USF e pela implementação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). No ano de 2009 foi realizada contratualização com 171 USF, das quais 97 em modelo B, significando um acréscimo global de, aproximadamente, 24% USF relativamente a 2008 (mais 54% em modelo B).

Neste contexto, o processo de contratualização constituiu-se como instrumento estruturante da autonomia das USF e perspectiva-se como estrutura de suporte e acompanhamento aos ACES, apoiando a instalação dos seus órgãos de gestão e promovendo a partilha e integração do conhecimento adquirido.

A contratualização só se consubstancia se transportada para dentro das instituições e integrada no quotidiano das organizações. Desse ponto de vista, o ano de 2009, poderá considerar-se como o fim de um ciclo e o início de uma nova etapa, cujo sucesso dependerá em grande medida da capacidade do acompanhamento, nomeadamente na fase de consolidação da autonomia gestonária dos ACES.

Ultrapassada a fase de contratualização entre os DCARS e USF, inicia-se o ciclo de internalização do processo apoiando os ACES na necessária adaptação organizacional das suas unidades de gestão e acompanhando os seus gestores nesse exercício com vista à adopção de uma cultura de excelência, através da governação clínica e da prestação de contas.

Devemos também desde já referir que o ano de 2009 ficou marcado por vários condicionalismos, no que à contratualização diz respeito. De facto, e sem prejuízo de valorizarmos os desenvolvimentos notáveis que ocorreram nos últimos 4/ 5 anos, o ano de 2009 ficou marcado por dificuldades ao nível dos sistemas de informação, tendo a quantidade e qualidade da informação disponível ficado aquém das expectativas dos diferentes actores, influenciado o desempenho das Equipas e dificultado o acompanhamento e a avaliação do exercício de 2009. Para 2010 e, em relação à informação disponível, esta é seguramente mais consistente sobretudo no que diz respeito à informação financeira decorrente do trabalho realizado nesta área pelas ARS em colaboração com a ACSS.

Para além deste condicionalismo, o ano de 2009 ficou também marcado pelo aparecimento da Pandemia da Gripe A. De facto, a necessidade de reorganizar os serviços de saúde durante o segundo semestre de 2009 para responder a este problema de saúde pública afectou o trabalho desenvolvido pelas USF a partir de Agosto e até final do ano, qualquer que fosse a forma organizacional adoptada em cada local.

Apesar destes constrangimentos, a tarefa de colocar os CSP como pilar central do sistema de saúde exige que todos, especialmente os profissionais de saúde, entendam a sua actividade num quadro de melhoria contínua, procurando prestar cuidados que, cada vez mais, criem valor para os utilizadores e contribuam para a obtenção de ganhos em saúde e bem-estar para a população portuguesa.

Na sequência do trabalho que tem vindo a ser desenvolvido pela Unidade Funcional para os Cuidados de Saúde Primários (UFCSP) na ACSS, em conjunto com os DCARS, com o objectivo de conhecer a evolução dos indicadores contratualizados com as USF Modelo A e Modelo B, procedeu-se à realização de uma análise detalhada, de âmbito nacional, referente ao ano 2009.

Refira-se que idêntico exercício tinha sido já realizado para o ano 2008, de que resultou uma análise de referência para uma melhor compreensão do nível de cumprimento dos indicadores contratualizados, permitindo-se, ainda, estabelecer comparações e apontar as mudanças ocorridas entre as USF das cinco regiões.

Foi solicitado, junto dos DCARS, informação com os valores atingidos para cada um dos indicadores para atribuição de incentivos institucionais (USF Modelo A e B) e incentivos financeiros (USF Modelo B) relativos ao ano 2009, de acordo com o relatório de actividade das USF de cada região, já publicamente divulgados pelas respectivas ARS.

Na análise relativa à evolução dos indicadores para atribuição de incentivos institucionais das USF, nos anos de 2008 e 2009, apenas foram consideradas as USF que tiveram 12 meses de actividade nos dois anos, em simultâneo, por forma a garantir comparabilidade na análise.

A restante análise, tendo por base os valores realizados e os valores contratualizados *versus* os contratualizados, relativa ao ano 2009, incidiu sobre o universo das USF que tiveram 12 meses de actividades nesse ano.

O quadro seguinte reflecte o universo das USF utilizado para a consecução da análise:

TABELA 1. UNIVERSO DAS USF INCLUÍDAS NA ANÁLISE.

	ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve	Nacional
Metas Contratualizadas 2009						
Indicadores para atribuição de Incentivos Institucionais	81	22	47	3	5	158
Indicadores para atribuição de Incentivos Financeiros	50	5	26	1		82
Resultados 2009						
Indicadores para atribuição de Incentivos Institucionais	81	22	47	3	5	158
Indicadores para atribuição de Incentivos Financeiros	50	5	26	1		82
Metas Contratualizadas 2010						
Indicadores para atribuição de Incentivos Institucionais	101	27	73	8	5	214
Indicadores para atribuição de Incentivos Financeiros	66	11	36	1	1	115
Universo Comparável com 2008						
Indicadores para atribuição de Incentivos Institucionais	52	15	30	2	2	101

Inicialmente é caracterizada a “Unidade de Saúde Familiar Padrão”. Ou seja, uma caracterização daquilo a que o cidadão acede ao ter a possibilidade de aceder a uma USF mediana.

A apresentação mais detalhada dos resultados está organizada de acordo com as áreas de monitorização das actividades (ie. Acesso, Desempenho Assistencial, Eficiência). Ainda não foi possível em 2009 aplicar qualquer indicador da área da Qualidade Percepcionada.

Foi ainda considerado útil analisar a atribuição de incentivos resultantes do processo de contratualização.

No âmbito da avaliação do desempenho das USF em 2009, importa definir a nossa USF Padrão. A construção da USF Padrão tem como objectivo determinar o tipo de cuidados de saúde que um cidadão auferir ao ser utente deste tipo de unidades.

Neste sentido, caracterizamos a Unidade de Saúde Familiar Padrão pela mediana nacional de cada indicador contratualizado, comparando a evolução ocorrida entre 2008 e 2009. Esta caracterização permite-nos constatar que as USF prestam cuidados de saúde adequados às necessidades, tendo ocorrido uma franca melhoria nos cuidados prestados entre 2008 e 2009. Considerando-se que o padrão de cuidados é apropriado, e que algumas das USF atingirem valores de verdadeira excelência, é necessário, no entanto, identificar as barreiras que inibem um melhor desempenho por algumas das unidades.

TABELA 2. VALORES MÍNIMOS E MÁXIMOS DOS INDICADORES PARA ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS INSTITUCIONAIS [2008 (N=101 USF) E 2009 (N=158 USF)].

Indicador	Min2008	Mediana 2008	Máx2008	Min2009	Mediana 2009	Max2009
Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	59,5	85,5	99,4	62,5	85,8	95,2
Taxa de utilização global de consultas	55,0	67,3	78,7	52,0	67,5	79,9
Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	3,8	29,0	55,2	0,2	29,4	106,8
Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	4,4	155,1	451,0	1,3	155,1	291,3
Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	40,7	80,0	100,0	31,8	85,2	100,0
Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias	46,7	83,8	100,0	51,0	83,8	100,0
Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos	81,3	98,6	100,0	88,0	99,0	100,0
Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos	69,8	98,7	100,0	84,5	99,0	100,0
Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada	13,7	40,0	68,6	14,0	46,6	76,5
Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos	16,6	56,6	83,2	4,8	60,7	88,0
Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA1C registadas nos últimos doze meses	30,1	68,0	91,3	12,0	68,0	94,7
Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos seis meses	22,9	82,8	94,5	24,7	82,6	94,6
Custo médio de medicamentos, por utilizador	85,8	176,0	285,2	75,1	186,2	275,2
Custo médio de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, por utilizador	20,6	55,6	104,7	23,5	61,9	98,8

Com efeito, e como seria de esperar, nem todas as USF estão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre as USF Modelo A e Modelo B é resultante do grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo, dos incentivos dos profissionais. O Modelo A 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 mais enraizado o trabalho individual isolado e/ou onde não haja tradição ou práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar. Por sua vez, o Modelo B é o indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efectiva e que estejam preparadas para nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigentes. Neste contexto prevalecem diferenças expectáveis mas ligeiras entre as USF Modelo A e as USF Modelo B (Tabela 3).

TABELA 3. MEDIANAS POR INDICADORES CONTRATUALIZADOS PARA A APLICAÇÃO DE INCENTIVOS INSTITUCIONAIS 2009 (N=158).

Indicador	Modelo A	Modelo B
Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	86,0%	85,7%
Taxa de utilização global de consultas	66,9%	68,7%
Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	24,0 ‰	33,2 ‰
Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	144,9 ‰	158,0 ‰
Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	84,3%	85,6%
Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias	81,7%	85,8%
Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos	99,0%	99,0%
Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos	99,0%	99,0%
Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada	40,2%	51,8%
Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos	56,4%	64,2%
Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA1C registadas nos últimos doze meses	62,1%	71,4%
Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos seis meses	78,2%	84,4%
Custo médio de medicamentos, por utilizador	194,0 €	181,5 €
Custo médio de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, por utilizador	60,8 €	63,1 €

De forma a compreender o posicionamento das USF face à USF Padrão, foi estabelecido um sistema para as situar comparativamente face aos indicadores contratualizados. Nos casos em que os indicadores apresentem valores acima da mediana é-lhes atribuído um ponto e, no caso em que se encontram abaixo é-lhes subtraído um ponto (para os indicadores de eficiência, encargos com medicamentos e MCDT, a lógica é inversa). O somatório destes dados permite posicionar as USF umas em relação às outras, sendo que a pontuação máxima é de 14 pontos para os indicadores para atribuição de incentivos institucionais e de 16 pontos para os indicadores que concorrem à atribuição de incentivos financeiros.

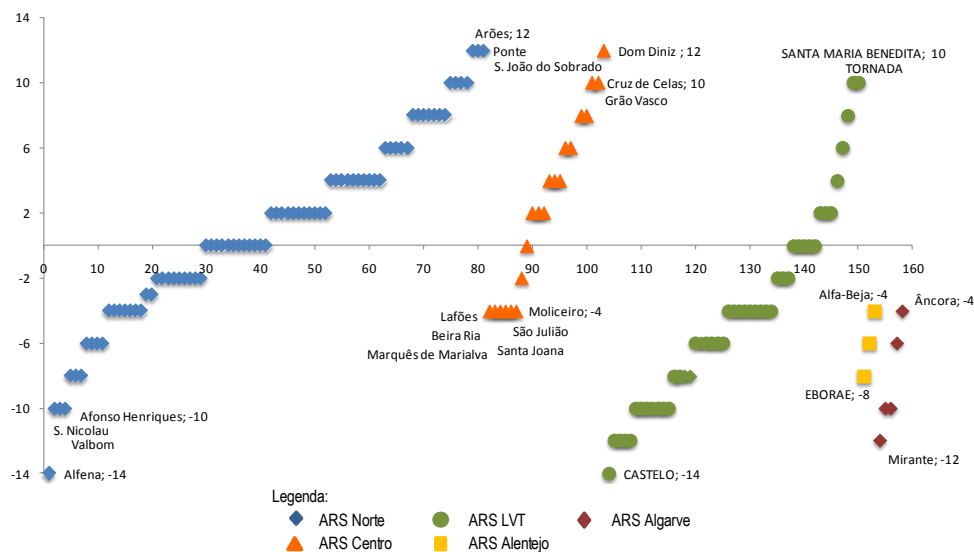


FIGURA 1. DISTRIBUIÇÃO DO POSICIONAMENTO DAS USF FACE À USF PADRÃO (INDICADORES PARA A ATRIBUIÇÃO D INCENTIVOS INSTITUCIONAIS), POR REGIÃO DE SAÚDE 2009 (N=158).

