

Departamento de Sociologia e Políticas Públicas

**Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal:
Análise dos indicadores contratualizados entre 2015-2019**

Ana Margarida Borronha Horta

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Políticas Públicas

Orientador(a):
Doutor Tiago Correia, Professor Auxiliar,
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2019

AGRADECIMENTOS

Ao professor Doutor Tiago Correia, que orientou esta dissertação com toda a paciência, rigor, presença e dedicação que só ele poderia dar. O seu rigor científico e conhecimento foram fundamentais para a realização desta dissertação, mas acima de tudo para fazer desta experiência o projeto mais enriquecedor que alguma vez tive academicamente.

Ao meu maior pilar, a minha mãe que todos os dias me dá o maior exemplo de trabalho, amor e resiliência. Obrigada por estares sempre ao meu lado e me incentivares a lutar pelos meus sonhos.

À minha irmã que sempre me faz rir e é o meu ponto de equilíbrio. Obrigada por todos os dias me inspirares a ser melhor.

Ao André que me ouviu diariamente, sem nunca reclamar. Obrigada pela força, ânimo e apoio incondicional. Não seria possível sem o teu amor.

A todos os meus amigos e família, que sempre estiveram lá para mim com um sorriso e uma palavra de carinho quando mais precisei.

Não há palavras suficientes, que caibam aqui para expressar o quão agradecida estou e estarei por me terem acompanhado nesta jornada e terem, de alguma forma, contribuído para chegar à meta.

A todos, obrigado!

RESUMO

Os cuidados de saúde são uma das arenas políticas mais dinâmicas nas sociedades modernas. Enquanto o setor enfrenta vários desafios, mas também aposta na criação de modelos inovadores como resposta política a pressões como a crise económica global, austeridade, alteração do cenário demográfico. Um dos grandes pilares da reforma dos CSP em 2005 foi a reconfiguração dos centros de saúde constituindo pequenas equipas em unidades de saúde autónomas e mais próximas dos cidadãos.

A partir de 2005, e com base nas experiências do Projeto Alfa e do Regime Remuneratório Experimental, as unidades de saúde passaram a desenvolver um processo de contratualização. A contratualização é um instrumento da governança multinível moderno e que consiste num acordo documentado, entre 2 ou mais partes sendo uma delas o financiador e a outra parte o prestador (neste caso um prestador de serviços de saúde). É um processo em que cada parte envolvida contribui com uma técnica (*know-how*) bastante complexo em prol de uma meta comum. Nesta dissertação descreve-se a evolução do processo de implementação da contratualização nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, com destaque para a reforma iniciada em 2005.

Palavras-chave: governança multinível; cuidados de saúde primários; contratualização; indicadores de desempenho

ABSTRACT

Health care is one of the most dynamic political arenas in modern societies. As a sector it faces many challenges, but it also bets on creating innovative models in response to political demand resulting from pressures such as the global economic crisis, austerity and changing demographic scenario. One of the major pillars of the PHC reform in 2005 was the reconfiguration of health centers by forming small teams in autonomous health facilities closer to citizens.

Since 2005, and based on the experiences of the Alpha Project and the Experimental Remuneration Regime, the health units began to develop a contracting process. Contracting is a modern multilevel governance instrument, which consist of a documented agreement between two or more parties: one being the funder and the other being the provider (in this case a healthcare provider). It is a process in which each party involved contributes in a very complex *know-how* to reach a common goalcos. This dissertation describes the evolution of the implementation process of contractualization in health care in Portugal, highlighting the reform initiated in 2005.

Key-words: multilevel governance; primary health care; contractualisation; performance indicators

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	V
ÍNDICE DE TABELAS	VI
GLOSSÁRIO DE SIGLAS	VII
PARTE I: REVISÃO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	3
CAPÍTULO 1. GOVERNANÇA E POLÍTICAS PÚBLICAS	3
1.1. Governança Pública e Governança Multinível.....	3
1.2. Governança da Saúde	6
1.3. Contratualização.....	8
CAPÍTULO 2. AS POLÍTICAS DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL.....	11
2.1. As políticas públicas de saúde e o sistema de saúde em Portugal.....	11
2.2. Os Cuidados de Saúde Primários em Portugal	14
2.2.1. Definição, princípios e critérios	14
2.2.2. A reforma dos Cuidados de Saúde Primários de 2005 em Portugal.....	17
PARTE II: QUADRO ANALÍTICO E METODOLÓGICO	25
CAPÍTULO 3: MODELO DE ANÁLISE.....	25
3.1. Objetivos	25
3.2. Modelo de Análise.....	25
CAPÍTULO 4. DESENHO DA PESQUISA.....	28
4.1. Metodologia e fontes	28
4.2. Notas metodológicas e limitações da pesquisa.....	29
PARTE III: ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS INDICADORES.....	31
CAPÍTULO 5. ANÁLISE DOS INDICADORES DE CONTRATUALIZAÇÃO.....	31
5.1. Centro	31
5.2. Lisboa e Vale do Tejo	31
5.3. Alentejo	32
5.4. Algarve.....	33
CAPÍTULO 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	35
CONCLUSÕES E PISTAS FUTURAS	39
REFERÊNCIAS	40
ANEXOS.....	I

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Dimensões das Reformas no Âmbito da Governança Multinível.....	6
Figura 2. Evolução do N° de USF (A e B), UCSP e UCC	24

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Modelo de Análise: Indicadores Contratualizados	26
---	----

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral de Saúde

MLG – corresponde à versão inglesa do conceito de governança multinível (*multi-level governance*), sendo aqui utilizada atendendo à sua utilização generalizada nos textos académicos e institucionais consultados

NGP – Nova Governança Pública

OMS/ WHO – Organização Mundial de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SIARS - Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidades Locais de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

INTRODUÇÃO

Em Portugal têm-se debatido a necessidade crescente da descentralização de todo o ciclo de políticas públicas (desde o agendamento à avaliação) e das parcerias com atores que estejam mais próximos das regiões. Das políticas de saúde em concreto, vemos a atual lei de Bases de Saúde (Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro), que prevê a descentralização e participação. Este Decreto-Lei estabelece os procedimentos para transferir competências para as autarquias e para as comunidades intermunicipais, competências essas no âmbito da manutenção, conservação e equipamentos das instalações de unidades dos cuidados de saúde primários. Prevê-se ainda o estabelecimento de “uma parceria estratégica entre os municípios e o SNS” (por exemplo na prevenção de doenças, promoção de um estilo de vida mais ativo e saudável, envelhecimento ativo). Este processo visa melhorar a formulação e implementação das políticas públicas por agregar diferentes atores sociais distribuídos por todo o território nacional, sendo parte deles ligados à esfera municipal, que podem vir a participar e influenciar os seus respetivos planos de políticas.

Em 2005, após as eleições legislativas, uma das primeiras medidas do governo foi a reorganização dos Cuidados de Saúde Primários, instituindo as USF e os ACES e um novo modelo de gestão, possibilitando a reforma dos Cuidados de Saúde Primários assente em alguns pilares: centralidade dos cidadãos, mais autonomia na gestão corrente dos prestadores, trabalho multidisciplinar, maior integração e adaptação à realidade dos territórios locais. É neste contexto que surge a necessidade de implementar instrumentos como a contratualização, a qual visa um contrato entre os atores envolvidos numa determinada política. Neste caso específico pretende-se compreender o contacto entre o Estado e os ACES e posteriormente entre os ACES e as unidades de saúde. Passados quase 14 anos desde esta última reforma dos CSP e 10 anos desde as primeiras implementações da contratualização deste novo modelo é justificável refletir sobre o processo e os resultados alcançados até ao momento.

O objetivo geral deste estudo é contribuir para a discussão sobre o desempenho dos ACES através da análise dos indicadores que foram contratualizados. Em concreto, perceber se tem havido uma evolução positiva nos indicadores de acessibilidade, desempenho assistencial, eficiência e satisfação dos utentes. Metodologicamente o estudo cumpre-se através da comparação entre os resultados alcançados em cada indicador comum aos 5 anos em análise (2015-2019). Ao analisar o desempenho dos indicadores contratualizados, pretende-se contribuir para discussão do papel da contratualização em matéria de cuidados de saúde primários e se estes estão hoje melhores do que antes da atual reforma. Sendo que esta reflexão ainda não foi muito explorada academicamente, espera-se contribuir também para o início de uma discussão necessária e tão importante para o panorama português.

Esta dissertação encontra-se dividida em três partes essenciais. A primeira refere-se a uma revisão pelos conceitos teóricos, que direta ou indiretamente, são fundamentais à discussão da temática

da contratualização. Desenvolve-se os conceitos da governança, governação de saúde, a evolução do sistema de saúde e dos cuidados de saúde primários em Portugal e a contratualização. A segunda parte remete-se às métodos e modelo de análise utilizados para avaliar a política de contratualização nos cuidados de saúde primários. Na terceira e última parte é exposto o estudo empírico, onde através dos dados recolhidos, é feita uma análise destes. Conjugando os resultados, com a revisão bibliográfica, apresentam-se as conclusões.

PARTE I: REVISÃO TEÓRICO-CONCEPTUAL

CAPÍTULO 1. GOVERNANÇA E POLÍTICAS PÚBLICAS

Numa altura de problemas complexos e recursos escassos, as formas tradicionais de poder tornaram-se cada vez mais desadequadas à sociedade fluída, volátil e líquida (Bauman, 2000), dando lugar a formas mais interativas, negociais e, por vezes, informais de atuação (Monteiro e Horta, 2018). Acontecimentos, e fenómenos mais recentes, como a crise financeira mundial, as alterações demográficas ou o novo quadro das tecnologias de informação e comunicação exigiram dos próprios Estados novas abordagens às políticas públicas, e estruturas institucionais permitindo uma maior participação dos diversos atores sociais (públicos, privados, com ou sem fins lucrativos) que desempenham um papel cada vez mais ativo e significativo no ciclo das políticas públicas, ainda que cada um deles se envolva em função dos seus objetivos. Neste capítulo farei uma revisão teórica dos conceitos que estão na base da governança e as suas aplicações à saúde.

1.1. Governança Pública e Governança Multinível

É crucial conhecer os modelos de organização e gestão pública que se propõem melhorar a eficiência dos recursos e a eficácia das políticas públicas - *value for money* (Costa, 2013), mas não é menos importante perceber quais os determinantes necessários para que a mudança seja bem-sucedida. Num contexto onde múltiplos atores contribuem para a implementação de políticas e prestação de serviços, começam a surgir novas estratégias que visam modelos de gestão assentes na auto-organização, interdependência e autonomia dos diversos atores face ao Estado (Rhodes, 1996). Este modelo está explicitamente ligado à administração pública e ao modo de implementar as políticas públicas, o que não significa que não seja adequado a todos os setores políticos, pois todos os setores são da competência da administração pública. A governança pública pode ser, simplificando o conceito, definida como a coordenação entre instituições e agências num setor político, no sentido de cumprir objetivos comuns (Dickinson, 2016). Descreve ainda a divisão de controlo e padrões de interação entre os atores sociais envolvidos.

Entre 1940 e 1970, em termos de governança nos serviços públicos, foi predominante a hierarquia (Peck e Dickinson, 2008 *apud* Dickinson, 2016) e durante muitos anos este foi o modelo usado. Foi alvo de várias críticas por ser ineficiente, consumir demasiados recursos públicos e estar demasiado focado em servir os interesses dos profissionais em vez dos cidadãos. Numa tentativa de responder a este cenário de incertezas e da procura de novos paradigmas para a condução da administração pública, desenvolvem-se novas práticas de gestão para ampliar a capacidade de reposta. O conceito de Nova Governança Pública, apesar de amplamente divulgado e usado nos fóruns políticos e académicos, ainda é um conceito impreciso e usado em vários contextos, como “1) estado mínimo; 2) governança empresarial; 3) nova gestão pública; 4) ‘boa governança’; 5) sistema socio-cibernético; 6)

redes auto-organizadas” (Rhodes, 1996 *apud* Monteiro e Horta, 2018: 7). Em países com economias liberais, por exemplo, a solução passou por introduzir mercados em algumas áreas públicas (Peters, 1993 *apud* Dickinson, 2016). Com os serviços públicos a serem prestados pelo governo (setor público), mas também pelo mercado (setor privado), o Estado fragmentou-se e isso implicou que as organizações cooperassem umas com as outras para prestar determinado serviço. (Dickinson, 2016). A introdução do mercado atravessou todos os modelos económicos, mas o importante a reter é a ideia de mercado e concorrência.

A fragmentação do Estado implica que as decisões políticas não estejam concentradas num só nível, ou seja, há uma separação de funções entre os nível central e o operacional (Costa, Silva e Ribeiro, 2000). Para tal começam a desenvolver-se novas relações e mecanismos de governança entre os níveis, em prol do mesmo propósito. É aí que surge o conceito de governança multinível. O conceito de governança multinível (MLG), inicialmente avançado por Gary Marks em 1992 no âmbito dos estudos sobre integração europeia, representa uma tentativa de compreender o desenvolvimento de formas de governança através de diferentes níveis territoriais, tendo captado a atenção de políticos e académicos para além das fronteiras europeias (Piattoni, 2016 *apud* Monteiro e Horta, 2018). Pode, assim, ser considerado uma especificidade do conceito de governança pública.

A MLG pertence a uma segunda fase de estudos teóricos sobre a integração europeia e pode ser definida por sistemas de “negociação contínua entre os governos alojados em vários níveis territoriais” (Marks, 1993: 393 *apud* Daniell e Kay, 2017: 6). Pierre e Peters (2000) ou OECD (2007) acrescentam que é a relação de coordenação estabelecida entre os vários níveis de governo (nacional, local e/ou regional), numa determinada área política, em prol dos mesmos objetivos. A autoridade não está dispersa apenas verticalmente, entre os níveis de administração, mas também horizontalmente, entre diferentes setores de interesse e esferas de influência incluindo atores não-governamentais, mercados e sociedade civil (Bache e Flinders, 2004).

A MLG assenta no princípio da subsidiariedade, evitando que as decisões se concentrem apenas num nível de poder e permitindo que as políticas sejam implementadas no nível de governação mais adequado. Tal implica a partilha de responsabilidade e coparticipação entre os níveis em questão, seja na formulação das políticas ou na legislação comunitária por intermédio dos diferentes mecanismos (consulta, análises de impacto territorial, etc) (Monteiro e Horta, 2018).

O modelo de análise desenvolvido por Charbit (2009; 2011) assume como governança multinível o quadro de relações que se estabelecem entre atores públicos situados em diferentes níveis administrativos. A autora observou que existem sete *gaps* dominantes que questionam a MLG e que devem ser tidos em conta numa fase inicial de diagnóstico do quadro institucional público (níveis central e regional/local). Todos os países são confrontados com estes *gaps* na implementação de políticas

públicas, principalmente no que diz respeito aos atores públicos. Detalhando cada um dos *gaps per se*, temos que (Charbitt, 2011, *apud* Monteiro e Horta, 2018):

- Informação – diz respeito às assimetrias de informação (quantidade, qualidade e tipo) entre as diferentes partes interessadas sejam voluntárias ou não.
- Capacidade de atuação – diz respeito à capacidade científica, técnica e infraestrutural insuficiente dos atores, principalmente para desenhar estratégias adequadas.
- Financiamento – diz respeito à instabilidade e/ ou insuficiência das receitas que prejudica a implementação de políticas a nível subnacional.
- Políticas públicas – diz respeito à fragmentação setorial entre os ministérios e agências.
- Capacidade administrativa – diz respeito à descoincidência entre as áreas funcionais e os limites administrativos.
- Objetivos – diz respeito às diferentes racionalidades dos atores envolvidos, o que cria um obstáculo para a adoção de uma meta convergente.
- Prestação de contas – diz respeito à dificuldade que há em garantir a transparência das práticas nos diferentes níveis de governação.

Este novo interesse nas reformas da MLG representa um tipo de governança pública particularmente complexo. Tais reformas são geralmente conduzidas pelo governo central que precisa de adotar uma abordagem sistémica e integrativa, considerando não só todos os níveis de governação, mas também as suas interações. Por vezes os objetivos das reformas de governança variam (e podem até ser contraditórios) de nível para nível, consoante o contexto económico, social e orçamental. As reformas incluem três dimensões principais, que estão relacionadas entre si (OECD, 2017, *apud* Monteiro e Horta, 2018):

- Dimensão institucional – nesta dimensão as reformas visam a reorganização de poderes e responsabilidades em todos os níveis do governo, ou seja, descentralizando (ou centralizando embora seja raro) tarefas, recursos humanos e redefinindo as relações entre os diferentes níveis de governo para que sejam criados mecanismos eficientes de coordenação verticais e horizontais.
- Dimensão territorial – os arranjos nesta dimensão visam reorganizar as estruturas territoriais através da atualização das áreas administrativas dos governos regionais e locais e através da modificação dos limites geográficos dos governos regionais/locais. O principal objetivo passa por alcançar uma combinação adequada entre a capacidade das estruturas subnacionais e as suas responsabilidades. Estas reformas territoriais podem abranger os governos subnacionais e o governo central.
- Dimensão da gestão pública – estas reformas visam reestruturar os processos administrativos e executivos dos governos subnacionais com base no melhoramento da eficácia, eficiência,

qualidade, abertura, transparência, responsabilidade, participação e coordenação do cidadão (ideais da “nova gestão pública”). Devido às fortes interações com os processos administrativos subnacionais e centrais, as reformas da gestão pública acabam por ter impacto tanto nos governos centrais como nos subnacionais.

Figura 1. Dimensões das Reformas no Âmbito da Governança Multinível



FONTE: Adaptado de OECD (2017), *apud* Monteiro e Horta, 2018

A MLG é sempre necessária para gerir as políticas públicas em contexto de descentralização, pois nestes contextos está privilegiado a interação entre os atores interessados (a total separação de poderes não é possível de alcançar) na implementação de políticas e uma das características da MLG passa exatamente pela relação privilegiada entre os atores públicos situados em níveis administrativos e territoriais diferentes (Charbit, 2011).

1.2. Governança da Saúde

Os cuidados de saúde são uma das arenas políticas mais dinâmicas nas sociedades modernas. Os desafios que o setor da saúde enfrenta motivou a inovação criativa de novos modelos institucionais de governação em resposta à procura pública (Kuhlmann, *et. al*, 2015). Num mundo em constantes mudanças a capacidade de influenciar os determinantes de saúde, o *status* e resultados de saúde não pode ser assegurada apenas por um meio de ação nacional (Stefen, Lamping e Letho 2005). A sociedade moderna é também a sociedade do conhecimento, com acesso aos *media* e informação, por isso muitas vezes os debates políticos são colocados na esfera social, em vez de na esfera política. Beck (2000). Ver também

Kickbusch, 2007) definiu este processo como “atividade subpolítica”: todos os problemas do quotidiano podem ser transformados num problema político e um elevado número de grupos não envolvidos no processo político “normal”, podem definir agendas relacionadas com os seus estilos de vida (Giddens, 1998 *apud* Kickbusch, 2007). Como consequência, surge um novo espaço político de atuação e um leque de atores sociais/políticos cada vez maior a definirem temas.

A saúde e a doença são realidades físicas ao mesmo tempo que são construções sociais que constantemente redefinem e desafiam a governação (Carapinheiro e Correia, 2015). A individualização, a diferenciação e a globalização da sociedade moderna alteraram a natureza da saúde e embora a forma como entendamos e vivemos a saúde seja o resultado dos contextos sociais e económicos, também é um significativo fator definidor do desenvolvimento de um país (Kickbusch, 2007). Um exemplo visível é o aumento da esperança média de vida que obrigou a redefinir o espaço da vida social e política. Estas novas mudanças levaram a debates sobre, por exemplo, o equilíbrio apropriado entre os diferentes níveis de governança, quais os papéis que os atores públicos e privados devem desempenhar e quais são as regras e estruturas institucionais necessárias para proteger e promover a saúde humana (Stefen, Lamping e Letho 2005).

Os sistemas de saúde e os seus determinantes são muito complexos. Para a governação da saúde, “o desafio centra-se em conseguir compatibilizar a promoção e a proteção da saúde das pessoas, com a necessidade de incentivar o crescimento económico da comunidade” (Sousa, 2009 *apud* Oliveira, 2012: 6). Há vários modelos de governança de saúde, tais como: a) estatal; b) rede; c) profissional e d) de mercado.

O modelo de governança é reconhecido como um fator-chave importante para melhorar o desempenho institucional (Kersbergen e Waarden, 2004 *apud* Baez-Camargo, 2011), porém ainda permanecem questões sem resposta para a implementação de políticas de saúde, como por exemplo, de que forma é que governança da saúde pode contribuir para melhorar um sistema de saúde? (Brinkerhoff e Bossert, 2014). A governação em saúde requer uma abordagem multissetorial e assume um papel decisivo na organização das unidades prestadoras de serviços de cuidados, pois sustenta a comunicação entre os vários atores envolvidos: gestores, cidadãos e profissionais de saúde (PNS, 2014). O modelo é indispensável para assegurar um processo mais transparente, contribuindo para melhorar a qualidade clínica, da gestão do risco e da segurança dos doentes (OPSS, 2009 *apud* PNS, 2014).

Uma das características da globalização é o aumento de atores não-governamentais que se envolvem na decisão e implementação de medidas políticas, em contrapartida decresce a percentagem de indivíduos que acreditam na autoridade e na capacidade de os governos protegerem e promoverem a saúde dos cidadãos (Deacon *et. al*, 1997 *apud* Steffen, 2005). Os atores não-governamentais têm vindo a ganhar muito espaço de poder e influência tanto formalmente, como informalmente e incluem os

grupos da sociedade civil, movimentos sociais, companhias privadas, consultoras, *think tanks* e movimentos religiosos.

1.3. Contratualização

A contratualização é uma ferramenta da governança multinível, que faz parte de um plano maior de reforma da Administração Pública e é utilizada nos vários setores, inclusive no setor da saúde. Há uma relação vinculativa entre um financiador e um prestador no qual o primeiro prevê uma compensação à outra parte “em troca de um conjunto de serviços de saúde a uma população-alvo” (Monteiro, *et. al*, 2017: 1). É assente numa filosofia contratual e baseia-se na autonomia e responsabilidade de ambas as partes, sustentando-se num sistema de informação que permita um planeamento e avaliação eficaz, considerando que o objeto de contrato são as metas de produção, acessibilidade e qualidade (Soaranz e Pisco, 2017). Os autores afirmam que uma correta contratualização é uma forma de “incentivar o desempenho, monitorizar e demonstrar ganhos” (Soaranz e Pisco, 2017: 684).

Os envolvidos, na celebração do contrato, devem coordenar as suas obrigações para respeitar a relação e para isso é preciso estarem de acordo em vários tópicos, como a distribuição de autoridade (o direito à decisão pode incluir direitos partilhados), a distribuição das contribuições (incluindo fundos, capital humano, etc) e um mecanismo de garantia que fortaleça as promessas mútuas (OECD, 2007). Stewart e Ranson (1994 *apud* Escoval, 2010) dizem que a própria forma como o contrato é realizado, pode gerar um obstáculo à flexibilidade pois podem gerar-se preocupações muito focadas no contrato e menos no processo em si, dificultando a aprendizagem.

Um estudo da OECD, publicado em 2007, desenvolveu um modelo analítico para explicar a eficiência da alternativa de contratualizar entre o governo central e o os níveis regionais e como o desempenho das instituições podem ser melhoradas (OECD, 2007). Este estudo não se foca nos parâmetros económicos dos contratos, mas sim na própria relação que se estabelece entre os respetivos níveis. O mesmo estudo explica que os contratos entre os níveis de governo podem variar e que descentralização de tarefas através do governo central e a distribuição de privilégios a níveis institucionais mais baixos tem vindo a ser tendência e parece resultar numa maior responsabilidade regional. Ao mesmo tempo aumenta a dependência do governo central, devido à “luta” por recursos (Bergvall, 2006 *apud* OECD, 2007).

A contratualização não tem necessariamente de ser entre dois níveis de governo e pode envolver dois ou mais intervenientes (públicos ou privados). O modo de contratualização, ou o tipo de contrato, são feitos por necessidade das partes envolvidas (por exemplo falta de recursos, etc). Pode-se ou não manter a contratualização após cumpridos os objetivos, ou podem ser impostos contratos pela lei e definidos os termos em que a cessação acontecerá (Silva, Escoval e Hortale, 2014). Podem ainda ser transacionais/completos quando todos os direitos e deveres são definidos *ex-ante*. É um tipo de contrato

mais complexo e a supervisão está ao encargo de uma 3ª parte (QREN, 2013), que pode ser por auditoria externa ou interna. Por outro lado, a contratualização pode ser do tipo relacional/incompleto, nestes casos os problemas de coordenação são resolvidos *ex post*. São contratos baseados na lógica de cooperação, logo mais flexíveis, mas menos seguros (*idem*).

Vejam os a título de exemplo, o modelo de governação no Reino Unido e na Alemanha. Sendo o Reino Unido (UK) um país pioneiro e experimental no que toca à contratualização, é importante expormos um pouco o modelo de governação deste país. Para começar os CSP são literalmente a “porta de entrada” para o sistema de saúde. Nos anos 90, com a eleição do Partido Conservador, separou-se o financiamento do prestador através de contratos livres e da atribuição de incentivos à eficiência (Escoval, *et. al*, 2010). Ainda nos anos 90, em 1994, o NHS passou a ser orientado para os cuidados primários e em 1997, com a eleição do Partido Trabalhista, publicou-se o “White Paper”, um programa renovação do SNS em 10 anos tendo em conta as aprendizagens das experiências anteriores (*idem*). O atual modelo de contratualização do UK, o *practice-based commissioning*, caracteriza-se, entre muitas coisas, por aproximar a comunidade (profissionais, doentes e parceiros locais) ao processo de decisão (Escoval, *et. al*, 2010). Desta forma garante-se que o processo é transparente, justo e credível, o que assegura a responsabilização das partes envolvidas. A contratualização é estabelecida com base nos serviços melhorados permitindo a “prestação de cuidados para além dos especificados de forma *standard*” (Escoval, *et. al*, 2010: 26). A pressão sobre o modelo, passa pela necessidade de estabelecer uma rede de parcerias clínicas locais, totalmente responsável pela prestação e contratualização dos serviços, e constituídas pelos médicos de família, entidades comunitárias e especialistas de cuidados secundários (Escoval, Ribeiro e Matos, 2010).

Outro exemplo a expor é o da Alemanha, que assenta no modelo bismarckiano. Os cidadãos alemães subscrevem um seguro de saúde, implementado em 2007, que cobre as despesas com serviços preventivos, cuidados hospitalares em regime de internamento ou em ambulatório, consultas, cuidados de saúde mental, saúde oral, prescrição de medicamentos, reabilitação e subsídio de doença (Escoval, Ribeiro e Matos, 2010). Os cuidados de saúde primários são prestados por médicos de clínica geral, e embora não tenham essa função, dada a tendência, introduziram em 2000 o *gatekeeping* (sistema de acesso diferenciado aos cuidados secundários). Na década de 90 o sistema de contratos veio responder à necessidade de impulsionar “a inovação e a criatividade dos compradores de cuidados de saúde, no sentido de se procurarem novas formas de prestação e de remuneração” (Escoval, Ribeiro e Matos, 2009: 50), introduzindo-se os contratos experimentais (Modellversuche *apud* Escoval, Ribeiro e Matos., 2009) e os contratos estruturais (Strukturverträge *apud* Escoval, *et. al*, 2010). Estes contratos permitiam ter diferentes regras de pagamento aos prestadores assim como por criar redes com os prestadores de cuidados de saúde primários, com o propósito de *gatekeeping* (Escoval, Ribeiro e Matos., 2009). Atualmente, os cuidados de saúde primários na Alemanha são prestados por equipas multidisciplinares

e orientados para a população “reforçando o papel dos cuidados primários como coordenadores do ciclo de cuidados do doente” (Escoval, Ribeiro e Matos., 2009: 50).