Tendo em consideração os pressupostos referidos, conclui-se que a maioria das USF das ARS Norte e Centro apresentam um desempenho acima da mediana nacional, quando analisados os indicadores para a atribuição de incentivos institucionais. As outras regiões ficam, em termos globais, abaixo da mediana nacional para este grupo de indicadores. Salienta-se, em particular, os valores registados na região Alentejo e Algarve, ambas abaixo da mediana nacional, para a maioria dos indicadores.

Existem duas USF cujo desempenho ficou abaixo da mediana nacional para todos os indicadores (USF Alfena e Castelo) e a pontuação máxima atingida foi 12 pontos nas USF Arões, Ponte, S. João do Sobrado e D. Diniz.

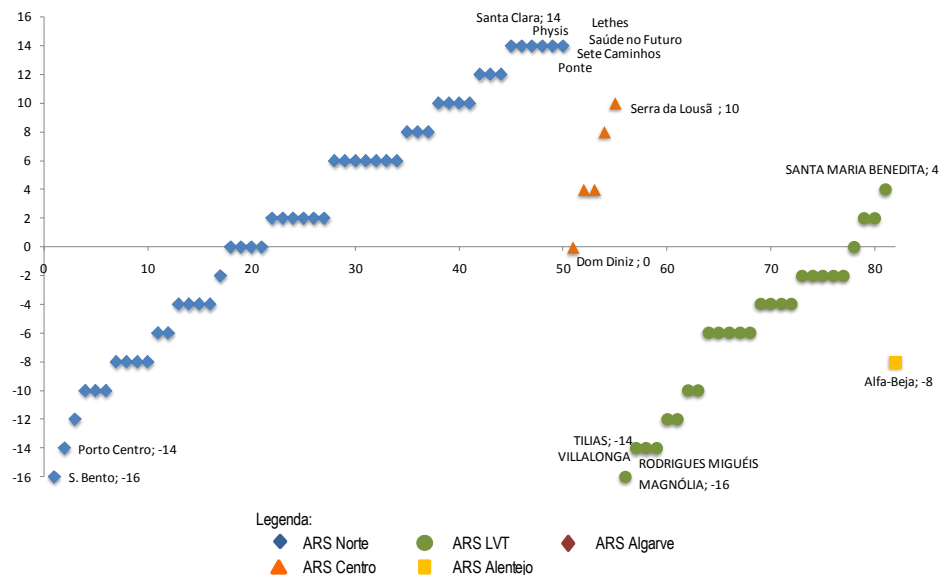


FIGURA 2. DISTRIBUIÇÃO DO POSICIONAMENTO DAS USF FACE À USF PADRÃO (INDICADORES PARA A ATRIBUIÇÃO D INCENTIVOS FINANCEIROS), POR REGIÃO DE SAÚDE 2009 (N=82).

Relativamente aos indicadores para atribuição de incentivos financeiros, o desempenho nas regiões Norte e Centro está acima da mediana, de acordo com a metodologia em causa. A ARS Algarve não tinha em 2009 nenhuma USF em modelo B e na ARS Alentejo existe apenas uma.

Verifica-se a existência de duas USF cujos indicadores estão abaixo da mediana nacional (S. Bento e Magnólia), em sentido contrário seis USF atingiram 14 pontos, o que significa que apenas um indicador ficou abaixo da mediana nacional.

No contexto dos CSP, dada a sua natureza horizontal de promotor da saúde e preventor da doença, a cobertura populacional dos serviços é essencial ao sucesso da prestação, tal como, o papel *gatekeeper* dos CSP para a sustentabilidade financeira do SNS, e da contenção de gastos para o cidadão. Para este efeito importa aferir a acessibilidade, a atractividade e a pro-actividade dos serviços prestados.

Os Indicadores de Acesso evidenciam assimetrias a nível nacional na utilização e acesso aos CSP, quer nas consultas efectuadas nas USF, quer em termos das visitas domiciliárias realizadas aos inscritos de cada USF.

O sistema de intersubstituição, que garante aos utentes uma resposta no caso do seu médico ou enfermeiro de família não estarem presentes, num determinado momento, tem um forte impacto ao nível de satisfação dos cidadãos e é uma marca distintiva das USF. Sendo este sistema bastante exigente em termos organizativos, verifica-se que a generalidade das USF garante uma adequada intersubstituição médica. No entanto, e apesar de melhorias verificadas face a 2008, constata-se existirem USF em que a intersubstituição é praticamente inexistente (95,2%) e outras em que é porventura excessiva (62,5%).

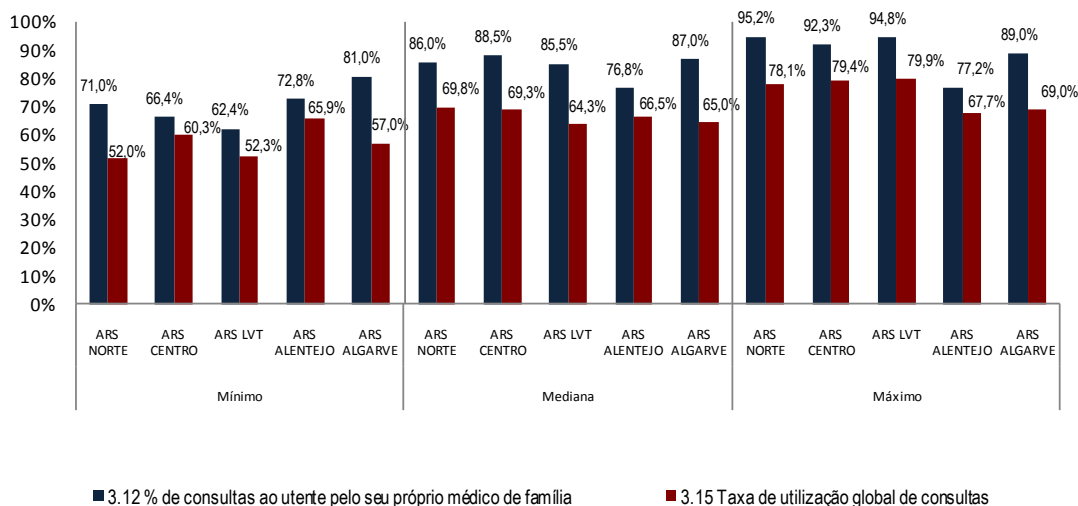


FIGURA 3. RESULTADOS OBSERVADOS PARA OS INDICADORES 3.12 E 3.15 EM 2009 (MÍNIMO, MEDIANA, MÁXIMO).

No respeitante à utilização global de consultas no ano, as Regiões de Saúde Norte e Centro, apresentam valores medianos de cerca de 70% (valor de referência para o indicador), sendo que as restantes regiões se situam, aproximadamente, cinco pontos percentuais abaixo. A amplitude observada neste indicador em termos nacionais (Mínimo = 52,0% e Máximo = 79,9%) e, em particular, nas Regiões Norte e Lisboa e Vale do Tejo (LVT), reflecte uma diferente acessibilidade às USF. Podemos mesmo constatar que a maioria das USF em 2009 não cumpriu a meta contratualizada para este indicador. Desta feita é necessário compreender as razões que dificultam uma intervenção mais activa dos serviços de saúde na comunidade.

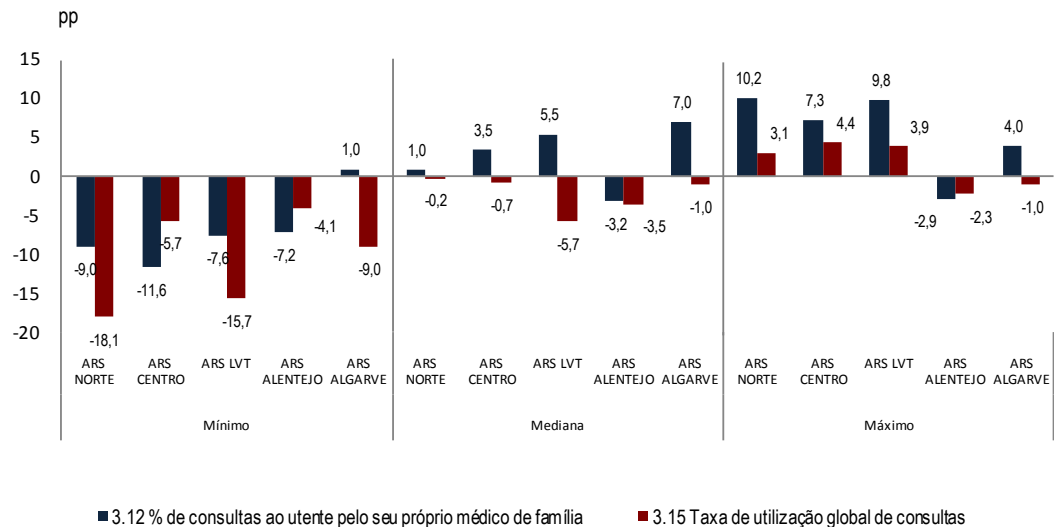


FIGURA 4. DESVIO ENTRE OS VALORES ALCANÇADOS E O CONTRATUALIZADO EM 2009, INDICADORES 3.12 E 3.15.

Os valores relativos às consultas domiciliárias médicas e de enfermagem indiciam a existência de diferentes práticas entre as regiões de saúde. A impossibilidade em realizar domicílios emergentes, ou seja, imediatamente a seguir à sua solicitação, obriga a que as consultas domiciliárias devam ser programadas. Os utentes das USF têm direito a consultas realizadas ao domicílio, nomeadamente a utentes acamados e idosos (de iniciativa médica). A consulta domiciliária também é efectuada a puérperas e recém-nascidos. A dispersão de práticas entre USF, e entre Regiões de Saúde, merece maior análise pelas ARS.

Nas USF Modelo B, os médicos recebem 30 euros por cada consulta médica domiciliária num valor máximo de 600€/ mês. Este facto talvez contribua para explicar a diferença entre as USF Modelo B (mediana 33,2 %) e as USF Modelo A (mediana 24,0 %) na taxa de visitas domiciliárias médicas. Investigação mais aprofundada permitiria perceber se, à semelhança do que se verifica em vários países com sistemas de incentivos similares, o pagamento ao acto promoveu a realização de consultas médicas domiciliárias adicionais em praticamente 40%.

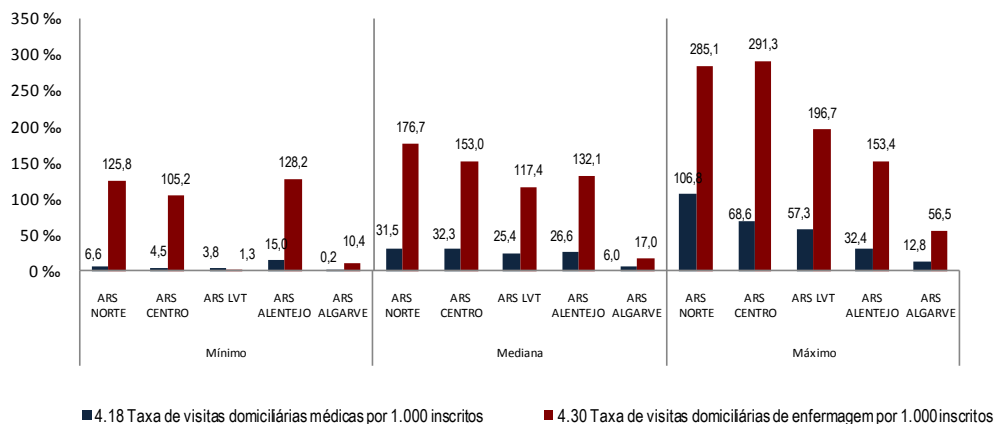


FIGURA 5. RESULTADOS OBSERVADOS PARA OS INDICADORES 4.18 E 4.30 EM 2009 (MÍNIMO, MEDIANA, MÁXIMO).