CAPÍTULO 2. AS POLÍTICAS DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

Em muitos países “a globalização está a colocar a coesão social sob stress e os sistemas de saúde, enquanto constituintes essenciais da arquitetura da sociedade contemporânea” (WHO, 2008: 6), não atuam como deviam. Os indivíduos, cada vez mais exigentes dos seus direitos, exigem que os sistemas de saúde respondam eficientemente e mais rápido aos desafios das mudanças. Em Portugal, uma das respostas, não só dos profissionais de saúde, mas como política, foi a reorganização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). É relevante compreender a “visão geral” da evolução das políticas de saúde em Portugal. A seguir detalharei o que são os Cuidados de Saúde Primários e passo em revista a sua evolução até à mais recente reforma dos Cuidados de Saúde em 2005.

2.1. As políticas públicas de saúde e o sistema de saúde em Portugal

Embora não seja objeto de estudo deste trabalho fazer uma revisão legislativa exaustiva, há certas medidas importantes de referenciar para enquadrar o contexto sociopolítico em que surgem as políticas de saúde e a atenção aos Cuidados de Saúde Primários. As tomadas de decisões de políticas públicas de saúde são relativamente recentes, mas a sua compreensão implica um recuo no tempo (Campos e Simões, 2011 *apud* Rodrigues e Leão, 2014).

Ao longo da história Portugal registam-se várias alterações no modo como se foi entendendo a saúde. A prestação de cuidados de saúde e assistência tiveram origem em iniciativa religiosa e corporativa e, mais tarde, com as Misericórdias a desempenharem um papel central, principalmente junto dos mais carenciados (Rodrigues e Leão, 2014). As Misericórdias tinham um papel tão importante no apoio dos indivíduos em situações de doença, em grande medida, por serem tão próximas das populações. Só mais tarde é que os responsáveis locais começaram a olhar para a saúde como merecedora de um quadro legislativo, pois até meados do século XIX as tomadas de decisões políticas eram essencialmente relativas a emergências nacionais, como por exemplo surtos epidémicos (Rodrigues, 1993 *apud* Rodrigues e Leão, 2014). A partir do século XVI as questões sanitárias ganham relevância em Portugal e gradualmente foram-se tomando medidas com um elevado grau de eficácia nas situações de risco, porém as profundas alterações surgem com a implementação da democracia em 1974 (Rodrigues e Leão, 2014), mais à frente detalhado.

No século XX, era comum associar a assistência a cuidados médicos, por exemplo, o artigo 3, número 29 da Constituição da República de 1911 refere-se ao direito à assistência pública, que na altura era visto como uma prestação de cuidados médico-sanitários dos grupos mais desfavorecidos. A separação entre a saúde e assistência foi, aliás, visível, legislativamente, quando se extinguiu a Direção Geral de Saúde e Beneficência Pública e se criou a Direção Geral de Saúde (Decreto nº 3/1911 de 10 de

fevereiro). Embora o primeiro Ministério da Saúde e Assistência tenha sido criado em 1958 (Decreto-Lei nº 41825 de 13 de agosto), as medidas políticas públicas eram viradas para a consciencialização da importância de questões de saúde, do combate à doença e à morte. Mais tarde, em 1973 é que é criado o Ministério da Saúde, separando-o da “Assistência” devido às críticas à situação sanitária do país e a uma campanha de sensibilização por parte dos profissionais (Ferreira, 1990 *apud* Biscaia, *et. al* 2008). Talvez por isso a sua criação não tenha dado “origem a grandes modificações nas competências e meios disponíveis” (Biscaia, *et. al* 2008: 50).

A primeira reforma da saúde é o resultado das preocupações com as condições sanitárias da população portuguesa do início do século XX, com o médico Ricardo Jorge como autor, em 1889. Esta reforma foi um conjunto de diplomas aplicados em 1903 que tinham como objetivo estruturar um mecanismo sanitário de defesa da saúde da população e construir as bases do movimento de saúde pública (Ferreira, 1990 e Simões, 2004 *apud* Teixeira, 2012).

Em 1935, como medida de proteção laboral, forma a proteger os trabalhadores na “doença, na invalidez e no desemprego involuntário e também garantir-lhe pensões de reformas” (Barreto, 1996 *apud* Biscaia, *et. al* 2008: 50), iniciou-se a Previdência Social, isto é, seguros sociais obrigatórios. É assim que surgem os Serviços Médico-Sociais da Previdência Social, uma rede de cuidados, com cobertura nacional e prestação em regime ambulatorio (Carapinheiro e Pinto, 1987 *apud* Teixeira, 2012). A expansão dos beneficiários dos Serviços Médico-Sociais passou de 10% em 1954, para 78% em 1975 (Biscaia, *et. al* 2008). A constituição das Caixas de Previdência viria a ser o “primeiro passo para a organização dos cuidados de saúde primários” (OPSS, 2008: 100).

Segue-se, em 1945, aquela que alguns autores (Simões, 2004 *apud* Teixeira, 2012) consideram a segunda reforma no setor da saúde com o Decreto-Lei nº 35108/1945, de 7 de novembro. Este decreto permitiu a criação de delegações de saúde em cada distrito e subdelegações nos concelhos e assim são executadas as medidas de saúde tomadas pelos médicos sanitaristas (Ferreira, 1990 *apud* Teixeira, 2012). A partir de década de 50, Carapinheiro refere que a legislação portuguesa passou a ser enquadrada “por decisões emanadas da Organização Mundial da Saúde” (Carapinheiro, 2006: 142 *apud* Teixeira, 2012: 30). Se a década de 40 foi marcada pela emergência de estruturas que caracterizam a base do sistema português, a década de 50 foi marcada pela criação do quadro de pessoal para o funcionamento das mesmas estruturas (Teixeira, 2012).

No início dos anos 70, Portugal ainda não tinha alcançado mudanças significativamente positivas no setor da saúde. O Estado continuava a ter um papel fraco, o número de instituições privadas continuava a ser superior às detidas pelo Estado (Reis, 2009 *apud* Rodrigues Leão, 2014) e a iniciativa privada não era suficiente para dar resposta às necessidades (Biscaia, *et. al*, 2008).

Em 1971, com a “Reforma de Gonçalves Ferreira”, a terceira reforma da saúde, deu-se o primeiro passo para a implementação do futuro Serviço Nacional de Saúde (SNS) e criou-se os centros

de saúde (Teixeira, 2012). Segundo Sakellarides com “Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio e José Lopes Dias, o desenvolvimento pioneiro dos centros de saúde congregou, particularmente depois de abril 1974, considerável energia inovadora à escala do desenvolvimento do país” (Sakellarides, 2001: 103). O Decreto-lei tinha como princípios: o reconhecimento do direito universal à saúde, cabendo ao Estado a responsabilidade de o assegurar; uma política unitária de saúde; integração de todas as atividades de saúde e assistência a nível local e regional; o planeamento central e descentralização na execução (Ferreira, 1990 *apud* Biscaia, *et. al*, 2008).

A década de 70, para além da extensão de cobertura de rede a todo o país, foi fortemente marcada pelo início de uma política de saúde centrada nos CSP, em linha com as diretrizes da Conferência Alma-Ata (WHO, 1978). Ainda na década de 70 é criado o Ministério da Saúde (1973), para que no ano seguinte passasse a ser o Ministério dos Assuntos Sociais (Biscaia, *et. al*, 2008). Seguiu-se a revolução democrática em 1974, a nova Constituição de 1976, e a segunda revisão desta, em 1989, que vieram mudar a sociedade, a economia e a política de Portugal em quase todos os setores que ainda não estavam desenvolvidos. No seguimento da revolução democrática em abril de 1974, Portugal sofreu profundas alterações sociais, políticas, culturais e económicas em períodos relativamente pouco intervalados. A democratização e a descolonização em 1974; a entrada na Comunidade Económica Europeia (CEE) em 1985; a integração na União Europeia em 2000 (Sousa, 2009) são exemplos das alterações que levaram à alteração do panorama do ciclo das políticas públicas. Estas transformações vieram ainda implicar uma transição repentina no modelo tecnológico e conseqüentemente, uma evolução bastante significativa das políticas em vários setores como no da saúde e na prestação de cuidados. De um modo quase súbito passamos de um país com prestação de cuidados pouco inclusivos e mais curativos para um sistema universal e mais atento às necessidades da população (Rodrigues e Leão, 2014).

Em 1976 a nova Constituição, veio reconhecer o direito constitucional à saúde (art.º 64 da Constituição da República Portuguesa), que seria “realizado pela criação de um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e gratuito” (Viegas, Fradas e Miguel, 2006: 40). O SNS é um conjunto de instituições e serviços sob a tutela do Ministério da Saúde e que tem como missão garantir o acesso universal a todos os cidadãos (Portal SNS). Inclui um sistema com uma rede de centros de saúde, médicos de família e enfermeiros, que foram progressivamente abrangendo todo o país (OMS, 2008). Para além dos centros de saúde, o SNS conta ainda com uma rede hospitalar dotada de profissionais especializados (Portal SNS).

De forma simples, a evolução do SNS português pode ser explicada através destes períodos distintos e associá-los a diferentes agendas políticas que correspondem também a períodos sociopolíticos diferentes (Sousa, 2009). Analisando estas fases podemos distinguir um conjunto de fatores de continuidade, e alguns de mudança. O Estado permanece como prestador de serviços de saúde e como dono de uma quota-parte significativa do sistema (Sousa, 2009). Quanto às estratégias de

mudanças podemos identificar que houve uma separação entre o financiamento e a prestação de cuidados (contratualização entre Estado e os serviços de prestadores públicos, mas também privados – o caso dos “hospitais PPP”), criou-se um mercado interno e alterou-se o regime laboral dos profissionais de saúde (Correia, 2011), aumentando os contratos individuais para os profissionais de saúde, muito em parte por causa dos obstáculos da contratação pública (*idem*).

Não podemos negligenciar as repercussões da crise financeira global mais recente, em 2008, que afetou diversas dimensões sociais, económicas e políticas. Sendo o sistema de saúde um sistema que cobre as três dimensões (economia, política e social), regra geral, são uma área bastante afetada por dificuldades financeiras. “Em linhas gerais, durante períodos de menor performance financeira ou económica observa-se a adoção de políticas destinadas a reduzir o desperdício e aumentar a eficiência dos serviços de saúde, mas também a reduções da despesa pública no sector da saúde, à imposição de limites à cobertura financeira em saúde oferecida aos cidadãos e à procura de novas fontes de recursos para financiar o sistema” (ERS, 2013: 108).

Os países com serviços nacionais de saúde semelhantes ao português, isto é, sistemas de saúde universais, tendencialmente gratuitos, financiados por impostos e em que o Estado tem um papel relevante na prestação de cuidados (Inglaterra, Suécia, Espanha, Finlândia e Itália) prosseguiram estratégias políticas diferentes para enfrentar as pressões da insustentabilidade, na crise de 2008 (Correia, *et. al*, 2016). Em alguns países como Portugal e a Grécia optou-se por cortar nos orçamentos do setor da saúde, enquanto que noutros os orçamentos permaneceram semelhantes antes e durante a crise, como é o exemplo da Bélgica e da Dinamarca (Correia, *et. al*, 2016). Para além disto, as políticas de austeridade sentiram-se de forma diferente no setor privado e público (Correia, *et. al*, 2017). No entanto, de forma geral, os países da Europa concordam quanto aos objetivos centrais que os sistemas de saúde devem alcançar: acesso universal, cuidados efetivos para melhores resultados, uso eficiente dos recursos, serviços de alta qualidade e capacidade de resposta às preocupações do paciente (Figueras, *et. al*, 2006). Apesar das notáveis melhorias, ainda há significativas desigualdades na saúde, por exemplo, entre homens e mulheres, entre regiões e grupos socioeconómicos, etc, para além disto os principais indicadores de desempenho do sistema de saúde ainda não chegaram ao nível da UE ou à média da OCDE (Pisco, 2011).

2.2. Os Cuidados de Saúde Primários em Portugal

2.2.1. Definição, princípios e critérios

As reformas de saúde são regularmente vistas como respostas dos governos para as novas procuras e necessidades da população em todo o mundo. Compreende-se por reformas uma ampla gama de conceitos, práticas e ações que buscam reduzir os *deficits* dos sistemas (Blank e Burau, 2013; Gauld *et.*

al, 2006; ISAGS, 2012; Rechel e McKee, 2009 *apud* Kuhlmann, *et. al*, 2015). Para uma reforma ser bem-sucedida é preciso ter em conta que as transformações exigem tempo, métodos, recursos, liderança, determinação, perseverança, *empowerment* (capacitação de decisão) e delegação de responsabilidades (Costa, 2013). Isto que significa que, para o sucesso de uma reforma, não é favorável alterarem-se as medidas políticas constantemente, o que é uma consequência comum da rotatividade partidária nas eleições. Ou seja, se uma medida política é alterada de 4 em 4 anos deixa de existir espaço para avaliar os resultados da mesma.

Uns dos pilares básicos da saúde que asseguram o desenvolvimento de um país é garantir que todos os cidadãos têm acesso a cuidados de saúde, mas também à promoção de saúde, à prevenção de doenças e à informação (Marc Danzon *apud* Sakellariades, 2006). Os cuidados de saúde são uma das arenas políticas mais dinâmicas nas sociedades modernas. Enquanto setor enfrenta vários desafios, mas também aposta na criação de modelos inovadores como resposta à procura política resultante de pressões como a crise económica global, austeridade, alteração do cenário demográfico e persistências de desigualdades (Kuhlmann, *et. al*, 2015).

Há 40 anos a Conferência Alma-Ata (WHO, 1978) impulsionou uma mudança de paradigma no pensar da saúde, estimulando um “Movimento de Cuidados de Saúde Primários” abrangendo profissionais e instituições, governos e organizações da sociedade civil, investigadores e pequenas organizações que procuravam dar resposta às desigualdades na saúde “política, social e economicamente inaceitáveis” (WHO, 2006 *apud* WHO, 2008: 7). As bases dos CSP coincidem com os princípios determinados na Alma-Ata, são eles a equidade, justiça social e universalidade no acesso à saúde e a participação, promoção e utilização adequada de recursos e parceiras intersectoriais (WHO, 1978) Os países que suportam estes princípios, como é o caso de Portugal, tem maior probabilidade de sucesso (Roque, 2015) em alcançar os seus objetivos: otimização dos cuidados de saúde, equidade, distribuição dos recursos e promoção da autonomia dos cidadãos quanto à sua saúde, entre outros (Starfield, 1994 *apud* Roque., 2015).

Na declaração Alma-Ata, refere-se que os cuidados primários refletem e evoluem a partir das condições económicas, políticas e socioculturais de cada país e das suas comunidades (WHO, 1978) num determinado período. Como os países diferem nestas características, também diferem na agenda política e daí as particularidades da estrutura dos serviços de cuidados primários. Há, no entanto, questões transversais à maioria dos países, como por exemplo, o princípio da solidariedade. Este princípio, premeia as políticas de saúde, pois reconhece-se que um bem comum é melhor servido quando o bem-estar geral da população é maximizado (Starfield, 1998).

Starfield distingue dois objetivos principais de todos os sistemas de serviços de saúde. O primeiro é a otimização da saúde da população “por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das doenças, domínio das doenças e maximização da saúde” (Starfield,

1998: 19). O segundo propósito é a minimização das disparidades de acessibilidade, para que todos os indivíduos tenham ao seu alcance o mesmo nível de saúde (Starfield, 1998).

Não existe um conceito universalmente aceite e único para definir os cuidados primários, mas sim um conceito que vai evoluindo ao longo do tempo, conforme os países e os autores. Os cuidados de saúde primários foram definidos, inicialmente, como “os cuidados essenciais com base em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação” (art.º VI, Declaração Alma-Ata, 1978: 3). Atualmente o conceito de CSP tem ainda como objetivo intervir nos principais problemas de saúde da comunidade, daí a importância de proximidade com as regiões. Engloba ações fundamentais de acessibilidade, globalidade, coordenação, participação das comunidades, prevenção, promoção, reabilitação, cuidados curativos e de fim de vida (Biscaia, *et. al.*, 2008; Starfield, 1998), ou seja, é “a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde” (Starfield, 1998: 28).

O conceito de cuidados de saúde primários é muito amplo devido aos múltiplos contextos em que se desenrolam, que pode ir desde o Ministério da Saúde onde se planeiam as políticas e normas até a uma casa particular “onde a enfermeira faz uma visita para apoiar um jovem casal que acabou de ter o primeiro filho” (Biscaia, *et. al.*, 2008). Como diz Sakellarides os cuidados de saúde primários “acontecem todos os dias: quando as pessoas comuns aprendem ou fazem alguma coisa de útil à sua saúde às dos que lhes estão próximos...” (Sakellarides, 2001: 101).

O conceito de cuidados primários enquanto “proximidade com as pessoas”, pode parecer estranho em países cujos sistemas de saúde “estão baseados na tecnologia, na especialização, na supremacia dos do hospital e no currículo das escolas de Medicina que estão sob o controle de especialistas que trabalham em hospitais” (Starfield, 1998: 31). Conforme o conhecimento se acumula, os profissionais de saúde tendem, exponencialmente, a especializarem-se numa área específica da medicina, é comum vermos as profissões ligadas à área da saúde fragmentarem-se e termos especialistas em vez de profissionais dedicados apenas à saúde geral das pessoas e da comunidade (Starfield, 1998). Este tipo de sistema, orientado para as doenças, tem a limitação da equidade pois os Estados não têm recursos ilimitados para fornecer este tipo de subespecialização. Por outro lado, os profissionais dos cuidados de saúde primário (p.e médicos de família – clínica geral) estão preparados para dar atenção a uma variedade de problemas (Starfield, 1998).

Os cuidados primários são a “porta” do sistema nacional de saúde. São o nível do sistema de saúde que oferece atenção sobre o indivíduo, no decorrer do tempo, abordando os problemas mais comuns nas comunidades, “oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a

saúde e o bem-estar” (Starfield, 1998: 28). Muitas vezes os pacientes entram no sistema, com queixas pouco específicas e vagas, e a intervenção do profissional de cuidados primários é fundamental pois como estão mais próximos do ambiente do paciente, estão melhor posicionados para elucidar os problemas e levar ao diagnóstico correto.

2.2.2. A reforma dos Cuidados de Saúde Primários de 2005 em Portugal

A necessidade de reformar os Cuidados de Saúde está associada à resolução de conflitos, como por exemplo, a falta de foco no utente, a gestão longe dos problemas do território e a falhas nos sistemas de comunicação (Soaranz e Pisco, 2017). A última reforma tinha e tem como principais objetivos: i) aumentar a acessibilidade e satisfação dos utentes, ii) aumentar a satisfação dos profissionais de saúde; iii) melhorar a qualidade e continuidade dos CSP; iv) incrementar a eficiência nos serviços (Soaranz e Pisco, 2017).

Biscaia, *et. al* (2008) descrevem, no seu livro sobre os cuidados de saúde primários em Portugal, o contexto dos CSP em seis espaços temporais principais, são eles: 1945-1967 (“o estado reconhece as suas responsabilidades na saúde”); 1968-1973 (“a emergência cuidados de saúde primários”); 1974-1984 (“a consolidação dos cuidados de saúde primários”); 1985-1994 (“uma maior atenção à gestão dos serviços”); 1995-2001 (“uma maior atenção à gestão do sistema”); 2002-2005 (“a reinvenção da gestão dos cuidados hospitalares”).

O primeiro momento descrito, entre 1945-1967, diz respeito ao reconhecimento das responsabilidades do Estado na saúde. Neste período (detalhado no capítulo 2.1.) o papel do Estado era somente na assistência aos doentes, já que a responsabilidade na doença, pertencia às famílias, instituições privadas ou aos serviços médico-sociais da Previdência (Biscaia, *et. al* 2008).

Entre 1968 e 1973 os serviços de saúde estavam “dispersos, dependentes de diferentes estruturas nacionais e Ministérios, e não articulados” (Biscaia, *et. al*, 2008: 51). É fundamental destacar a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, em 1971 (Decreto-Lei nº 413/71 de 23 de setembro). Esta lei estabelece as bases para um Serviço Nacional de Saúde e levou à constituição dos “Centros de Saúde de 1ª Geração” (Biscaia, *et. al*, 2008). Os centros de saúde eram responsáveis por providenciar atividades referentes, ao que era conhecido como saúde pública, desde a vacinação, saúde de planeamento familiar, saúde escolar e ambiental (Monteiro, *et. al*, 2017; Branco e Ramos, 2001 *apud* Teixeira, 2012). O tratamento de doença aguda e os cuidados curativos estavam ao encargo dos postos dos Serviços Médico-Sociais (Teixeira, 2012). Aliás por esta altura a saúde fazia-se por várias vias sobrepostas, o que gerou um ambiente competitivo (Teixeira, 2012), algo que não se alterou com a reforma. Há ainda atores políticos que merecem o seu destaque na construção da história do sistema da saúde, nesta altura como Gonçalo Ferreira, Arnaldo Sampaio e José Lopes Graça (Biscaia, *et. al*, 2008).

O terceiro período da construção dos cuidados de saúde primários dá-se entre 1974 e 1984. Logo a seguir à revolução do 25 de abril, inicia-se um projeto de Cooperação Luso-Norueguês, no âmbito da Agência Norueguesa para o Desenvolvimento Internacional (NORAD) (Biscaia, *et. al*, 2008). Este programa, realizado no norte de Portugal, era orientado para a organização de uma rede de cuidados primários em Vila Real e uma formação médica, também virada para os cuidados de saúde primários (Grande, 2000 *apud* Biscaia, *et. al*, 2008). Outro marco importante é a vinda de uma comissão de médicos ingleses do *Royal College of General Practitioners* apoiar o estabelecimento da especialidade (Biscaia, *et. al*, 2008), contribuindo, para o papel do clínico geral em Portugal (Seminário promovido na Escola Nacional de Saúde Pública) e para a implementação da clínica geral.

Em 1975 o “serviço médico à periferia” levou os médicos recém-licenciados a trabalhar fora do centro urbano, melhorando a assistência médica nas periferias, e os Centros de Saúde (Biscaia, *et. al*, 2008). Em 1979, era ministro dos Assuntos Sociais António Arnaut, institucionaliza-se o SNS, embora os serviços Médico-Sociais da Previdência tenham resistido à integração nos serviços de saúde (Biscaia, *et. al*, 2008).

Em 1982 é então criada a carreira médica de Clínica Geral (Decreto-Lei nº 310/82, de 3 de agosto). Ainda no mesmo ano foram criadas as Administrações Regionais de Saúde - ARS (Decreto-Lei nº 254/82, de 29 de junho) com o objetivo de planearem e gerirem as ações envolvidas na “promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças e reabilitação, promovendo o máximo aproveitamento, ao menor custo, dos recursos existentes nas estruturas do sector oficial e do sector privado da saúde” (Decreto-Lei nº 254/82, de 29 de junho).

No ano seguinte, em 1983, é publicado o Regulamento dos Centros de Saúde (Despacho Normativo nº 97/83, de 22 de abril). Os designados, “Centros de Saúde de 2ª Geração” caracterizavam-se por serem uma estrutura burocrática e dependentes de outras estruturas sub-regionais, articuladas entre si nas ARS (Monteiro, *et. al*, 2017). A fusão dos Centros de Saúde com os Serviços Médico-Sociais permitiu uma maior racionalidade formal, porém não mostrou melhorias em virtudes como de acessibilidade a consultas e visitas domiciliárias ou na programação de atividades com objetivos de saúde (Branco e Ramos, 2001). Este modelo revelou-se desajustado, “quer em relação às necessidades dos utentes, quer dos profissionais” (Monteiro, *et. al*, 2017b: 726). Por fim, em 1984 é criado a Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, extinguindo a Direção Geral da Saúde e os Serviços Centrais dos Serviços Médico-Sociais (Gomes, 1987 *apud* Biscaia, *et. al*, 2008).

O período entre 1985 a 1994, diz respeito a uma maior atenção à gestão dos serviços, talvez porque este foi um período de estabilidade política “sem precedentes desde o 25 de abril de 1974” (Biscaia, *et. al*, 2008: 54). Este foi um período de fixação do SNS, numa “rede mais ampla” (Biscaia, *et. al*, 2008: 55).

O quinto período, explicado por Biscaia *et. al* (2008), é compreendido entre 1995 e 2001, onde são introduzidos modelos organizativos experimentais nas instituições de saúde resultantes de experiências territoriais. Em 1995, todos os partidos (à exceção do partido comunista) concordavam que era necessário transitar para um modelo contratual, ou seja, com separação de responsabilidades entre prestadores e financiadores (Tavares, 1997 *apud* Biscaia, *et. al*, 2008).

Em 1996 iniciaram-se experiências de novas formas de organizar e prestar serviços de cuidados de saúde de Medicina Geral e Familiar (Biscaia, *et. al*, 2008). Um exemplo destas experiências é o Projeto Alfa, que surgiu na da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). O projeto pressupunha “a constituição de uma equipa multiprofissional, um compromisso (projeto) escrito de ação, com objetivos concretos, aceite livremente pela equipa proponente e acordado com a administração e ainda condições de instalação e equipamento adequadas à persecução do projeto” (Biscaia, *et. al*, 2008).

Este processo de contratualização, foi muito importante enquanto “instrumento de apoio ao financiamento numa perspetiva de maior equidade e garantia de acesso à saúde, por parte dos cidadãos” (Monteiro, *et. al*, 2017b: 726). Para garantir a representação dos cidadãos e da administração, enquanto se assegurava a melhor utilização dos recursos públicos, surgiu a necessidade de se criar um intermediário entre o cidadão e os serviços prestadores de saúde (Monteiro, *et. al*, 2017). Surgem assim, entre 1997 e 1999, as agências de contratualização, formalizando a separação entre o financiamento e a prestação dos serviços de saúde (Biscaia, *et. al*, 2008). Cabia às cinco (uma por cada região) Agências de Acompanhamento dos Serviços de Saúde (AASS), mais tarde designadas como Agências para a Contratualização dos Serviços de Saúde, constituírem-se como intervenientes no sistema. É por esta altura que surgem os contratos-programa, com a finalidade de aliar a atividade prevista ao volume de recursos disponibilizados à instituição (Monteiro, *et. al*, 2017).

No caso da ARSLVT, que foi a primeira ARS a implementar a contratualização, começou-se por negociar os orçamentos-programa dos Hospitais, em 1998 (Biscaia, *et. al*, 2008) e só mais tarde se estendeu aos cuidados primários (1999), com uma avaliação de desempenho a 86 Centros de Saúde, com base numa lista de indicadores de acompanhamento previstos (ACSS, 2000 *apud* Monteiro, *et. al*, 2017). Para os indicadores estavam previstos valores de referência que, mais tarde, eram comparados com os valores obtidos pelos centros de saúde e calculava-se uma classificação final. No ano 2000, as Agências de Contratualização viram a sua atividade ser interrompida, embora nunca tenham “sido extintas por lei” (Monteiro, *et. al*, 2017b: 727).