Para efeitos do relatório a análise do desempenho assistencial das USF está organizada em:

- Planeamento Familiar e Vigilância da Gravidez,
- Saúde Infantil e Vacinação,
- Vigilância Oncológica,
- Diabetes,
- Hipertensão.

PLANEAMENTO FAMILIAR E VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ

O planeamento familiar é uma forma de assegurar que as pessoas têm acesso a informação, a métodos de contraceção eficazes e seguros, a serviços de saúde que contribuem para a vivência da sexualidade de forma segura e saudável. A prática do planeamento familiar permite que homens e mulheres decidam se e quando querem ter filhos, assim como programem a gravidez e o parto nas condições mais adequadas. A taxa de utilização de consultas de enfermagem em planeamento familiar (3.22M, apenas contratualizados com USF Modelo B) permite-nos aferir o apoio e a informação dadas a mulheres ou casais em idade fértil, de acordo com os objectivos acima referidos. A maioria das USF atinge um valor superior a 39%, o que efectivamente demonstra o relevo desta actividade no seio dos cuidados de saúde personalizados.

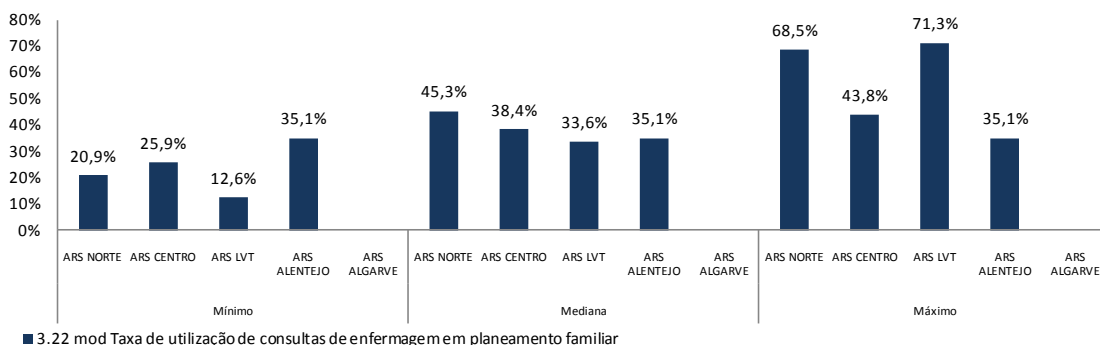


FIGURA 6. RESULTADOS OBSERVADOS PARA O INDICADOR 3.22M EM 2009 (MÍNIMO, MEDIANA, MÁXIMO).

Paralelamente, a evidência científica disponível mostra que há uma clara relação entre a qualidade dos cuidados prestados durante a gravidez e a redução da morbilidade e mortalidade materna e perinatal, tal como da redução do baixo peso à nascença e da prematuridade. A consulta pré-natal tem como objectivos: (1) avaliar o bem-estar materno e fetal através de parâmetros clínicos e laboratoriais criteriosos; (2) detectar precocemente factores de risco que possam afectar a evolução da gravidez e o bem-estar do feto e orientar correctamente cada situação; (3) e promover a educação para a saúde integrando o aconselhamento e o apoio psicossocial ao longo da vigilância periódica da gravidez.

Em 2009, o desempenho na área da vigilância da gravidez foi aferido através dos seguintes indicadores:

- 6.9 Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre de gravidez
- 6.4 Percentagem de grávidas com revisão de puerpério efectuada (apenas Modelo B)
- 4.22 Número médio de consultas de enfermagem em saúde materna (apenas Modelo B)

- 4.33 Percentagem de visitas domiciliárias realizadas a puérperas vigiadas na USF durante a gravidez (apenas Modelo B)

De uma forma genérica, a vigilância pré-natal constitui uma área relativamente à qual, em termos medianos, as USF apresentam um bom desempenho, mais evidenciado no acompanhamento da gravidez, comparativamente à fase de puerpério.

Para os dois primeiros indicadores, o valor de referência situa-se na ordem dos 80%. Com efeito a maioria das USF ultrapassa o valor de referência para o indicador 6.9, mas quanto ao indicador 6.4 as USF atingem uma mediana de 73%.

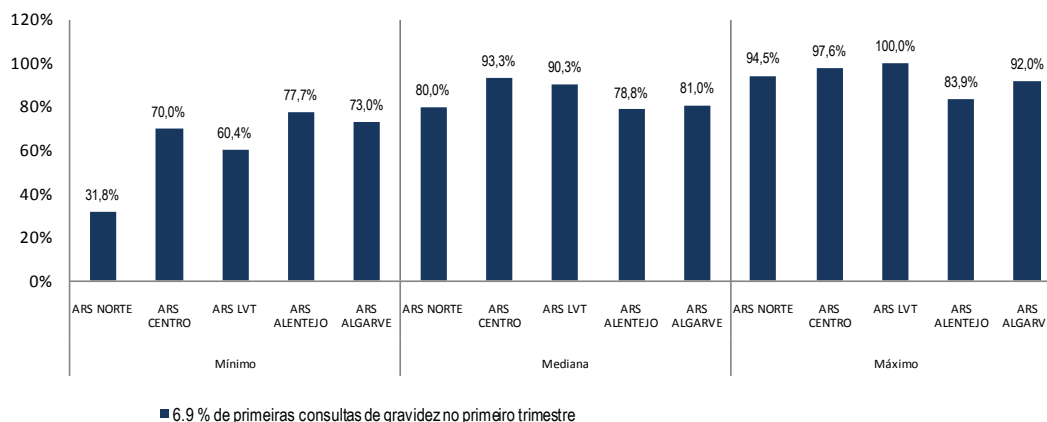


FIGURA 7. RESULTADOS OBSERVADOS PARA O INDICADOR 6.9 EM 2009 (MÍNIMO, MEDIANA, MÁXIMO).

Durante o ano de 2009, foi detectado que a fórmula de cálculo do indicador 4.22 não possibilitava aferir a proporção de doentes aos quais foram prestados cuidados de acordo com o estado de arte. Apesar da mediana da USF atingir praticamente as 8 consultas por indivíduo elegível, ultrapassando o valor de referência (6 consultas), não é possível perceber o desempenho assistencial centrado no cidadão. Neste sentido, em 2010 a fórmula de cálculo evoluiu para: “Percentagem de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna”, abandonando-se o conceito meramente relacionado com produção, anteriormente utilizado.

Mais uma vez observam-se práticas distintas entre as regiões de saúde no que concerne as visitas domiciliárias, variando-se entre os 13,3 % e os 97,5%. Neste indicador, as regiões LVT e Alentejo apresentam medianas aquém do desejável.

Os indicadores relacionados com o puerpério estão abaixo dos valores adequados em termos clínicos. Apesar de apenas considerarmos grávidas com compromisso de vigilância, a maioria das USF não atinge os 75% de grávidas com revisão de puerpério efectuada. As regiões com valores mais frágeis no puerpério são a região Alentejo e Centro com valores de 40,0% e 36,4%, respectivamente. Importará compreender os motivos pelos quais o desempenho assistencial das USF fica aquém do adequado.

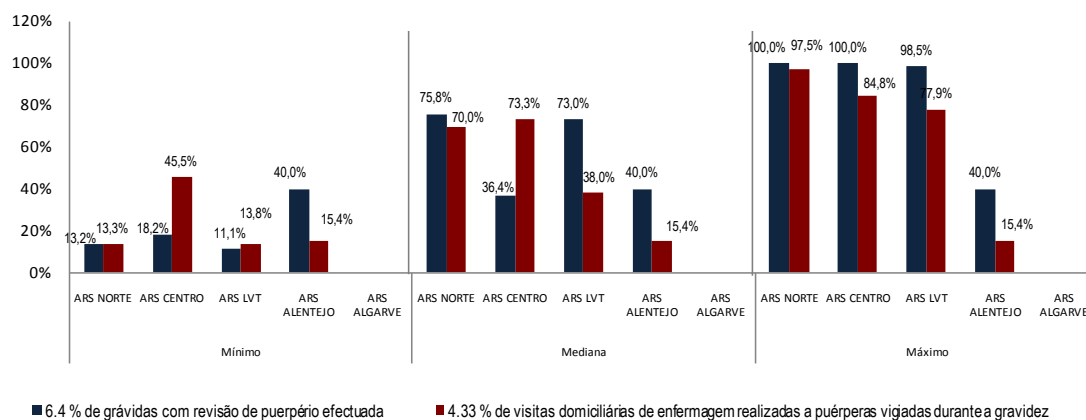


FIGURA 8. RESULTADOS OBSERVADOS PARA OS INDICADORES 6.4 E 4.33 EM 2009 (MÍNIMO, MEDIANA, MÁXIMO).

SAÚDE INFANTIL E VACINAÇÃO

O impacto e pertinência das acções de vigilância da saúde infantil e juvenil são indiscutíveis. A manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças é, pois, um imperativo para os profissionais e para os serviços.

O relevo desta matéria para a avaliação do desempenho das USF traduz-se em 8 indicadores de contratualização com as USF:

- 6.13 Percentagem de diagnósticos precoces (TSHPKU) realizados até ao 7.º dia de vida do recém-nascido (apenas Modelo B)
- 4.34M Percentagem de visitas domiciliárias realizadas a recém-nascidos até aos 15 dias de vida (apenas Modelo B)
- 6.12 Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias
- 4.9M Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos 0 aos 11 meses (apenas Modelo B)
- 5.13M Percentagem de inscritos com peso e altura registado nos últimos 12 meses (apenas Modelo B)
- 4.10 Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos 12 aos 23 meses (apenas Modelo B)
- 6.1(2a) Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos
- 6.1(6a) Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos

Apesar de bons resultados nos indicadores relacionados com a vacinação, em relação ao rastreio de doenças metabólicas, proporcionado pelo teste do pezinho, a maioria das USF não atinge os 92% de cobertura, ficando abaixo da meta contratualizada. Salienta-se que este indicador pretende monitorizar a actividade da USF em garantir que os recém-nascidos tenham realizado o teste, e não se foi a USF a realizar o teste. A ARS Centro é a região de saúde com maior valor mediano (96,2%) neste indicador.

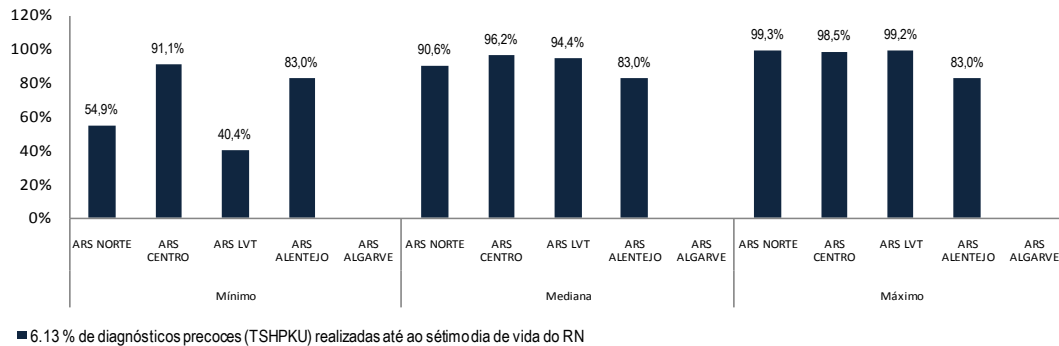


FIGURA 9. RESULTADOS OBSERVADOS PARA O INDICADOR 6.13 EM 2009 (MÍNIMO, MEDIANA, MÁXIMO).