Em 1998 é aprovado o projeto de Regime Remuneratório Experimental (RRE) dos médicos de Clínica Geral. Este projeto era semelhante ao Alfa e introduzia uma modalidade remuneratória médica associada à quantidade e qualidade do trabalho e desempenho profissional (Biscaia, *et. al*, 2008). Em 1999 é aprovada a legislação sobre os Centros de Saúde de 3ª Geração e os possíveis Sistemas Locais

de Saúde. Os Decretos-Lei nº 156/99 e 157/99, de 10 de maio introduzem os Centros de Saúde e os Sistemas Locais de Saúde, com unidades operativas mais autónomas e com uma hierarquia técnica (Biscaia, *et. al.*, 2008).

Por fim, o último período (2002-2005), é uma fase com “forte atividade legislativa sobre a Saúde” (Biscaia, *et. al.*, 2008: 57), destacando-se o Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de abril sobre a Rede de Cuidados de Saúde Primários. Este decreto viria a ser revogado em 2005, com o início de um novo governo, que criou ainda uma Unidade de Missão dos Cuidados de Saúde Primários para implementar uma nova reforma (Biscaia, *et. al.*, 2008). Esta unidade tinha como principais objetivos melhorar a acessibilidade, a qualidade, a continuidade dos cuidados de saúde, mas também de aumentar a satisfação dos profissionais e utilizadores (Biscaia, *et. al.*, 2008).

A reforma iniciada em 2005 corresponde ao estado atual dos Cuidados de Saúde Primários e é caracterizada pela reorganização dos CSP com a criação das USF e ACES. Teve início com a tomada de posse do XVII Governo Constitucional e com a revogação do Decreto-lei nº 60/2003, de 1 de abril da Rede de CSP e onde se criou uma unidade de Missão de Cuidados de Saúde Primários (Resolução de Conselho de Ministros nº 157/ 2005, de 12 outubro). Foi em 2005 que se iniciou, em Portugal, uma nova reforma dos Cuidados de Saúde Primários, no âmbito de uma reforma mais ampla (Pisco, 2007) da administração pública, o que representa não só um passo relevante na saúde como na administração pública. Esta reforma tem princípios assentes no acesso universal, equidade e justiça social (OMS, 2008) contribuindo para melhorar a qualidade e o desempenho da prestação de serviços de saúde.

Porter e Taisberg (2006, 2007 *apud* Pisco, 2011) referem que a prestação de cuidados de saúde está em rota de colisão com aquilo que são as necessidades dos doentes e a realidade económica. A necessidade de uma reforma nos cuidados primários está muito associada à necessidade de resolver os principais problemas encontrados na saúde: falta de foco no paciente e a gestão afastada da realidade dos territórios (Soranz e Pisco, 2017). Foi com a intenção de reagir a estas necessidades que se implementou a atual reforma dos CSP. Este processo de mudança fez-se de duas formas distintas: *top-down* e *bottom up* (Monteiro, *et. al.*, 2017). *Top down* porque a reforma veio em concordância com a reestruturação da Administração Pública e *bottom up* porque se envolveu os profissionais de saúde, através de um processo de candidatura voluntária, para a criação de equipas autónomas de prestação de cuidados – as USF (Monteiro, *et. al.*, 2017; Biscaia, *et. al.*, 2008).

Em 2006, foi publicado, pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), as “Linhas de Ação Prioritárias para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários” (MSCP, 2006), onde se descrevem as oito áreas de intervenção prioritária: i) reconfiguração e autonomia dos centros de saúde; ii) implementação de unidades familiares; iii) reestruturação dos serviços de saúde pública; iv) outras dimensões da intervenção na comunidade; v) implementação de unidades locais de saúde; vi) desenvolvimentos dos recursos humanos; vii) desenvolvimento do sistema de informação; viii) mudança

e desenvolvimento de competências (Campos, 2006). Este conjunto de linhas estratégicas foram agrupadas no “Plano Estratégico 2007-2009”, subdivididas em 3 grandes Eixos. O Eixo I - qualidade e mudança organizacional diz respeito às questões de liderança, autonomia de gestão, melhoria de acessibilidade, avaliação, monitorização e com a gestão das tecnologias de informação e comunicação. O Eixo II – governação clínica e gestão do conhecimento, estava relacionado com questões de governação, qualificação dos profissionais e a simplificação na prestação dos cuidados. Por fim o Eixo III – sustentabilidade e desenvolvimento falava de questões de sustentabilidade, acreditação de serviços. (Biscaia, *et. al*, 2008). As soluções apresentadas por estes Eixos passavam pela “gestão profissional, autonomia, trabalho em equipa, cultura de exigência e satisfação e motivação profissional” (Soaranz e Pisco, 2017: 681).

O programa do governo XVII (2005-09), sob a premissa de que os CSP são o pilar central do sistema de saúde e que os Centros de Saúde constituem a entidade enquadradora das USF, adotou algumas medidas políticas que merecem destaque (Presidência do Conselho de Ministros, 2005). A primeira, e mais significativa medida, é a implementação das Unidades de Saúde Familiares (USF), constituída por equipas multiprofissionais pequenas e auto-organizadas, com autonomia organizativa funcional e técnica, contratualização de uma carteira básica de serviços, meios de diagnóstico descentralizados e, por fim, um sistema retributivo que premeie a produtividade, acessibilidade e qualidade (Presidência do Conselho de Ministros, 2005; Campos, 2006).

O anterior modelo de Centro de Saúde era demasiado grande para prestar cuidados considerando a proximidade e qualidade, mas era por outro lado demasiado pequeno para efeitos de gestão (Pisco, 2007). Outra preocupação a ter em conta é ter prestadores com flexibilidade organizativa suficiente para acautelar a diversidade de situações no país, já que “os centros de saúde são em Portugal um património cultural, técnico e institucional que importa não apenas preservar, mas também modernizar e desenvolver pois continuam a ser o meio mais eficiente e acessível para proteger e promover a saúde da população” (Pisco, 2011: 2842). Com a implementação das USF, em 2006, estas vieram a constituir-se como um “instrumento indutor de maior responsabilização e exigência, de forma a poderem alcançar-se melhores resultados em saúde, com maior eficiência, garantindo simultaneamente aos profissionais envolvidos e à sociedade, a transparência, a equidade e a idoneidade de todo este processo” (Monteiro, *et. al*, 2017b: 727). Inicialmente o processo fez-se em 2 etapas, dado a inexperiência dos intervenientes, onde a primeira etapa era referente a todas as USF que tinham iniciado a sua atividade até 30 de setembro de 2006 e a segunda fase contemplava todas as USF para o ano de 2007 (Monteiro, *et. al*, 2017b). Ainda em maio de 2006 a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) organizou, na “Matriz de Indicadores a contratualizar para 2006 e 2007”, 49 indicadores (em 2017 o homólogo¹ desta matriz conta

¹ Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para 2017

com 365 indicadores). O cumprimento destes indicadores resultava em incentivos institucionais ou financeiros.

A Missão, as ARS e as Agências de Contratualização são responsáveis por todo o processo de avaliação e acompanhamento das USF, que tem de ser feito através dos termos de referência para a contratualização e de um conjunto de indicadores de monitorização (Biscaia, *et. al*, 2008). Para cada um dos indicadores é definido um modo de cálculo e periodicidade de avaliação.

A reorganização dos CSP, deve respeitar os valores da boa governança (Campos, 2006: 5):

- “Centrada nas pessoas; orientada para o cidadão; inclusiva de vontades e saberes;
- Transparente nos processos de decisão; baseada na melhor evidência disponível;
- Observando um quadro ético de responsabilidade social” (*idem*):

No geral, o balanço é que se trata de uma reforma “inovadora” no que se refere à sua planificação e implementação (Biscaia, *et. al*, 2008). Inovadora por várias razões, mas principalmente porque está muito fundamentada na cultura dos profissionais de saúde; foi implementada pelo Ministério logo tem suporte político para delinear e implementar o processo do nível macro ao micro; o modelo de incentivos foi adotado devido ao resultado positivo dos dois projetos-piloto (RRE e Alfa); tanto os objetivos como as metas da reforma estão definidos e o seu cumprimento é avaliado; os diferentes níveis de decisão criaram grupos de acompanhamento e monitorização a todo o processo (Biscaia, *et. al*, 2008).

A “Review of Health Care” (OCDE, 2015) considerou que o sistema de saúde português respondeu bem às pressões financeiras dos últimos anos, conseguindo equilibrar e consolidar as contas públicas com melhorias na qualidade (Soaranz e Pisco, 2017). Por outro lado, o debate dos efeitos da austeridade deveria focar-se mais na visão nas experiências dos trabalhadores da área, já que estes demonstram a não linearidade entre a definição das políticas e os resultados (Correia, *et. al*, 2017). Este estudo sugere que os efeitos foram sentidos de forma diferente no setor público e privado, sendo os efeitos negativos mais altos entre os médicos que trabalhavam apenas para o SNS (*idem*). Quanto aos cuidados primários, o mesmo relatório, diz que deve ser feita uma “reflexão estratégica” em relação ao equilíbrio entre os tradicionais centros de saúde e as USF para garantir “que os cuidados de elevada qualidade são acessíveis a toda a população portuguesa” (OCDE, 2015 *apud* Soaranz e Pisco, 2017: 685). Claro que, no entanto, há ainda aspetos carentes de reforço e é necessário voltar a investir, por exemplo, na autonomia e na responsabilização das equipas e profissionais, flexibilidade organizativa e de gestão das estruturas de prestação de cuidados, na melhoria contínua da qualidade, na transparência, na prestação de contas e na avaliação do desempenho de todos os intervenientes no processo de prestação de CSP (Portaria 212/2017, de 19 de julho).

- **Novos Modelos de Unidades de Saúde**

Até aqui foi feita uma revisão pela reformulação na forma como os serviços de saúde primária se organizam. Falta explicar como se deu essa reorganização em termos estruturais, ou seja, de unidades físicas. Existem, em Portugal, 55 Agrupamentos de Centros de Saúde (Fernandes, 2018) e, regra geral, obedecem a um critério populacional (50-200 mil inscritos) e um conjunto complementar de variáveis como a acessibilidade geográfica, densidade populacional e a acessibilidade a cuidados hospitalares (Pisco, 2011).

A reconfiguração dos Centros de Saúde, tem por um lado o objetivo de se constituírem equipas multiprofissionais, “com missões específicas, intercooperantes e complementares, organizadas em rede”, com “autonomia administrativa para decidir e implementar soluções adaptadas aos recursos e às condições de cada local e comunidade” (Pisco, 2011: 2846). Por outro lado, é importante agregar recursos e estruturas de gestão (nos Agrupamentos de Centros de Saúde), “eliminando concorrências estruturais, obtendo economias de escalas e viabilizando estratégias regionais ao nível dos cuidados de saúde primários que vão ao encontro das necessidades e expectativas da população” (Moura, 2012: 26). Esta reconfiguração das unidades de prestação de serviços fez com que se passasse de uma lógica de tutela para uma lógica de prestação de serviços e otimização dos fluxos de informação. Os agrupamentos de centro de saúde (ACES) constituem uma nova matriz organizacional e funcional que assenta unidades funcionais com autonomia gestionária, constituídas por equipas multiprofissionais, funcionamento em rede e compromissos assistenciais contratualizados (Pisco, 2011).

As USF são unidades que promovem a formação de equipas multidisciplinares para o desempenho de cuidados personalizados. As USF assentam em três modelos de desenvolvimento: A, B e C (Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho). Neste momento só existem os modelos A e B. O primeiro modelo compreende as USF do setor público administrativo com regras e remunerações definidas pela Administração Pública, dizem respeito a uma fase de aprendizagem e aperfeiçoamento do trabalho em equipa (Biscaia, *et. al*, 2008; Monteiro, *et. al*, 2017). O modelo B diz respeito a equipas mais maduras a nível organizacional, onde o trabalho em equipa é uma prática efetiva. Estão dispostos a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigentes (Biscaia, *et. al*, 2008; Monteiro, *et. al*, 2017).

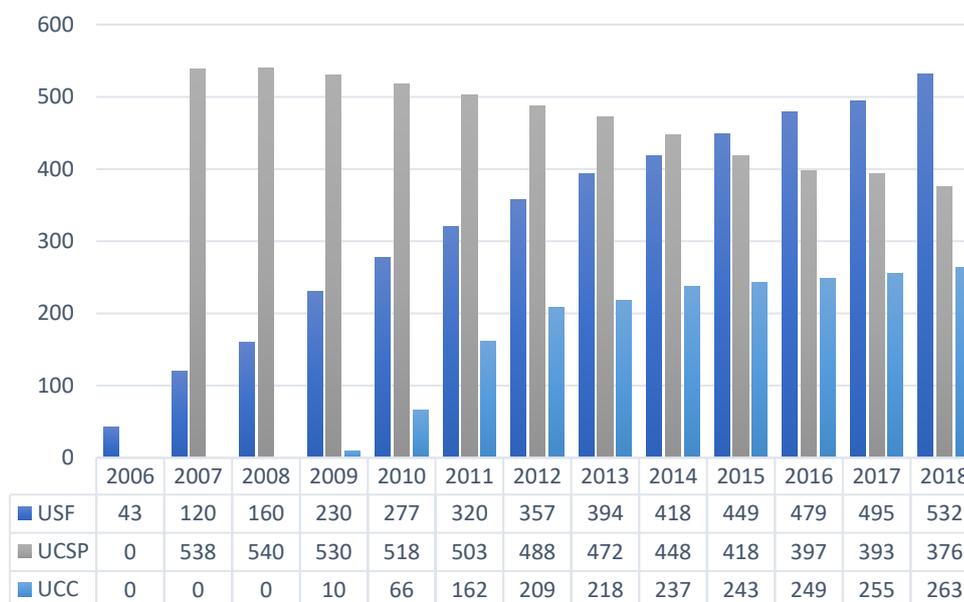
As UCSP (unidade de cuidados de saúde personalizados), são semelhantes às USF em termos de dimensão e distinguem-se pelo nível de desenvolvimento (prestam cuidados personalizados) e “de dinâmica de equipa, designadamente pelos compromissos de cooperação interprofissional livremente assumidos” (Pisco, 2011: 2846). Está regulamentada em legislação própria e vinculada às normas do Conselho Clínico em termos de governação clínica.