As visitas domiciliárias realizadas a recém-nascidos até aos 15 dias de vida, mimetiza o comportamento das USF face ao indicador das visitas domiciliárias realizadas a puérperas vigiadas. Concluindo-se para o primeiro que 5 em cada 10 crianças até aos 15 de vida têm acesso a uma visita domiciliária.

O indicador relacionado com a prevenção da obesidade infantil, que se traduz no cálculo do Índice de Massa Corporal em crianças até os 2 anos, apresenta, em termos nacionais, uma variação muito grande, situada entre os 9,1% e os 95,8%. O valor de referência é de 95%, estando as USF, em termos medianos, muito abaixo deste valor. No entanto, poderá atribuir-se alguns destes resultados a uma eventual falha de registo, ainda que nas consultas de acompanhamento, as crianças devam ser sempre pesadas e medidas. Como podemos verificar na Figura 10 praticamente nenhuma USF cumpre o valor contratado para este indicador.

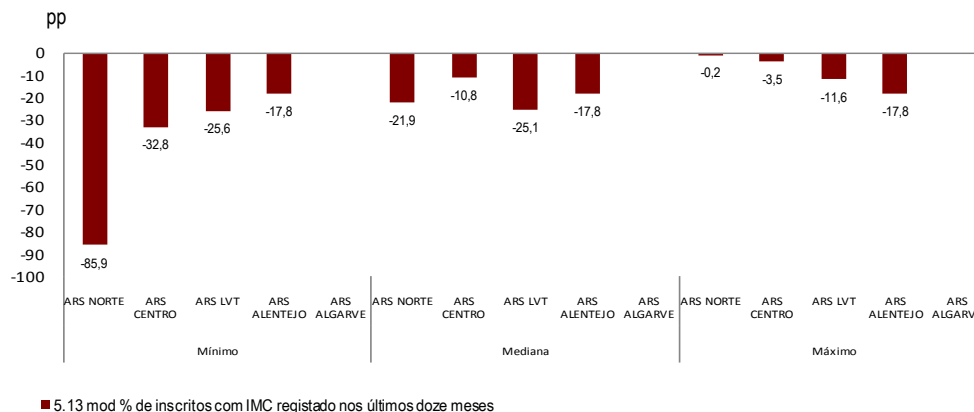


FIGURA 10. DESVIO ENTRE OS VALORES OBSERVADOS E O CONTRATUALIZADO EM 2009, INDICADOR 5.13M.

Para os indicadores 4.9M e 4.10, como visto anteriormente para o indicador 4.22, foi detectado que as suas fórmulas de cálculo não possibilitavam verificar a qualidade do desempenho assistencial. Assim, para 2010 a fórmula de cálculo foi alterada, respectivamente, para:

- 4.9M Percentagem de crianças com pelo menos seis consultas de vigilância de saúde infantil dos 0 aos 11 meses
- 4.10 Percentagem de crianças com pelo menos 3 consultas de saúde infantil no 2.º ano de vida

Apesar da pouca informação fornecida pela fórmula de cálculo vigente em 2009, poderemos retirar algumas ilações sobre os resultados apresentados. Para o indicador 4.9M, as USF apresentaram uma mediana de 6,2 consultas de vigilância de saúde infantil dos 0 aos 11 meses. No entanto, uma das USF apresenta um valor de apenas 3,2 consultas, abaixo das desejáveis 6 consultas e vigilância de saúde infantil dos 0 aos 11 meses. Por outro lado, uma das USF apresenta um valor médio anormalmente alto, 16,1 consultas. Para o indicador 4.10, a maioria das USF não atinge o desejável valor de 3 consultas de vigilância de saúde infantil dos 12 aos 23 meses, embora esteja próxima, já que a mediana é de 2,7 consultas. Apesar de uma variabilidade menor, os valores variam entre um mínimo de 1,1 e um máximo de 5,7 consultas.

Vacinas contra	Idades										
	0, Nascimento	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	15 meses	18 meses	5-6 anos	10-13 anos	Toda a vida 10/10 anos
Tuberculose	BCG										
Poliomielite		VIP 1		VIP 2		VIP 3			VIP 4		
Difteria-Tétano- Pertussis		DTPa 1		DTPa 2		DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5	Td	Td
Infecções por <i>Haemophilus influenzae b</i>		Hib 1		Hib 2		Hib 3		Hib 4			
Hepatite B	VHB 1	VHB 2				VHB 3				VHB (a) 1,2,3	
Sarampo Parotidite Rubéola							VASPR 1		VASPR 2		
Doença Meningocócica C			MenC 1		MenC 2		MenC 3				
Infecções por Virus do Papiloma Humano											HPV 1,2,3

FIGURA 11. PLANO NACIONAL DE VACINAÇÃO.

No grupo da saúde infantil incluem-se os indicadores relacionados com a vacinação. Desde 2009, as metas estabelecidas para os indicadores 6.1 não são consideradas atingidas se os valores obtidos forem inferiores ao estabelecido. Este facto deve-se à necessidade em termos de saúde pública em garantir a imunidade de grupo. A comunidade não compreenderia que fossem atribuídos incentivos a grupos profissionais quando não fosse garantido o limiar de cobertura de vacinação que garanta a segurança colectiva. Constata-se uma franca melhoria face a 2008 ea grande maioria das USF apresenta valores superiores a 99%. No entanto, persistem USF com valores mínimos para os 2 anos de 88,0%, e para os 6 anos de 84,5%.

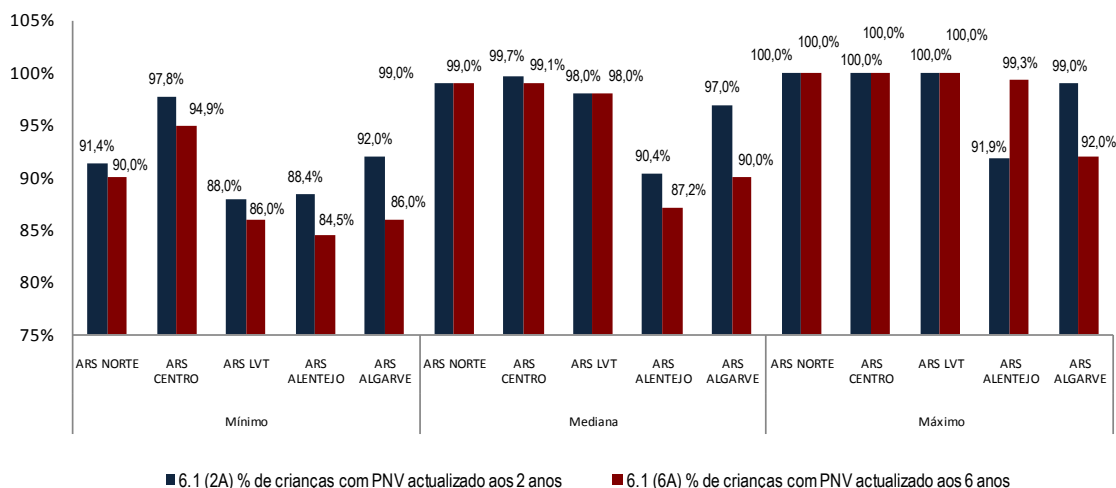


FIGURA 12. RESULTADOS OBSERVADOS PARA OS INDICADORES 6.1 (2A) E 6.1 (6A) EM 2009 (MÍNIMO, MEDIANA, MÁXIMO).

VIGILÂNCIA ONCOLÓGICA

O rastreio do cancro permite o diagnóstico precoce da doença ainda em fase subclínica e tem como objectivo reduzir a mortalidade por esta doença, sendo que nalguns casos se pode esperar também a redução da incidência.

Os indicadores de vigilância oncológica estão relacionados com a saúde da mulher:

- 5.2M Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada
- 5.2M Percentagem de mulheres entre os 25 e 49 anos vigiadas na USF com colpocitologia actualizada (apenas Modelo B)
- 5.1.2 Percentagem de mulheres entre os 25 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos

O indicador relacionado com a citologia cervico-vaginal desdobra-se em dois indicadores, um direccionado a mulheres inscritas entre os 25 e 64 anos, e outro dirigido a mulheres com aceitação de vigilância entre os 25 e 49 anos. Apesar dos valores registados em 2009 serem bastante reduzidos face ao que seria desejável, nas várias regiões as metas ficaram, ainda, aquém do esperado, em termos de valores mínimos, medianos e máximos. O indicador relacionado com a colpocitologia melhora, substancialmente, quando o universo passa a ser “mulheres vigiadas”. Com efeito, no caso da colpocitologia (em mulheres entre os 25 e 64 anos), os valores de referência variam consoante o universo de mulheres inscritas ou vigiadas, sendo que, no primeiro caso, o objectivo de contratualização ronda os 60% e para o universo de mulheres vigiadas, o objectivo de contratualização é de 80%. Em termos de mediana nacional, considerando o universo de mulheres inscritas, o valor é de 46,6%. A única região que atinge em termos medianos, os 50%, é a região Norte. No entanto, quando o universo representa as mulheres vigiadas verificamos que três regiões (ARS Norte, Centro e LVT) estão acima do valor de referência para este indicador. De qualquer forma, independentemente do universo observado, existem ainda valores mínimos insatisfatórios em várias USF.

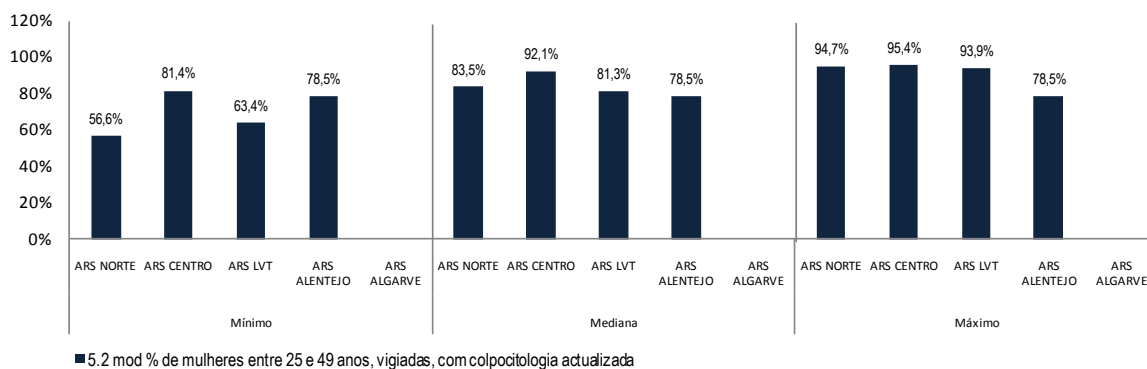


FIGURA 13. RESULTADOS OBSERVADOS PARA O INDICADOR 5.2M (25-49) EM 2009 (MÍNIMO, MEDIANA, MÁXIMO).

Relativamente ao indicador da mamografia, temos como valor de referência 70% no 2º ano de vigência do indicador. Apesar da mediana nacional estar, ainda, longe do valor de referência, algumas USF superam-no claramente ao conseguirem alcançar um nível de cumprimento próximo de 88,0%. Em sentido contrário, existe registo de uma USF com um valor de 4,8% neste indicador.

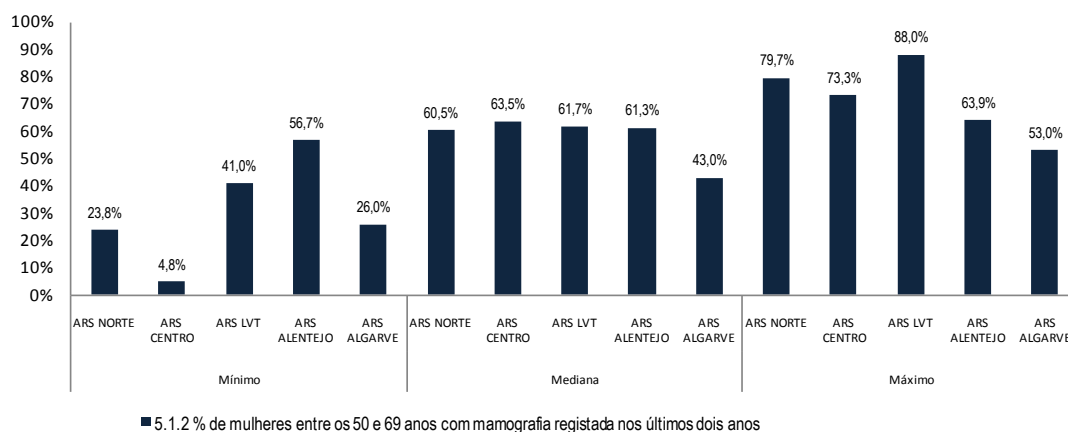


FIGURA 14. RESULTADOS OBSERVADOS PARA O INDICADOR 5.1.2 EM 2009 (MÍNIMO, MEDIANA, MÁXIMO).

A análise ao desempenho das USF na área do rastreio (cancro da mama e colo do útero), mostra diversas fragilidades nas várias regiões, sendo uma das áreas em que deveria haver mais empenho por parte das equipas, dadas as implicações que têm, quer a nível clínico quer a nível financeiro, a detecção precoce deste tipo de patologia. Estes resultados evidenciam algum défice da acção dos CSP, não apenas ao nível do cancro da mama, mas, principalmente, no rastreio de cancro do colo do útero. Importa, assim, identificar regionalmente os obstáculos a uma acção mais capaz por parte destes prestadores.

DIABETES

O Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes de 2009, refere que a “Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crónica cada vez mais frequente na nossa sociedade, e a sua prevalência aumenta muito com a idade, atingindo ambos os sexos”. Ainda de acordo com os dados do relatório, “ (...) cerca de 1/3 da população portuguesa (20-79 anos) ou tem Diabetes ou tem uma maior predisposição para o desenvolvimento desta doença (Pré-Diabetes)”, estimando-se que 11,7% da população portuguesa tem Diabetes e 23,2% estará em situação de pré-diabetes. Por outro lado, a mortalidade por Diabetes tem vindo a aumentar, rondando os 4% da população, sendo ainda significativa a percentagem de diabéticos com complicações como a cegueira, amputações e insuficiência renal crónica. Segundo o mesmo relatório verifica-se uma elevada prevalência de diabéticos a quem ainda não foi diagnosticada a doença (43,6%).

São contratualizados com as USF quatro indicadores de desempenho assistencial a diabéticos:

- 5.4M Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA1C registada nos últimos doze meses, desde que abranjam dois semestres
- 6.19 Percentagem de diabéticos abrangidos pela consulta de enfermagem (apenas Modelo B)
- 6.16 Percentagem de diabéticos com gestão do regime terapêutico ineficaz (apenas Modelo B)
- 5.7 Percentagem de diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado no ano (apenas Modelo B)

Por erro de concepção do indicador, o indicador 6.16 nunca foi implementado nos sistemas de informação.

Se, em relação aos Diabéticos o acompanhamento aferido pelos indicadores relacionados com a consulta de enfermagem e a realização de exame aos pés, em termos nacionais, está acima do valor de referência (90% para ambos os indicadores), já o registo da análise HbA1C não atingiu o valor de referência (75%), também em termos da mediana nacional.

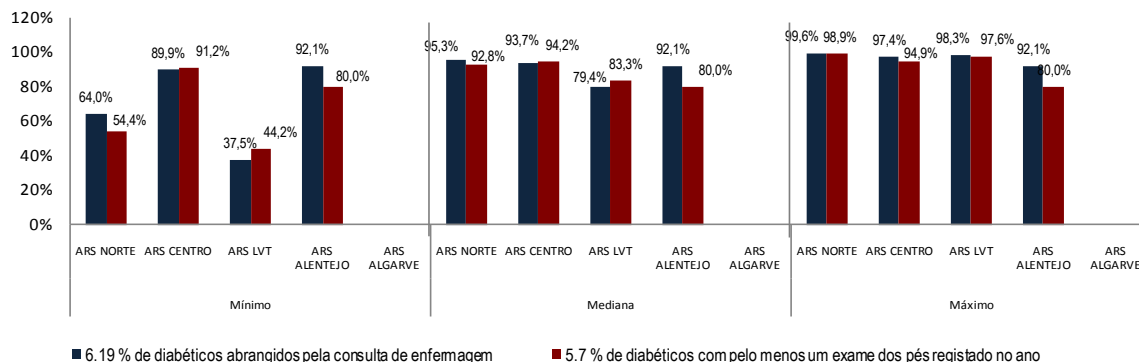


FIGURA 15. RESULTADOS OBSERVADOS PARA OS INDICADORES 6.19 E 5.7 EM 2009 (MÍNIMO, MEDIANA, MÁXIMO).

De acordo com a análise gráfica, esta situação varia entre nas cinco regiões, o que evidencia as diferenças no acompanhamento dos diabéticos n. Nos três indicadores contratualizados com as USF para acompanhamento dos diabéticos, verifica-se que existem USF que atingiram já valores de excelência persistindo, no entanto, unidades com valores muito muito baixos, como por exemplo, um valor de 12% no indicador relacionado com a realização de pelo menos três HbA1C (ARS Algarve), um valor de

37,5% no indicador que reflecte a percentagem de diabéticos abrangidos pela consulta de enfermagem (ARS LVT) e um valor de 44,2%, no indicador que traduz a percentagem de diabéticos com, pelo menos, um exame realizado aos pés (ARS LVT).

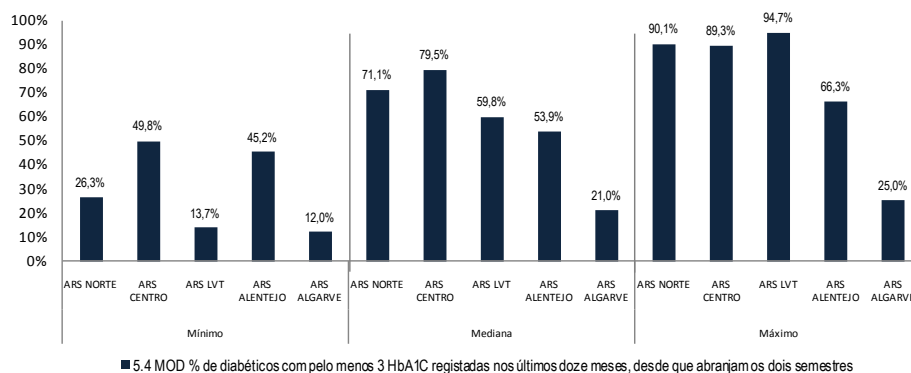


FIGURA 16. RESULTADOS OBSERVADOS PARA O INDICADOR 5.4M EM 2009 (MÍNIMO, MEDIANA, MÁXIMO).

De acordo com a Figura 17 podemos ainda constatar que a maioria das USF não atinge o valor contratado para este indicador. Salienta-se que a mediana do valor contratado exige que 80% dos diabéticos vigiados realizem pelo menos três HbA1C na totalidade dos dois semestres.

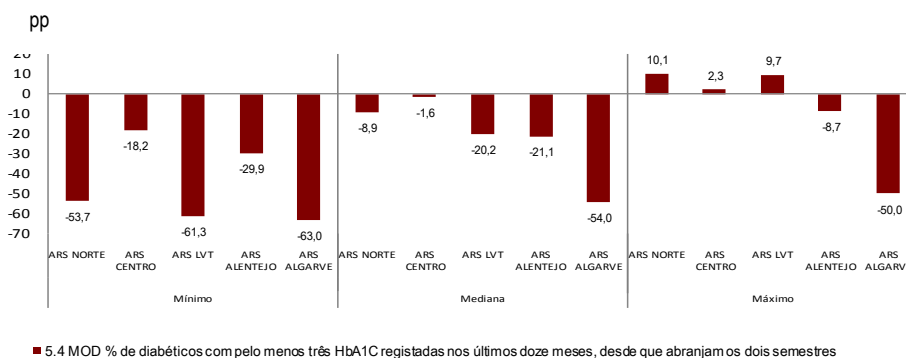


FIGURA 17. DESVIO ENTRE OS VALORES OBSERVADOS E O CONTRATUALIZADO EM 2009, INDICADOR 5.4M.

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Em Portugal, 3 milhões de portugueses adultos sofrem de hipertensão arterial. Destes, estima-se que menos de metade tem conhecimento de que tem pressão arterial elevada e cerca de 39 % está a ser tratado. Dos portugueses hipertensos apenas 11,2% têm a sua hipertensão arterial controladaⁱ. Hoje sabe-se que a adopção de um estilo de vida saudável pode prevenir o aparecimento da doença e que a sua detecção e acompanhamento precoces podem reduzir o risco de incidência de doença cardiovascular.

ⁱ Macedo ME, et al. Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP2. Rev Port Cardiol 2007; 26 (1): 21-39

A detecção precoce da hipertensão arterial, particularmente nos indivíduos com risco cardiovascular acrescido, a correcta orientação terapêutica (farmacológica e não farmacológica) e a prossecução dos objectivos de controlo tensional ao longo dos anos, são prioridades de intervenção dos serviços prestadores de cuidados de saúde, sendo desejável que, sempre que possível, sejam efectuadas campanhas de rastreio, devidamente enquadradas no planeamento e realidades regionais e locais, bem como campanhas de sensibilização da população. O principal objectivo do tratamento do doente hipertenso é obter a longo prazo a máxima redução da morbilidade e mortalidade cardiovascular e renal. Tal poderá ser conseguido pela redução dos valores elevados da TA e pelo tratamento dos factores de risco modificáveis e de doenças associadas. Na população hipertenso em geral, o objectivo será a redução da TA para valores inferiores a 140/90 mm Hg.

Para este programa os indicadores contratualizados relacionam-se com o registo da pressão arterial, registo de Índice de Massa Corporal e actualização da vacina antitetânica:

- 5.10 Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos seis meses
- 5.13M Percentagem de hipertensos com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses
- 6.2M Percentagem de hipertensos com vacina antitetânica actualizada

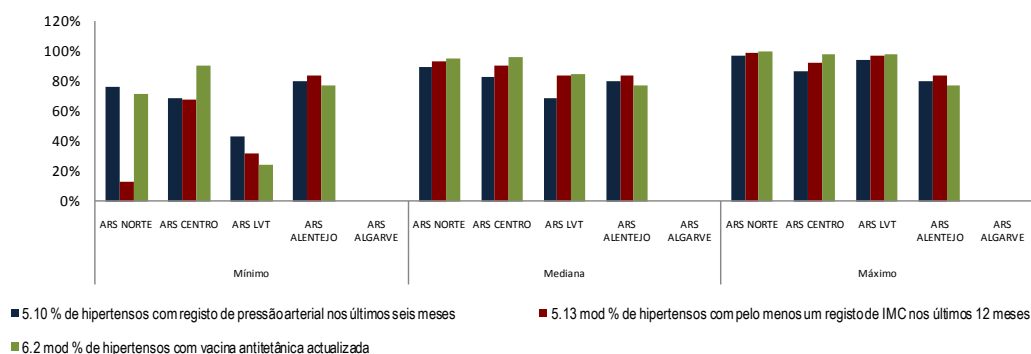


FIGURA 18. RESULTADOS OBSERVADOS PARA OS INDICADORES 5.10, 5.13 E 6.2M EM 2009 (MÍNIMO, MEDIANA, MÁXIMO).