As UCC (unidade de cuidados na comunidade), são unidades dedicadas aos cuidados organizados e orientados para grupos e ambientes específicos. Estão mais próximas das comunidades e prestam

serviços de apoio psicológico e social, de base geográfica e domiciliária e identificam indivíduos e famílias de risco, dependência ou vulnerabilidade de saúde (Pisco, 2011).

Na figura 2., em baixo, podemos ver a evolução do número destas unidades de saúde, onde é claro que as USF e as UCC têm vindo a aumentar e as UCSP a diminuir.

Figura 2. Evolução do N° de USF (A e B), UCSP e UCC



FONTE: Adaptado de ACSS, 2015. *Relatório Candidaturas E Constituição De USF E UCC*. Governo de Portugal: Ministério da Saúde e Site SNS (consultado a 12 de setembro de 2019)

Há ainda as USP, as URAP e as UAG. As USP (unidade de saúde pública) tratam da saúde populacional, ambiental e pública, garantindo o bem público comum. Funcionam como “observatórios de saúde local” e realizam estudos populacionais, de vigilância epidemiológica e exercício da função de autoridade de saúde (Pisco, 2011).

As URAP (unidade de recursos assistenciais partilhados) dão apoio técnico-assistencial a todas as unidades, na medida em que organiza e coordena vários meios, “recursos e competências assistenciais específicas de cada ACES (higiene oral, fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, psicologia, serviço social, nutricionismo e outros profissionais não afetos totalmente a outras unidades funcionais) cuja missão é a de apoiar as demais unidades funcionais” (Pisco, 2011: 2846).

As UAG (unidade a apoio à gestão) dão apoio logístico ao funcionamento de todas as equipas e dos órgãos de gestão, ou seja, é uma unidade de *back-office* que possibilita que existam condições materiais e objetivas para que todos possam cumprir a sua missão (Pisco, 2011).

PARTE II: QUADRO ANALÍTICO E METODOLÓGICO

CAPÍTULO 3: MODELO DE ANÁLISE

3.1. Objetivos

O objetivo geral desta dissertação é fazer um levantamento e discussão do estado momentâneo da contratualização dos CSP. Os objetivos secundários passam por analisar o desempenho dos indicadores contratualizados nos ACES em Portugal continental e avaliar a política de contratualização nos CSP.

Um dos estudos pioneiros sobre a contratualização em Portugal e avaliação dos indicadores, escrito por Monteiro, *et. al*, em 2017, concentra-se na ARS Lisboa e Vale do Tejo, mais concretamente na comparação longitudinal entre três ACES (Oeste Norte, Almada-Seixal e Amadora). Em questão à análise de indicadores, houve de facto uma melhoria significativa em quase todos os indicadores, principalmente quando comparado com o ano base, antes da contratualização. Em termos de resultados verificou-se que o acesso se manteve sempre mais alto que a média da ARSLVT. Os autores verificaram a afirmação de que o investimento em CSP é essencial e um pré-requisito para alcançar a eficiência, eficácia e equidade num sistema de saúde universal como é o português. O desempenho assistencial melhorou, embora ainda haja alguns que merecem alguma atenção e a eficiência também melhorou, baixando os custos de produção. Partindo dos pressupostos bibliográficos e principalmente metodológicos deste artigo, pretendeu-se ampliar a análise à escala nacional e a um período temporal mais atual, ou seja, desde 2015 até 2018 e as previsões para 2019. Pretende-se perceber se esses resultados são verificados nas restantes ARS, já que estas não estavam, numa fase inicial do processo, tão maduras como a ARS LVT (estudada por Monteiro, *et. al*, 2017). É interessante comparar os resultados e ver se existem assimetrias ou não.

3.2. Modelo de Análise

O modelo de análise foi feito com base nos indicadores contratualizados em 2015 (Relatórios de Avaliação de Contratualização Externa, 2015), como data de referência 31 de dezembro. A data de levantamento de dados, pode ser uma limitação severa, pois o mês de dezembro é um mês muito diferente dos restantes (seja por picos de doenças, acerto de contas normal ao final do ano, etc), porém eram os dados disponíveis para análise possíveis de comparação.

A escolha dos critérios de avaliação, bem como as suas dimensões foram feitas seguindo as definidas pela própria Metodologia de Contratualização. Como previsto na Lei há uma matriz com 22 indicadores contratualizados a cada três anos, distribuídos da seguinte forma:

- Âmbito Nacional: 14 indicadores comuns a todas as unidades funcionais do país, de acordo com a Política de Saúde, Plano Nacional de Saúde e o Programa de Saúde em vigor para aquele período;
- Âmbito Regional: 4 indicadores selecionados pelas ARS, comuns a todas as UF das ARS de acordo com os Planos Nacionais a nível regional;
- Âmbito Local: 4 indicadores, sendo 2 deles escolhidos pelos ACES, específico para cada UF e os outros 2 propostos pelas próprias unidades.

Sendo que a evolução será feita entre 2015 a 2019, e 2019 é o último ano da vigência do programa 2017-2019, fez-se um levantamento dos indicadores contratualizados no primeiro programa (2013-2016) que tenham um histórico de registo dos cálculos nos restantes anos de forma a que a comparação dos indicadores fosse fiável. O levantamento destes indicadores e respetivos resultados fez-se através dos Relatórios de Avaliação de Contratualização (2015) e do SIM@SNS (2016-2019) e está resumida na tabela seguinte. A fonte da base de dados eletrónica está em constante atualização e não obstante a publicação dos seus dados, o carácter definitivo destes podem estar sujeitas a alterações por conta de correções. Note-se ainda que apenas são considerados os indicadores de âmbito nacional e regional, devido à vasta diversidade de indicadores no âmbito local (2 por UF).

É assente neste modelo (tabela 1) que no capítulo seguinte farei a análise destes indicadores e as conclusões que podem ser extraídas.

Tabela 1. Modelo de Análise: Indicadores Contratualizados

Âmbito	Dimensão	Designação do indicador
Nacional	Acesso	Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos médicas
	Desempenho Assistencial	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11; 14[anos e PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário
	Eficiência	Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP) Proporção consultas médicas presenciais com ICPC-2 Índice de acompanhamento adequado em planeamento familiar nas MIF
Regional	Desempenho Assistencial	Proporção de embalagens de medicamentos prescritos, que são genéricos com genéricos
		Proporção hipertensos sem Diabetes M com prescrição ARA II
		Proporção hipertensos com risco CV – 3 anos Proporção utentes com mais de 14 anos com IMC, nos últimos 3 anos

Proporção de mulheres [50;70[anos com mamografia nos últimos 2A
Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com colpocitologia
atualizada
Proporção utentes [50; 75[anos com rastreio do cancro do colo reto
Índice de acompanhamento adequado em saúde materna
Proporção DM2 com indic. Insulina em terapia adequada
Proporção novos DM2 em terapia com metform. monot.

FONTE: Adaptado de Bilhete de Identidade de Indicadores Contratualização, 2017 e Relatórios de Avaliação de Contratualização da ARS, 2015.

CAPÍTULO 4. DESENHO DA PESQUISA

4.1. Metodologia e fontes

Este estudo pretende realizar uma análise comparativa a todos os ACES de Portugal Continental através de indicadores de avaliação, que refletem as várias dimensões contratualizadas, como o desempenho, acessibilidade, eficiência e satisfação dos utentes e perceber se o processo de contratualização trouxe mudanças positivas (ou não) para os CSP.

O ponto de partida desta dissertação assentou numa seleção bibliográfica de publicações e livros científicos e numa revisão legislativa referente, direta ou indiretamente, à contratualização nos Cuidados de Saúde Primários. Por outro lado, e de forma a fundamentar a exposição teórica, procedeu-se ao levantamento de fontes necessárias e possíveis.

No que concerne às fontes de carácter primário destacam-se os Relatórios de Avaliação de Contratualização Externa e a Matriz de Indicadores CSP do SIMSNS. A informação destes relatórios provém do SIARS, um *software* responsável pelo acompanhamento e monitorização dos CSP. Os dados utilizados são os mais recentes disponibilizados pelas vias públicas formais – *sites* das ARS e do Ministério da Saúde. No fim, de forma a facilitar a leitura dos dados extraídos, estes foram organizados em tabelas, quadros e gráficos.

Ao longo do período desta investigação extraíram-se dados que, por vários constrangimentos foram impossíveis de utilizar sem comprometer a consistência da própria investigação.

A amostra em estudo é composta por todas os ACES de Portugal continental, que no período de 2015-2019 foram alvos de contratualização. Assim, estão incluídas 5 ARS e 55 ACES. De referir ainda que os resultados apresentados são referentes a todos os utentes inscritos nos CSP, independentemente de terem ou não médico de medicina geral e familiar atribuído. Ainda que as USF sejam avaliadas individualmente, e a pertinência de avaliar este nível, optou-se por se avaliar apenas os ACES dado os limites de dimensão da própria dissertação.

Aquando do levantamento dos Relatórios de Avaliação de Contratualização, verificou-se que estes não estavam disponíveis publicamente na ARS Norte. Por este motivo, e para manter válido os critérios da investigação, sentiu-se a necessidade de excluir os ACES da ARS Norte da amostra, ficando assim reduzida a 4 ARS (LVT, Centro, Algarve e Alentejo).

Os dados foram organizados em quatro fases.

- A primeira consistiu na recolha dos indicadores contratualizados no último Relatório de Avaliação público (2015);

- Na segunda fase foi importante ver quais eram os indicadores comuns em todos os anos e com histórico de resultado na base eletrônica do Ministério da Saúde (SIMS@SNS), para uma comparação (ver tabela 1).
- Na terceira fase, compilaram-se os resultados desses mesmos indicadores (valores aproximados não definitivos);
- Na quarta e última fase foi feita uma análise descritiva dos resultados, na tentativa de me aproximar o máximo possível do panorama atual da contratualização dos CSP.

Estas quatro fases preparam a elaboração de um modelo de análise com os indicadores contratualizados, no espaço temporal entre 2015-2019).

4.2. Notas metodológicas e limitações da pesquisa

Ao longo desta investigação foram vários os constrangimentos impeditivos de avançar com determinado objetivo, o que acabou por tornar o processo demoroso e com falhas na consistência dos resultados. A maioria dele, consistia precisamente na falta de dados que são precisos para uma boa avaliação de políticas públicas. Embora esta política já esteja em curso há mais de 10 anos, a apresentação de avaliação dos indicadores não é constante e as próprias métricas dos indicadores ainda estão a sofrer alterações. Para além disso, cada ARS é independente e funciona no seu próprio ritmo, acabando por haver discrepâncias significativas nos dados disponíveis. Tudo isto dificulta uma leitura comparada dos resultados e consequentemente dificulta a análise das medidas, tão relevante na disciplina de Políticas Públicas.

Inicialmente pretendia-se comparar os indicadores contratualizados de dois ACES dentro da mesma ARS, no espaço temporal entre 2009 a 2015. A fonte de recolha seria, por um lado, os relatórios de avaliação de contratualização e, por outro entrevistas semiestruturadas aos coordenadores das USF, USCP e ACES, que permitissem complementar os dados quantitativos. O contacto com as instituições foi extremamente complicado e nem sempre favorável, pelo que se sentiu necessidade de reformular os objetivos. Sendo as USF o nível mais baixo no processo de contratualização e o ator social no território, era vantajoso incluí-las no estudo de forma a termos perceção de todos os níveis de contratualização e a própria relação entre os atores envolvidos.

A avaliação de políticas públicas é um processo complexo a nível metodológico, pois está dependente da disponibilidade e coerência de dados primários essenciais que muitas vezes só podem ser fornecidos pelos próprios setores (Walt, *et. al*, 2008). A falta de um histórico de dados impossibilita a comparação dos indicadores, o que não permite avaliar a sua evolução. Mais à frente irei detalhar o assunto. Estas limitações causaram alguns constrangimentos tanto no desenvolvimento do projeto como na consistência dos resultados e embora estas dificuldades tenham sido ultrapassadas, reajustando os

objetivos, por exemplo, deram azo a algumas sugestões a ter em conta em futuras investigações (apresentados no fim do trabalho).

PARTE III: ANÁLISE E DICUSSÃO DOS INDICADORES

CAPÍTULO 5. ANÁLISE DOS INDICADORES DE CONTRATUALIZAÇÃO

5.1. Centro

Em todos os ACES, na área da acessibilidade podemos ver que houve um ligeiro decréscimo nos resultados, tanto a nível de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos e uma diminuição acentuada na taxa de consultas ao domicílio de enfermagem (por 1000 inscritos) (Anexo A.).

Relativamente ao desempenho assistencial, os indicadores avaliados, mostram alguns resultados positivos, como por exemplo na proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos, nos últimos 3 anos. Já a proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada [11;14[anos e PVP cumprido até ao 14º dia, mostra uma diminuição ao longo dos anos.

Na dimensão da eficiência houve uma clara diminuição da despesa média de medicamentos faturados, por utente, o que se traduz numa melhoria de produção e melhor utilização dos recursos dos CSP. Por outro lado, regista-se um aumento da proporção de embalagens de medicamentos prescritos, que são genéricos.