O indicador percentagem de hipertensos vigiados com registo de pressão arterial nos últimos 6 meses, em termos de mediana nacional está ainda aquém do valor de referência, situando-se nos 82,7% em relação aos 95% ideais. Os valores medianos da ARS LVT e Algarve são os mais reduzidos, situando-se nos 70%. Este dado reflecte-se na diferença entre os valores observados e os contratados. Refere-se que este indicador avalia o registo de pressão arterial em doentes hipertensos com compromisso de vigilância.

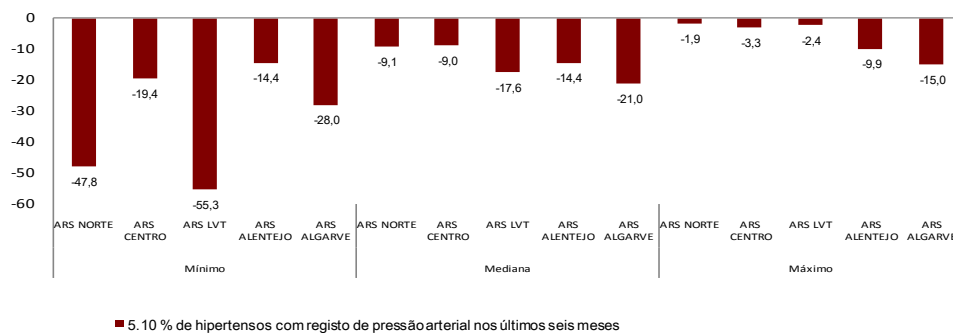


FIGURA 19. DESVIO ENTRE OS VALORES OBSERVADOS E O CONTRATUALIZADO EM 2009, INDICADOR 5.10.

Os outros dois indicadores que avaliam o desempenho assistencial no programa de acompanhamento de hipertensos apresentam valores medianos a nível nacional que evidenciam uma boa prática generalizada no país, tanto no registo do Índice de massa Corporal (89,9%), como na actualização da vacina antitetânica (92,4%), situando-se acima dos respectivos valores de referência (85% para os dois indicadores).

Nos indicadores de eficiência, e uma vez que ainda existem limitações na utilização dos sistemas de informação, em 2009 foram contratualizados 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.

Para efeitos de contratualização foi considerado o último ano efectivamente encerrado em termos de facturação. Tal facto, não invalidou a extrapolação dos valores apurados em 2009 através da fórmula:

$$\left(\frac{\sum 2008 - \sum x_{2008}}{\sum x_{2008}} + 1 \right) * \sum x_{2009}$$

Em que: $\sum 2008$ representa os custos em 2008 (ano encerrado); $\sum x_{2009}$ representa os custos de 2009 facturados; $\sum x_{2008}$ representa os custos de 2008 em igual período de $\sum x_{2009}$.

Para todas as regiões foi contratualizada uma redução da despesa com MCDT e medicamentos. Nas regiões com mais de 10 USF em funcionamento, as USF foram agrupadas em quartis de acordo com perfil de despesa apurada para medicamentos e MCDT. As metas estabelecidas para cada USF consideraram o seguinte:

- USF no quartil superior de custos (acima do percentil 75): máximo a contratualizar percentil 75, com uma redução mínima de 5% da despesa
- USF nos quartis médios de custos (percentil 25-75): redução de despesa
- USF no quartil médio inferior de custos (percentil 0-25): máximo de crescimento de 4%.

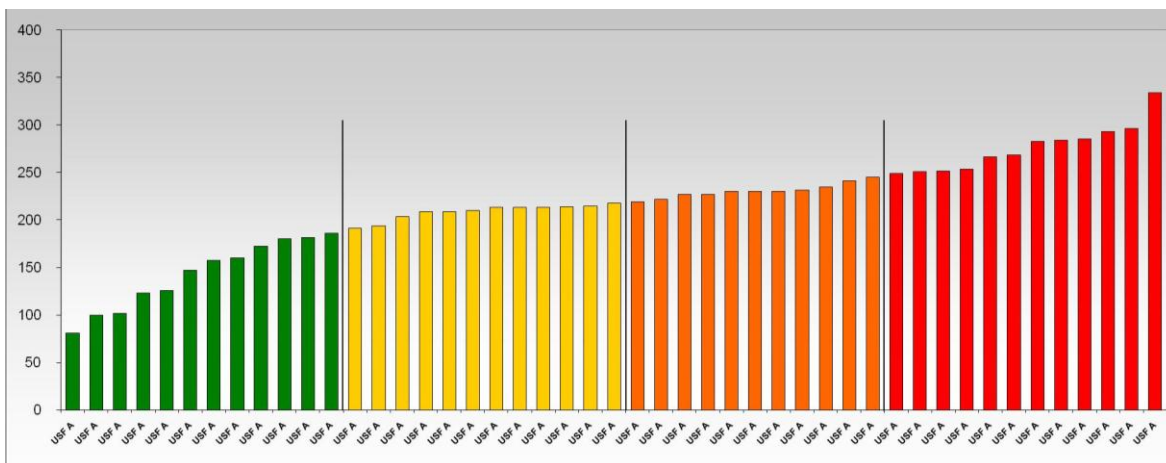


FIGURA 20. EXERCÍCIO DE DISTRIBUIÇÃO POR QUARTIS DAS DESPESAS GERADAS PELAS USF EM MEDICAMENTOS.

Os indicadores relacionados com os encargos com medicamentos e MCDT por utilizador, registaram, em termos nacionais, um bom desempenho, dado que tanto ao nível do mínimo, média, mediana e máximo, que apresentaram valores sempre melhores do que a meta contratualizada.

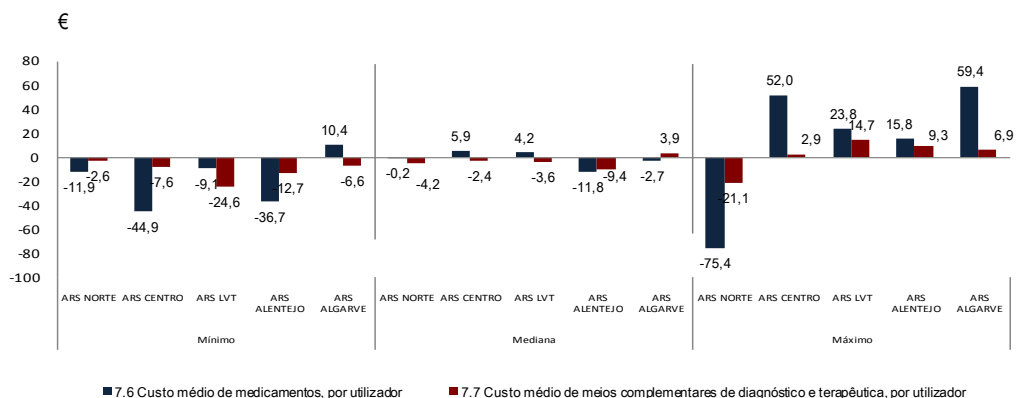


FIGURA 21. DESVIO EM EUROS ENTRE OS VALORES OBSERVADOS E OS VALORES CONTRATUALIZADOS EM 2009, INDICADORES 7.6 E 7.7.

No entanto, esta situação não se verifica de modo uniforme em todas as regiões e, em relação aos encargos com medicamentos, não ficaram demonstrados ganhos de racionalização da prescrição de medicamentos por parte das USF, à excepção claramente da ARS Norte, que apresenta, mesmo nos valores máximos realizados, valores abaixo das metas contratualizadas. A ARS Alentejo também apresenta valores abaixo dos contratualizados para os mínimos e mediana.

Os indicadores de eficiência apresentam, tanto para os medicamentos como para os MCDT, uma grande amplitude.

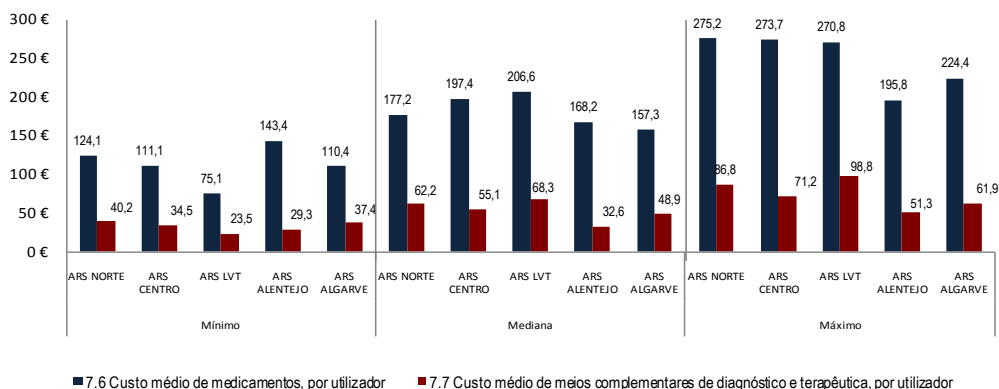


FIGURA 22. RESULTADOS OBSERVADOS PARA OS INDICADORES 6.4 E 4.33 EM 2009 (MÍNIMO, MEDIANA, MÁXIMO).

Dada a dimensão do encargo com medicamentos e MCDT para o SNS, em particular com os medicamentos, deverão ser apurados regionalmente os motivos pelos quais algumas USF apresentam valores, aproximadamente, quatro vezes superiores relativamente aos mínimos observados.

Os valores apurados evidenciam ainda diferenças significativas, em termos médios por utilizador, entre USF e os demais prestadores de cuidados de saúde primários de uma forma genérica. Podemos afirmar que, as USF originam, em média, menos 59,52€ de gastos com medicamentos (PVP) e menos 19,60€ de gastos com MCDT, por utilizador, do que os restantes prestadores de CSP. Salieta-se também nesta análise que, de forma a eliminar o efeito dos diferentes escalões de comparticipação de medicamentos, estes são analisados em termos de PVP, ou seja, encargo SNS, valorizado em PVP. Estes dados evidenciam bem os ganhos de eficiência que este modelo organizacional de prestação de CSP favorece.

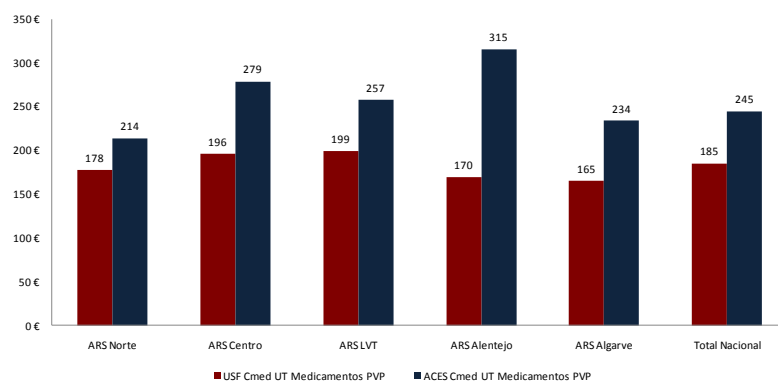


FIGURA 23. COMPARAÇÃO DOS CUSTOS COM MEDICAMENTOS (PVP) POR UTILIZADOR ENTRE USF E GENERALIDADE DOS CSP, EM 2009.

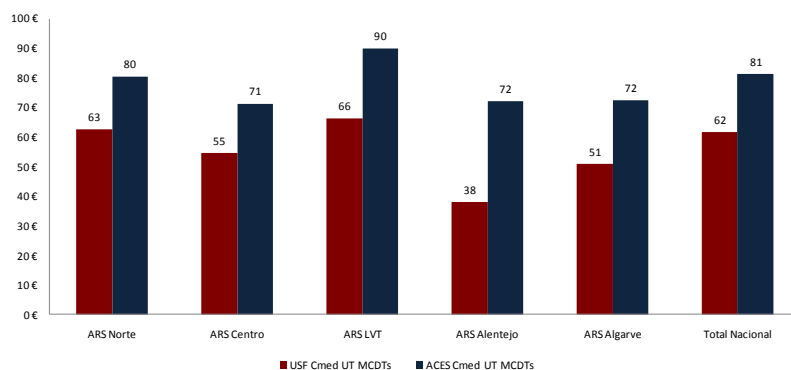


FIGURA 24. COMPARAÇÃO DOS CUSTOS COM MCDT POR UTILIZADOR ENTRE USF E GENERALIDADE DOS CSP, EM 2009.

Pela análise gráfica rapidamente se conclui que, em termos médios, as USF são bastante mais eficientes, na racionalização da prescrição com medicamentos (menos 60€ por utilizador) e MCDT (menos 19€ por utilizador).

Tentando fazer uma análise mais detalhada das USF, tentou-se perceber, qual o tipo de USF, Modelo A ou Modelo B, com melhor desempenho quando analisados os encargos com medicamentos e MCDT.

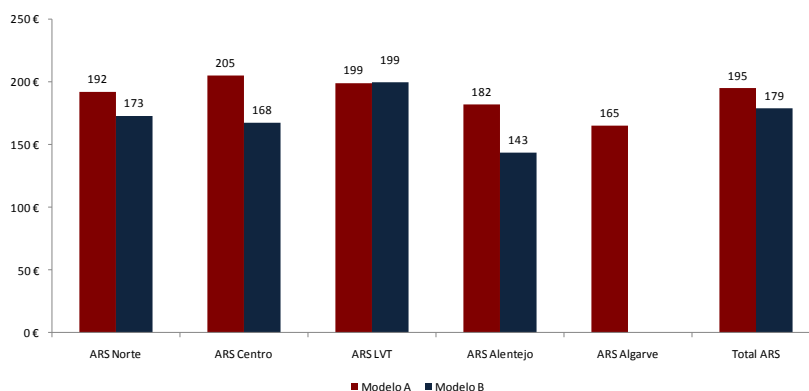


FIGURA 25. COMPARAÇÃO DOS CUSTOS COM MEDICAMENTOS (PVP) POR UTILIZADOR ENTRE USF MODELO A E MODELO B, EM 2009.

Em termos gerais, os valores apurados indicam que as USF Modelo B são comparativamente mais eficientes quando se está a analisar medicamentos (menos 15,7€ por utilizador, em média), não se verificando o mesmo nos MCDT (mais 2,3€ por utilizador). Importa compreender o porquê desta diferença.

Importou ainda analisar a variação da despesa por utilizador entre 2008 e 2009. Para tal analisaram-se apenas as USF com 24 meses de actividade (n=99). A evolução destes encargos por utilizador entre 2008 e 2009, traduz-se num crescimento ligeiro dos gastos com medicamentos (0,2%), e um crescimento acentuado com os gastos com MCDT (6,4%).

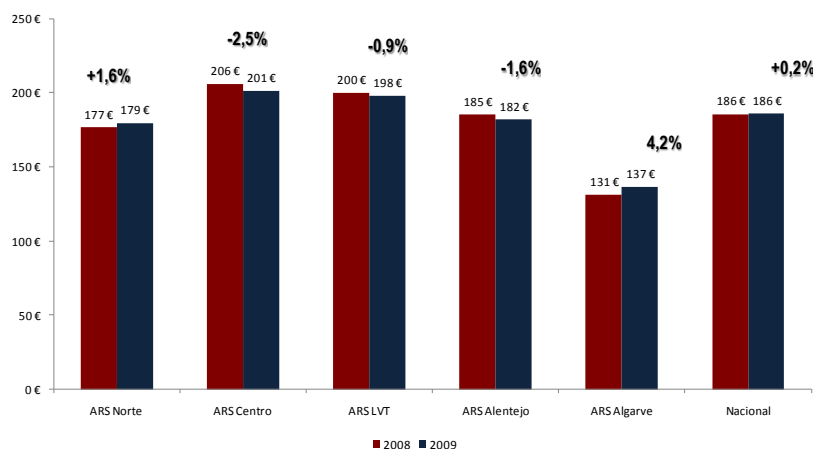


FIGURA 26. EVOLUÇÃO DOS GASTOS COM MEDICAMENTOS POR UTILIZADOR (PVP), 2008_2009.

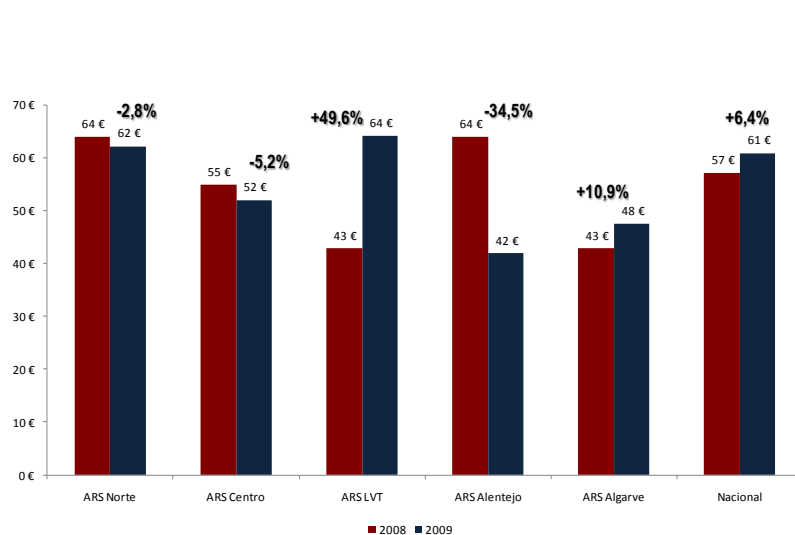


FIGURA 27. EVOLUÇÃO DOS GASTOS COM MCDT POR UTILIZADOR, 2008_2009.

Foi ainda calculado o valor total dos encargos, apenas para as USF com actividade de 24 meses nos dois anos em análise, para se perceber a taxa de crescimento, em medicamentos e MCDT, consoante o tipo de USF (as USF foram consideradas modelo A ou modelo B consoante o tipo de USF a 31 de Dezembro de 2009).

TABELA 4. CRESCIMENTO DOS GASTOS COM MEDICAMENTOS (PVP).

Medicamentos (€)	2008	2009	Δ% 2009_2008
USF	129.870.790	135.241.810	4,1%
USF Mod. A	46.274.250	47.837.365	3,4%
USF Mod. B	83.596.540	87.404.445	4,6%
Mercado SNS (Ambulatório)	1.472.891.176	1.565.468.491	6,3%

Da análise dos valores globais, conclui-se que para os medicamentos, apesar das USF Modelo B serem mais eficientes, em termos globais a despesa cresce a um ritmo superior, quando comparada com as de Modelo A. Este dado é justificável pelo crescimento diferenciado do número de utilizadores entre os diferentes modelos (Modelo A: 2,6%; e Modelo B: 4,5%).

Salienta-se ainda, que o **ritmo de crescimento nas USF da rubrica medicamentos (4,1%) é significativamente inferior à verificada em termos nacionais para o mercado de ambulatório (6,3%)**, 35% abaixo do crescimento nacional.

Em relação aos MCDT o ritmo de crescimento em termos de encargos SNS é superior nas USF Modelo B, reflexo dos dois efeitos referidos: serem comparativamente menos eficientes em termos dos valores médios e apresentarem maior ritmo de crescimento em termos do número de utilizadores abrangidos.

Nos últimos anos tem-se assistido a um interesse crescente sobre pagamento de acordo com o desempenho. Apesar da limitada evidência, esta proposta tem sido advogada para a aceleração da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. A menor qualidade quase sempre aumenta os custos através da ineficiência, prolongamento da necessidade de cuidados e necessidade de tratamentos e cirurgias complementares. Os programas de pagamento por desempenho desejam fortalecer a melhoria da qualidade, premiando a excelência e minorando as perversidades das modalidades de pagamento, nomeadamente a deterioração do acesso e desinvestimento em qualidade.

A contratualização de metas de desempenho com as USF deve conduzir, por si só, a esforços tangíveis na melhoria dos níveis da acessibilidade, dos desempenhos assistencial e económico e da satisfação dos utentes, bem como distinguir as USF que atinjam as metas contratualizadas com a atribuição de recompensas, suportadas pelos ganhos de eficiência previamente incorporados no sistema de saúde.

Como verificámos anteriormente, nem todas as USF estão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre as USF Modelo A e USF Modelo B é resultante do grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo, dos incentivos dos profissionais e do modelo de financiamento. As equipas multiprofissionais das USF, independentemente do modelo em que se enquadrem, têm acesso a incentivos institucionais que constam da carta de compromisso, contratualizados anualmente e que são aferidos pelo seu desempenho. Os incentivos institucionais traduzem -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.

A atribuição de incentivos financeiros é aplicada a enfermeiros e ao pessoal administrativo das USF Modelo B e depende da concretização de metas contratualizadas referentes a actividades decorrentes de vigilância de mulheres em planeamento familiar e grávidas, de vigilância de crianças do nascimento até ao segundo ano de vida, de vigilância de diabéticos e de hipertensos. Assim, o Modelo B 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. O valor máximo anual dos incentivos financeiros a distribuir, por profissional, é de € 3600 para os enfermeiros e de € 1.150 para o pessoal administrativo.

Importa ainda referir que para as USF Modelo B, 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, e um suplemento para o orientador de formação do internato complementar de medicina geral e familiar. Em 2009, não existiu base para o cálculo das unidades ponderadas das actividades específicas (24 meses de histórico) dos médicos associados ao desempenho, e respectiva qualidade assistencial, tendo sido aplicada a atribuição de oito unidades contratualizadas (UC) por médico.

De acordo com a avaliação feita pelos DCARS à actividade das USF afectas a cada região, na área dos indicadores para a atribuição de incentivos institucionais, conclui-se que, relativamente a 2009 e em termos nacionais, vinte e sete unidades

recebem o incentivo a 100%, cinquenta e duas unidades recebem 50% do incentivo e, metade das USF (setenta e nove unidades) não recebe incentivo. Ou seja, 17% das USF, a nível nacional, cumpriram as metas que lhes foram propostas por forma a poderem receber incentivos. Em termos de valores atribuídos (incentivos institucionais), estes representaram 923.200€.

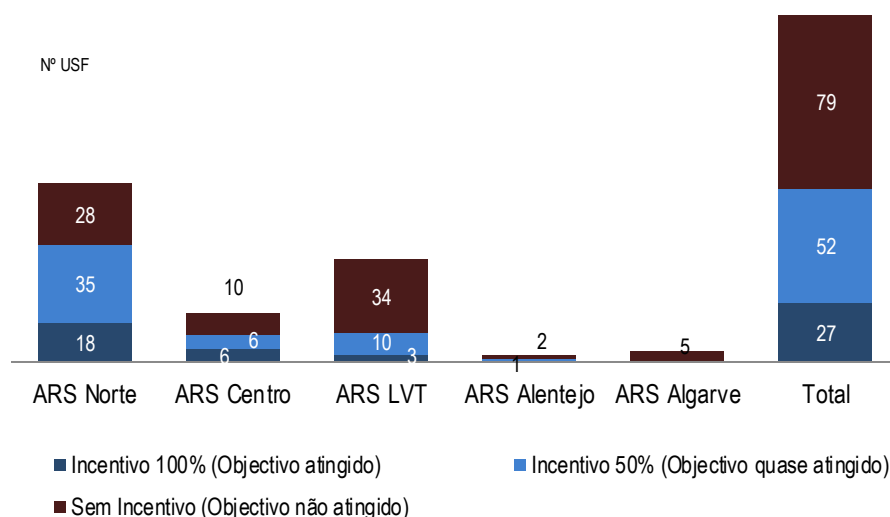


FIGURA 28. DISTRIBUIÇÃO DAS USF DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO PARA A ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS INSTITUCIONAIS EM 2009.