A nível regional, o Plano Regional e Local de Saúde do Centro, para o ano de 2015, considerou relevante contratualizar indicadores na área do desempenho assistencial, como os indicadores: utentes com hipertensão e determinação de risco cardiovascular, mulheres com colpocitologia atualizada e utentes com diabetes tipo 2 que iniciam tratamento com metformina em monoterapia. Podemos ver (anexo A.) que houve um aumento dos valores, nos indicadores proporção de mulheres entre 25 e 60 anos com colpocitologia atualizada. Neste caso, “estes resultados necessitam ser melhorados de forma a abranger um número mais alargado de população inscrita, permitindo diagnosticar na população, em fase precoce, situações potenciais de doença maligna e tratar os doentes com maior acuidade, eficácia e efetividade” (Monteiro, *et. al*, 2017: 810), e na proporção de utentes com novo diagnóstico diabetes tipo 2 que iniciam terapêutica com metformina em monoterapia (exceto Cova da Beira e Baixo Mondego). Para 2019, prevê-se as tendências dos mesmos resultados na maioria dos indicadores.

5.2. Lisboa e Vale do Tejo

Esta ARS é constituída por 15 ACES, logo é plausível que haja uma maior diversidade de resultados, dada a diversidade da região. Nesta ARS, os indicadores de acesso contratualizados a nível nacional (Anexo B.) e a taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos e a taxa de consultas de enfermagem por 1000 inscritos regrediram, embora no caso da utilização de consultas os valores sejam, embora mais baixos, muito satisfatórios.

Os indicadores desempenho assistencial mostram, no geral, terem subido, embora o valor mais alto não ultrapasse os 53,36% (2018, ACES Médio Tejo), para a proporção de jovens com idade igual ou superior a 14 anos, com hábitos tabágicos nos últimos 3 anos. Os ACES Amadora, Almada-Seixal e Oeste Norte conseguiram diminuir essas percentagens, portanto, melhoraram este indicador.

Relativamente à avaliação da eficiência, há melhorias significativas: a despesa dos medicamentos faturados diminuiu em grande parte dos ACES, com exceção dos de Lisboa Norte, Loures-Odivelas, Arco Ribeirinho, Oeste Norte e Lezíria; a proporção de consultas médicas presenciais com ICPC-2 aumentou em todos os ACES; o índice de acompanhamento em PF aumentou ou manteve-se estável e a proporção de medicamentos prescritos que são genéricos aumentou em todos, rondando em média os 60%.

A nível de medidas de Eixo Local, temos que, à semelhança das restantes ARS, os indicadores de rastreio necessitam de uma maior atenção pois são indicadores que apresentam resultados baixos e com tendência a diminuir. A percentagem de mulheres entre os 50-69 anos, com mamografia registada nos últimos 2 anos aumentou nos ACES Lisboa Central, Amadora, Loures-Odivelas, Estuário do Tejo, Oeste Sul, Médio Tejo e Lezíria, com destaque para estes dois últimos cujas percentagens, em 2018, eram superiores a 68%, um valor razoável. A proporção de mulheres entre [25;60[, com colpocitologia atualizada aumentou em 4 dos ACES e diminuiu nas restantes. Os restantes indicadores contratualizados para o eixo regional (percentagem de inscritos entre os 50-74 com rastreio de cancro colo-retal efetuado; proporção DM2 em terapêutica com insulina e a despesa média de MCDT faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencional) mostraram progressão ao longo do período em avaliação.

5.3. Alentejo

No que diz respeito à acessibilidade, houve uma baixa nos valores tanto da taxa de consultas de enfermagem no domicílio, como na taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos. Para este último critério, embora tenham diminuído, os resultados mantêm-se acima dos 80% em todos os ACES.

Segue-se a área de desempenho assistencial, que nesta região, teve algumas oscilações, mais concretamente, no ACES Alentejo Central, onde os dois indicadores foram aumentando e diminuindo. Nos restantes ACES, a proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos com hábitos tabágicos aumentou, com destaque para São Mamede que em 2018 tinha 63,5% (aumento de 18,4 p.p. em três anos). A proporção de jovens com 14 anos que tenham consulta médica de vigilância e PNV diminuiu no Alentejo Litoral, manteve-se em São Mamede e aumento no Baixo Alentejo.

Na dimensão da eficiência, há um aumento da despesa média de medicamentos faturados por utente no ACES Alentejo Central e uma diminuição no ACES São Mamede. Nos restantes, manteve-se

estável. A proporção de consultas médicas presenciais com ICPC-2 aumentou ligeiramente todos os anos nos quatro agrupamentos. O índice de acompanhamento adequado em planeamento familiar manteve-se estável ou pouco alterado (ACES São Mamede aumentou em 4 p.p) e a proporção de embalagens de medicamentos prescritos que são genéricos aumentou, o que se traduz numa diminuição de custos para as unidades de saúde.

Dadas as prioridades desta ARS, optaram por escolher critérios referentes à dimensão de desempenho assistencial como a proporção de utentes com hipertensão arterial com determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos, que oscilou em todos os ACES ao longo dos 4 anos, embora os valores de 2018 sejam sempre superiores aos de 2015 (com tendência a manter-se assim, em 2019).

Mais uma vez, nota-se a necessidade de contratualizar a melhoria da dimensão de rastreio, como o da proporção de mulheres entre 25-60 anos com colpocitologia atualizada, que apresentam valores ainda muito baixos (nunca mais do que 50%), valor que tem vindo a diminuir e que é muito importante para que se consiga diagnosticar em fase precoce.

Outro indicador contratualizado para o eixo regional foi a proporção de utentes com novo diagnóstico diabetes tipo 2, que iniciam terapêutica com metformina em monoterapia. Em todos os ACES, houve um aumento de resultados de 2015 para 2016, para depois voltarem a diminuir em 2017 e 2018, embora nestes anos ainda se mantenham superior ao valor de 2015.

5.4. Algarve

A nível de acesso regista-se um declínio ligeiro da taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos no ACES Algarve I Central. Nos restantes ACES (Algarve II Barlavento e Algarve III Sotavento), embora tenha havido uma descida acentuada de 2015 para 2016, o valor voltou a crescer no ano seguinte e tem vindo a aumentar embora sem ultrapassar a percentagem inicial de 2015.

No contexto do desempenho assistencial, há uma subida na proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos com hábitos tabágicos nos últimos 3 anos, sendo que o ACES Algarve III – Sotavento apresenta em 2018 o mais alto valor da região (57,53%). Relativamente à proporção de jovens com 14 anos que tenham consulta médica de vigilância e PNV, manteve-se praticamente estável no ACES Algarve I Central e com ligeiras descidas nos restantes ACES. Note-se que nestes dois ACES houve em 2016 uma diminuição notável do indicador (no caso do Algarve II – Barlavento, a diferença chegou aos 19,55 p.p) e que em 2017 voltaram a subir.

Mais uma vez, os indicadores mostram que este modelo contribui para a melhoria da eficiência dos CSP. Os quatro indicadores desta área mostram uma progressão nos três ACES sendo que se destacam a atenuação da despesa média de medicamentos faturados por utente utilizador (baseado no PVP) e a intensificação da proporção de embalagens de medicamentos prescritos que são genéricos.

No eixo regional, a ARS Algarve para o ano de 2015 fixou como prioridades 4 indicadores no âmbito do rastreio/desempenho assistencial. A maioria deles melhoraram, embora os valores ainda estejam longe do desejável, principalmente na proporção de hipertensos sem DM com prescrição ARA II, cujo valor máximo não ultrapassou 18,8% (em 2015 no Algarve III – Sotavento). Este indicador distingue-se no Algarve III, pela negativa, pois o resultado tem diminuído ao longo dos 4 anos e com tendência para continuar a diminuir em 2019 (ver anexo D.).

CAPÍTULO 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados de 2019 comparados com os de 2015 mostram maioritariamente uma progressão da consistência do trabalho nos CSP. Investir nos CSP é essencial para melhorar a eficiência, eficácia e equidade de um sistema de saúde (Monteiro, *et. al*, 2017), o que se verificou, num nível geral, no caso apresentado. Segundo Escoval (2010), os sistemas de saúde têm nos processos de contratualização uma ferramenta necessária para alcançar maior eficiência dos recursos, acesso mais alargado e facilitado, maior qualidade da prestação de serviços e um foco maior na promoção de saúde.

Houve vários indicadores contratualizados que pioraram, como é o caso dos dois indicadores da área do acesso. Em todos os ACES analisados, houve uma descida, na taxa de consultas de enfermagem no domicílio e na taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos. Podemos extrair que o acesso continua a ser uma prioridade de investimento no país. A acessibilidade é uma das questões mais presentes nos debates de saúde, pois uma forte acessibilidade é sinónimo de menor desigualdade das sociedades, e embora os resultados sejam positivos o facto de terem vindo a diminuir mostra a necessidade de investir mais na acessibilidade. Estudos mostram que a tendência é que quanto melhor forem os resultados em saúde, também é menor a desigualdade social e menor a desigualdade na oferta, como é exemplo os países nórdicos da Europa (Cortez, 2010).

A eficiência é claramente a dimensão onde é mais nítido o contributo da contratualização, pois melhorou os custos de produção e a despesa média de medicamentos faturados tem vindo a diminuir, assim os “prestadores são mais eficientes e eficazes em contexto de contratualização do que os que se mantêm em esquemas de vencimento fixo pago pelo Estado, sendo que, quanto mais rigorosos os estudos, maior a demonstração de impacto deste indicador” (Monteiro, *et. al*, 2017: 815).

Dada as prioridades de cada ARS, para o eixo regional, os indicadores foram ao encontro dos PNL e maioritariamente referentes a rastreios e ao desempenho assistencial. Na maioria houve uma melhoria de resultado, mas ainda com valores baixos, o que cria a necessidade de investir mais em contratualizar estes indicadores, talvez a uma escala nacional. Um indicador que foi contratualizado em todas as 4 ARS, negociado regionalmente, foi a proporção de mulheres entre os 25 e os 60 anos com colpocitologia atualizada. Os resultados aumentaram muito pouco ou nada desde 2015 e mantêm-se ainda abaixo dos 50% em todas os ACES do estudo, o que são valores muito aquém do esperado. Estas conclusões genéricas relacionam-se muito com o facto de haver assimetrias de resultados nos territórios, ou seja, apesar das especificidades de cada região, a tendência dos resultados em cada área de avaliação é a mesma. Tal pode significar que, de forma geral, todas os territórios enfrentam adversidades nas mesmas áreas.

A ARS LVT foi palco de algumas experiências-piloto fundamentais para a reforma dos CSP, como o Projeto Alfa, e o RRE pelo que era esperado observar-se uma melhoria de resultados mais acentuada

já que esta seria a Administração Regional mais madura em questões de contratualização e de todo o processo envolvente. Ainda assim, os resultados obtidos são similares aos resultados das restantes ARS.

Para o futuro é fundamental rever o conjunto de indicadores do Bilhete de Identidade, pois alguns já não se enquadram nas necessidades atuais dos prestadores de saúde. Por outro lado, há a necessidade de se evoluir de indicadores de produção (*outputs*), para os indicadores de resultado (*outcomes*) (Escoval, *et. al*, 2010), isto é colocar indicadores focados na saúde da população (Escoval, Ribeiro e Matos, 2010). Esta necessidade surge porque os “prestadores entendem já estar à altura de verem medidos os seus resultados, pelo que se torna imperativa a consolidação desta aprendizagem, fazendo-a refletir no novo modelo” (Escoval, *et. al*, 2010: 4). Noutros países (Austrália, Canadá, Espanha, Reino Unido, por exemplo), embora o processo de contratualização tenha as diferenças significativas normais decorrentes das especificidades dos seus sistemas de saúde próprios, o processo de contratualização também é apontado no sentido de alcançar maior eficiência dos recursos, acesso mais alargado e facilitado e maior qualidade da prestação dos serviços (Escoval, *et. al*, 2010).

Desta investigação, à semelhança de outros estudos mais amplos e internacionais, salienta-se características comuns, para as quais a contratualização foi imprescindível. Essas características são, a descentralização dos processos de decisão, equipas multidisciplinares mais motivadas, envolvidas e próximas da população (Escoval, *et. al*, 2010). Há ainda, no entanto, aspetos recomendados a rever.

Este relatório de um projeto de investigação da Escola Nacional Pública de Saúde (Escoval, *et. al*, 2010) sobre o processo de contratualização em Portugal concluiu que a continuar com o processo de contratualização há fatores que devem ainda ser levados a discutir e reuniu um conjunto de recomendações das quais se destacam as seguintes à luz dos resultados apurados nesta investigação.

Em primeiro lugar, é preciso reformular o sistema tecnológico de informação, promovendo ainda a qualidade da mesma e ainda afetar os recursos aos ACES (Escoval, *et. al*, 2010). É importante criarem-se condições propícias a uma maior envolvência dos médicos de família no processo de contratualização, investir mais nos recursos humanos (principalmente suporte administrativo), tal como e na formação desses recursos. Este ponto foi destacado, por Biscaia, como “uma ausência de uma política clara de recursos humanos” (Biscaia, *et. al*, 2008: 242). E ainda, promover uma governação clínica mais forte e partilhar informações (Escoval, Ribeiro e Matos, 2010) através, por exemplo, de “canais de comunicação entre as diferentes instituições” (Escoval, *et. al*, 2010: 10).

A contratualização é um modelo que permite uma maior transparência no uso dos recursos (Luz *apud* Monteiro, *et. al* 2017) mais do que um esquema remuneratório. Este modelo desenvolveu uma “mudança organizacional estruturada em torno das autonomias profissionais, organizadas de acordo com as necessidades locais de saúde e de uma profunda alteração nas formas de registo clínico, essenciais para a demonstração de resultados” (Monteiro, *et. al*, 2017b: 734). Por isto, outra das

recomendações é criar uma estrutura de suporte à contratualização, bem como a definição de modelos de monitorização e acompanhamento eficazes.

Para as equipas das unidades de saúde é muito importante definirem-se metas, objetivos a cumprir, pois ajuda a manter o foco de cumprir os compromissos. Em retorno, estas equipas, recebem incentivos (financeiros ou institucionais). Há, no entanto, ainda, um distanciamento entre o que é contratualizado e as necessidades locais de cada unidade logo, é importante adequar a contratualização a essas necessidades (Escoval, *et. al*, 2010). Acrescentado a este ponto, Biscaia, aponta a “pouca autonomia dos Centros de Saúde” (Biscaia, *et. al*, 2008: 242).