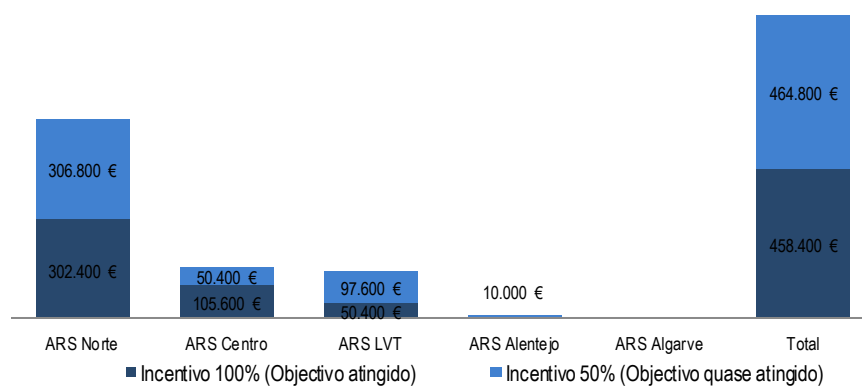


FIGURA 29. INCENTIVOS INSTITUCIONAIS DISTRIBUÍDOS POR CADA REGIÃO DE SAÚDE EM 2009

Relativamente aos indicadores para atribuição de incentivos financeiros, no ano 2009, verifica-se que num total de oitenta e duas USF em modelo B, vinte e sete unidades (33%) têm direito a incentivo a 100% para distribuir pelos seus enfermeiros e administrativos, vinte e três USF receberão o incentivo a 50% e trinta e duas unidades não alcançaram as metas que lhes foram propostas para este tipo de indicadores. Os valores atribuídos para este grupo de incentivos atingiram os 1.217.644 €.

O presente relatório visa, de forma sucinta, dar a conhecer o panorama nacional relativamente ao processo de contratualização com as USF no ano de 2009. A análise gráfica apresentada de forma complementar, em anexo, permitirá, com mais detalhe, apresentar a evolução comparativa dos diferentes indicadores nas cinco regiões.

Apesar de existirem alguns indicadores para os quais foram contratualizadas metas em 2010 abaixo dos valores contratualizados para 2009, em termos medianos, todos os indicadores contratualizados para 2010, tiveram por meta valor igual ou superior ao contratualizado em 2009.

Por outro lado, existem indicadores que, tanto pelo valor que apresentam de mediana, como pelos valores mínimo e máximo observados, atingiram níveis de estabilidade bastante razoáveis, como, por exemplo, os relacionados com o Plano Nacional de Vacinação. Entende-se, pois, que deverá considerar-se a inclusão de novos indicadores, mais exigentes e vocacionados para os resultados alcançados, que permitam abraçar outras áreas das necessidades em saúde, com vista à obtenção de maiores ganhos de desempenho, qualidade e eficiência no âmbito dos CSP.

De uma forma geral, esta análise permite constatar a persistência de variações entre os valores atingidos nas diferentes unidades e regiões. A amplitude de variação dos desempenhos entre USF reforça a necessidade de:

1. Responsabilizar mais os Conselhos Clínicos dos ACES quanto à análise das variações de desempenho internas e quanto ao desenvolvimento e/ou disseminação de práticas eficazes de governação clínica nas suas unidades funcionais, incluindo UCSP;
2. Estimular a formação e a acção dos conselhos técnicos das USF, em especial nas USF com valores de desempenho menos favoráveis;
3. Preparar orientações que conduzam a uma definição mais precisa dos critérios de passagem de USF Modelo A para Modelo B, e vice-versa em caso de desempenhos menos satisfatórios, tal como previsto na legislação.

Saliente-se, contudo, que eventuais diferenças poderão estar associadas ao facto da análise incluir, indistintamente, um conjunto de USF com graus de implementação diferentes (o universo de USF analisadas contempla unidades com até um ano de actividade e outras com um três ou mais anos de actividade), pelo que, resultados mais robustos, a nível nacional, exigem a consolidação de alguns indicadores de desempenho contratualizados nessas unidades mais recentes.

De uma forma genérica, as USF demonstram claramente maior eficiência que a generalidade dos cuidados de saúde primários.

Entre 2008 e 2009 podemos constatar a existência de progressos no desempenho das USF em praticamente todos os indicadores de desempenho, demonstrando uma crescente melhoria dos cuidados prestados aos cidadãos.

TABELA 5. INDICADORES PARA A ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS INSTITUCIONAIS _ TOTAL NACIONAL 2009

INDICADORES PARA ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS INSTITUCIONAIS				AVALIAÇÃO 2009				META CONTRATUALIZADA PARA 2010					
Código	Designação	Meta contratualizada				Resultado Atingido				Mínimo	Média	Mediana	Máximo
		Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Máximo				
ACESSO													
3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	70,00%	82,15%	80,00%	85,00%	62,45%	85,03%	85,84%	95,17%	65,00%	81,73%	80,00%	86,00%
3.15	Taxa de utilização global de consultas	66,00%	70,50%	70,00%	76,00%	51,95%	67,53%	67,49%	79,85%	55,00%	70,39%	70,00%	76,00%
4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	3,00	27,41	28,00	45,00	0,18	31,13	29,43	106,81	6,00	27,32	28,00	45,00
4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	9,00	139,08	140,00	225,00	1,29	151,16	155,11	291,34	16,00	141,09	140,00	300,00
DESEMPENHO ASSISTENCIAL													
5.2.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em três anos)	30,00%	51,07%	50,00%	80,00%	14,00%	45,84%	46,58%	76,50%	24,00%	55,27%	55,00%	75,00%
5.1.2	Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos	40,00%	64,65%	65,00%	82,00%	4,76%	59,20%	60,67%	88,03%	38,00%	67,00%	70,00%	85,00%
5.4 MOD	Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA1C registadas nos últimos doze meses, desde que abranjam os dois semestres	68,00%	79,73%	80,00%	87,00%	12,00%	65,10%	68,00%	94,68%	20,00%	78,88%	80,00%	95,00%
5.10	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos seis meses	80,00%	92,77%	95,00%	97,00%	24,70%	78,69%	82,64%	94,64%	70,00%	91,79%	93,00%	95,00%
6.1 (2A)	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos	98,00%	98,53%	99,00%	99,00%	88,00%	97,98%	99,00%	100,00%	97,00%	98,45%	98,00%	100,00%
6.1 (6A)	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos	97,00%	97,97%	98,00%	99,00%	84,50%	97,49%	99,00%	100,00%	96,00%	97,92%	98,00%	100,00%
6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias	75,00%	84,86%	85,00%	97,00%	51,00%	81,93%	83,79%	100,00%	50,00%	85,55%	85,00%	98,00%
6.9	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	75,00%	84,40%	85,00%	95,00%	31,76%	83,05%	85,19%	100,00%	70,00%	83,35%	85,00%	95,00%
EFICIÊNCIA													
7.6	Custo médio de medicamentos, por utilizador	84,17 €	185,93 €	188,66 €	350,55 €	75,07 €	185,67 €	186,18 €	275,18 €	110,00 €	188,07 €	186,95 €	261,42 €
7.7	Custo médio de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, por utilizador	42,00 €	65,86 €	66,35 €	107,86 €	23,52 €	62,08 €	61,87 €	98,84 €	11,00 €	64,07 €	63,61 €	96,56 €

TABELA 6. INDICADORES PARA A ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS FINANCEIROS _ TOTAL NACIONAL 2009

INDICADORES PARA ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS FINANCEIROS				AVALIAÇÃO 2009				META CONTRATUALIZADA PARA 2010					
Código	Designação	Meta contratualizada				Resultado Atingido				Mínimo	Média	Mediana	Máximo
		Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Máximo				
5.2 mod	Percentagem de mulheres entre 25 e 49 anos, vigiadas, com colpocitologia actualizada	45,00%	76,07%	75,00%	85,00%	56,56%	81,96%	83,05%	95,43%	50,00%	86,38%	88,00%	96,00%
3.22 mod	Taxa de utilização de consultas de enfermagem em planeamento familiar	25,00%	41,04%	40,00%	55,00%	12,61%	41,01%	39,30%	71,34%	34,00%	48,02%	50,00%	65,00%
4.22	N.º médio de consultas de enfermagem em Saúde Materna	6,00	6,04	6,00	8,00	2,91	8,10	7,97	15,10	70,00%	86,41%	85,00%	96,00%
6.4	Percentagem de grávidas com revisão de puerpério efectuada	75,00%	82,70%	80,00%	92,00%	11,11%	66,48%	73,46%	100,00%	45,00%	85,67%	90,00%	95,00%
4.33	Percentagem de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas a puérperas vigiadas durante a gravidez	30,00%	62,15%	70,00%	330,00%	13,33%	57,79%	58,92%	97,47%	10,00%	66,29%	80,00%	95,00%
6.13	Percentagem de diagnósticos precoces (TSHPKU) realizadas até ao sétimo dia de vida do RN	90,00%	96,50%	95,00%	99,00%	40,42%	90,08%	91,75%	99,25%	70,00%	96,32%	95,00%	99,00%
4.34 mod	Percentagem de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas a RN até aos 15 dias de vida	20,00%	58,15%	70,00%	90,00%	14,40%	54,73%	51,57%	94,96%	10,00%	64,94%	80,00%	95,00%
4.9	N.º médio de consultas médicas de vigilância em saúde infantil dos zero aos 11 meses	6,00	6,00	6,00	6,00	3,16	6,98	6,15	16,10	40,00%	83,80%	85,00%	95,00%
4.10	N.º médio de consultas médicas de vigilância em saúde infantil no 2.º ano de vida (12-23 meses)	3,00	3,00	3,00	3,00	1,07	2,83	2,72	5,72	60,00%	81,70%	80,00%	95,00%
5.13 mod	Percentagem de inscritos com IMC registado nos últimos doze meses (2 anos)	75,00%	94,33%	95,00%	98,00%	9,13%	71,32%	73,14%	95,80%	60,00%	93,02%	95,00%	98,00%
6.1	Percentagem de crianças com 2 anos com PNV actualizado	98,00%	98,63%	99,00%	99,00%	87,39%	97,73%	99,00%	100,00%	97,00%	98,57%	99,00%	99,00%
6.19	Percentagem de diabéticos abrangidos pela consulta de enfermagem	75,00%	88,80%	90,00%	95,00%	37,53%	85,85%	92,05%	99,63%	80,00%	91,70%	95,00%	99,00%
5.7	Percentagem de diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado no ano	80,00%	84,99%	85,00%	92,00%	44,24%	85,33%	90,96%	98,88%	85,00%	92,01%	95,00%	99,00%
5.10	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos seis meses	80,00%	93,35%	95,00%	97,00%	42,85%	82,27%	84,38%	96,88%	80,00%	92,94%	95,00%	95,00%
5.13 mod	Percentagem de hipertensos com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses	80,00%	89,75%	90,00%	95,00%	12,69%	85,59%	89,85%	99,27%	82,00%	91,97%	95,00%	96,00%
6.2 mod	Percentagem de hipertensos com vacina antitetânica actualizada	40,00%	77,45%	82,50%	95,00%	23,94%	87,64%	92,42%	99,53%	80,00%	91,61%	93,00%	99,00%

Nota: Os Indicadores 4.22; 4.9 e 4.10 passam a ter a seguinte designação em 2010

- 4.22 Percentagem de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna
 4.9 Percentagem de crianças com pelo menos 6 consultas de vigilância em saúde infantil dos zero aos 11 meses
 4.10 Percentagem de crianças com pelo menos 3 consultas de vigilância em saúde infantil no 2.º ano de vida