Destaca-se ainda a recomendação de fortalecer a relação entre os CSP e os outros níveis de cuidados, pois só assim se pode alcançar uma governação clínica eficaz, onde todos os níveis e atores sociais trabalham em prol do mesmo objetivo: melhor qualidade da prestação de serviços de saúde às populações.

Para alcançar os resultados, é muito importante ainda falarmos do pagamento de incentivos financeiros (individuais ou de equipa). Roland (2016), refere que os médicos têm vindo a aderir de forma notável aos incentivos, o que permite que a maioria dos objetivos contratualizados sejam alcançados. O que o autor não sabe é se esses incentivos melhoraram a saúde dos pacientes (Roland, 2016). Fazendo a ponte para este estudo, os indicadores de rastreio contratualizados a nível regional (mulheres com colpocitologia atualizada, a percentagem de inscritos com rastreio de cancro colorretal e percentagem de mulheres com mamografia) mostram que melhorar estes indicadores tem sido muito gradual, ou seja, as melhorias nestes indicadores são muito reduzidas e isso mostra a dificuldade de contratualizar indicadores de rastreio.

Relativamente aos rastreios, Heleno diz que a renumeração deve ser direcionada para situações onde os benefícios ultrapassam os malefícios, e como o “benefício dos rastreios em termos de mortalidade é modesto e existe prejuízo para alguns dos participantes sob a forma de sobre diagnóstico de cancro, os indicadores associados a programas de rastreio não se justificam” (Heleno, 2015: 304). Por outro lado, a realização de rastreios, em fase inicial, pode ajudar a prevenir que certas doenças agravem para uma fase mais aguda da doença (Heleno, 2015). Em suma, é difícil manter a argumentação sobre o *value for money* (Costa, 2013) de alguma da contratualização, primeiramente devido a controvérsias no debate académico em relação à eficácia de planos de rastreio de “banda larga”, ou seja, que incluem a totalidade de grupos populacionais somente por critérios de sexo e etários. Parece, pois, evidente o quanto a avaliação de políticas de saúde não poder ocorrer de forma desfasada face a avaliações de custo-efetividade. O problema é que estas últimas avaliações tradicionalmente representam espaço de disputa académica com evidências ambivalentes.

Em suma, as políticas públicas de saúde, são por si só muito difíceis de analisar e avaliar por serem uma área com abordagem multidisciplinar e que intenta explicar as interações entre as instituições, atores sociais e noções do ciclo político (Walt, *et. al.*, 2008).

Avaliar metodologicamente uma política pública depende em grande parte da disponibilidade de um maior número de dados possível, mas também da coerência dos mesmos. O Estado e os estudos académicos dependem muito de informações essenciais que só podem ser fornecidas pelos supervisores dos setores, ou pelo próprio setor (Walt, *et. al.*, 2008). A assimetria de informações na saúde é um problema muito maior do que nos outros setores sociais (*idem*), e a assimetria e a fiabilidade dos dados são fundamentais para a “concretização dos processos de negociação, monitorização, acompanhamento e avaliação e, mais do que isso, para a sua credibilização” (Escoval, *et. al.*, 2010: 115).

Existem muitos desafios metodológicos no que diz respeito às políticas de saúde, desde a tensão entre uma abordagem a longo prazo do desenvolvimento e implementação das políticas, a uma abordagem de curto prazo para pesquisas de respostas rápidas. Para além disto é difícil “contar a história”, sem ficar imenso nos detalhes” (Walt, *et. al.*, 2008: 310).

A análise/avaliação das políticas públicas pode estar comprometida pela indisponibilidade de dados primários e os secundários não são suficientes para viabilizar uma investigação cujo tópico central é uma política pública. Por isto a comparação de indicadores de desempenho é fundamental para avaliar esta política, pelo que é necessário monitorizar e avaliar todos os indicadores do Bilhete de Identidade de Contratualização, mesmo que não tenham sido todos contratualizados no atual ano. Neste projeto, sentiu-se a necessidade de uma maior coerência na informação. Por um lado, não existe uma base com os valores de todos os indicadores contratualizados desde o início do processo; por outro lado, porque as ARS, ao trabalharem de forma independente e cada uma a seu ritmo/forma, não são uniformes nos resultados dando-se o caso de haver ARS com relatórios até 2015, outras até 2016 e outras sem nenhum relatório publicado. O facto de os valores serem referentes a 31 de dezembro também é uma limitação pois, dado as circunstâncias sazonais este não é o mês ideal para fazer um levantamento de dados.

Em suma, sejam quais forem as mudanças para o processo de contratualização, este foi benéfico e o papel dos cuidados de saúde primários é fundamental nos sistemas de saúde constituindo “a peça fundamental e o elemento chave das reformas tendentes à obtenção dos desejáveis níveis de equidade, acesso, eficiência e qualidade dos cuidados” (Escoval, Ribeiro e Matos, 2010: 54).

CONCLUSÕES E PISTAS FUTURAS

Nesta fase é indiscutível a importância dos cuidados de saúde primários. A dissertação tinha como objetivo perceber se nos últimos anos a contratualização tem ou não sido benéfica para os CSP e pode-se concluir que na sua generalidade, o processo contribuiu para o aumento da eficiência de recursos e para um modelo de organização que promove a autonomia e a responsabilização dos profissionais. O processo de contratualização é comum em vários países independentemente do tipo de modelo de saúde, (Escoval, *et. al*, 2010). Em Portugal, a introdução deste modelo embora já conte com cerca de 14 anos, ainda está em fase de maturação, ajustamentos e alterações, sendo por isso muito difícil retirar conclusões definitivas. A governança das políticas de saúde em Portugal é um exemplo de centralização da dimensão instituição, nomeadamente na gestão dos orçamentos dos prestadores (recursos humanos, acesso a tecnologias, etc). E isso aconteceu também em termos multiníveis dentro do país (dos prestadores em relação às ARS e em relação ao governo) e do país com as entidades credoras internacionais (as prestações de contas do governo face à troika).

O processo de contratualização permitiu a definição de objetivos e metas, o que é benéfico para alcançar as prioridades das ARS/ACES, sendo que todas as partes envolvidas no processo estão focadas nos objetivos para o qual se comprometeram. Apesar das diferenças entre si, cada ACES mostra melhorias em relação ao ponto de partida em matérias de desempenho. Por outro lado, a acessibilidade tem vindo a piorar embora mantenha valores superiores aos do ano de partida e superiores a 80%. É ainda claro a necessidade de rever os indicadores contratualizados fazendo-os evoluir para indicadores mais centrados na satisfação do cidadão. Com base no que foi apresentado é importante ainda ressaltar a ideia de que os resultados não podem ser vistos como o reflexo da “contratualização” enquanto dimensão isolada, pois esta é parte da dinâmica das USF/UCSP. No entanto “esta pode ser considerada como determinante do seu desempenho, pois permite estabelecer os níveis de autonomia organizacional que a prestação adequada dos cuidados primários requer” (Biscaia, *et.al*, 2012 *apud* Costa e Silva, *et. al*, 2014: 3600).

Para investigações futuras era importante integrar outros dados, bem como dados mais consistentes, como por exemplo, a visão e a experiência de quem está no campo, isto é, ir ao nível das unidades familiares e perceber como é o que funciona o “dia-a-dia” todo o processo de contratualização. É fundamental envolver os profissionais, na implementação de uma política, não só a nível participativo na construção da reforma, mas dando-lhes autonomia, instrumentos e recursos para enfrentar os desafios, é ainda “necessário que todos os níveis da estrutura organizacional sejam responsabilizados pelo seu próprio desempenho e saibam onde se quer chegar, o que se pretende deles e qual é o seu papel específico” (Biscaia, *et. al*, 2007 *apud* Biscaia, *et. al*, 2008: 248).

REFERÊNCIAS

Bibliografia

- Baez-Carmargo, C. (2011), Accountability for better healthcare provision: A framework and guidelines to define understand and assess accountability in health systems, *Basel Institute on Governance: Working Paper Series*, Nº 10, Suíça: University of Basel, pp. 1-19.
- Banche, I. e Flinders, M. (2004), Multi-level governance and the study of the British State, *Public Policy and Administration*, Vol 19 (1), pp. 31-51.
- Bauman, Z. (2000), *Liquid Modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Beck, U. (2000), A reinvenção da política In Beck, U., Giddens, A., Lash, Scot, *Modernização reflexiva – política, tradição e estética na ordem social moderna*. Oeiras: Celta Editora.
- Biscaia, A., Martins, J., Carreira, F., Gonçalves, I., Antunes, A. e Ferrinho, P. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reforma para novos sucessos* (2ªEd). Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Brinkerhoff, D. W. e Bossert, T. J. (2014), Health governance: principal-agent linkages and health system strengthening. *Health Policy and Planning*, 29, pp. 685-693.
- Campos, C. (2006). Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, *Missão para os Cuidados de Saúde Primário*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Carapinheiro, G. e Correia, T. (2015), Introdução: diálogos com a sociologia da saúde e da doença. In Carapinheiro, G. e Correia, T. (orgs.). *Novos temas de saúde, novas questões sociais*. Lisboa: Mundos Sociais, pp. 1-15.
- Charbit, C. (2011), “Governance of Public Policies in Decentralised Contexts: The Multi-level Approach”, OECD Regional Development Working Papers, 2011/04. Paris: OECD Publishing
- Charbit, C. e Michalun, M. V. (2009), “Mind the gaps: Managing Mutual Dependence in Relations among Levels of Government”, OECD Working Papers on Public Governance, N. 14, Paris: OECD Publishing.
- Correia, T. (2011), *New Public Management in the Portuguese health sector: a comprehensive Reading*. Lisboa: CIES-IUL, ISCTE-IUL, Nº2
- Correia, T., et. al (2016), Listening to doctors on patients’ use of healthcare during the crisis: uncovering a different picture and drawing lessons from Portugal, *Journal of Public Health*, Vol. 39, Nº 2, pp. 56-62.
- Correia, T., et. al (2017), The effects of austerity measures on quality of healthcare services: a national survey of physicians in the public and private sectors in Portugal, *Human Resources of Health*, 15:82, pp. 1-12.
- Cortez, I. (2010), Desigualdade no acesso aos Cuidados de Saúde Primários – a outra face das USF, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, pp. 189-194.
- Costa, C. (2013). *Intervenção do Governador Carlos da Silva Costa na sessão de abertura na Conferência Para uma Reforma Abrangente da Organização e Gestão do Sector Público*. Lisboa: Banco de Portugal.

- Costa, N., Silva P., e Ribeiro, J. (2000). A experiência internacional de reforma do setor saúde: inovações organizacionais e de financiamento. *Revista da Administração Pública*, 34(1), pp. 209-227.
- Daniell, K. A. e Kay, A. (2017) (Eds), *Multi-level governance: conceptual challenges and case studies from Australia*, Australian National University Press, 1-57.
- Dickinson, H. (2016), From new public management to new public governance: the implications for a 'new public service'. In J., Butcher e D. Gilchrist (eds.), *The three sector solution: delivering public policy in collaboration with no-for-profits and business*. Canberra: ANU Press, pp. 41-60.
- ERS (2013), *O Novo Regime Jurídico Das Taxas Moderadoras*. Porto: Entidade Reguladora de Saúde.
- Escoval, A. (2010), O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 9, pp. 7-24.
- Escoval, A., et. al (2010). *Contratualização em Cuidados de Saúde Primários: Horizonte 2015/2020*. Lisboa: Escola Nacional Pública de Saúde.
- Escoval, A., Ribeiro, R. e Matos, T. (2010). A contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o contexto internacional, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 9, pp. 41-57.
- Figueras, J. et.al (2006), Introdução pelos Editores da Série, In Saltman, R., Rico, A., e Boerma, W. (eds.), *Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia*, Nova Iorque: Open University Press.
- Helena B. (2015). Justificam-se os indicadores de contratualização dos cuidados de saúde primários sobre rastreios oncológicos? *Revista Portuguesa Medicina Geral Família*, 31, pp. 302-304.
- Kickbusch (2007), The health society In McQueen, D., et. al, *Health and modernity: the role of theory in health promotion*. Suíça: University of Bern, pp. 144-261
- Kuhlmann, et. al (2015), *Handbook of healthcare policy and governance*, Londres: Palgrave Macmillan.
- Ministério da Saúde (2004), *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2010). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários – Nota informativa sobre o novo modelo de governação*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Monteiro, R. M., et. al (2017), Análise de desempenho de indicadores de contratualização em cuidados de saúde primários no período de 2009-2015 em Lisboa e Vale do Tejo, Portugal, *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(3), pp. 807-818.
- Monteiro, R. M., et. al (2017b), Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa, *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(3), pp. 725-736.
- Monteiro, S. e Horta, A. (2018), “Governança multinível em Portugal: fundamentos teórico-conceituais”, *Coleção Políticas Território: working paper nº 3*. Agência para o Desenvolvimento e Coesão: Núcleo de Estudos de Políticas Territoriais.

- Moura, S. (2012), *Satisfação dos Profissionais de Enfermagem*, Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações, Bragança, Escola Superior de Tecnologia e Gestão, Instituto Politécnico de Bragança.
- OECD (2007), “Linking Regions and Central Governments. Contracts for regional development”. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 22-70.
- OECD (2015), “Reviews of Health Care Quality”. Lisbon: Rising Standards.
- OECD (2017), “Multi-level Governance Reforms: Overview of OECD Country Experiences”, OECD Multi-level Governance Studies, Paris: OECD Publishing.
- Oliveira, A. (2012), *Satisfação dos utentes numa unidade de saúde do interior*, Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, Lisboa, Business School, ISCTE-IUL.
- OPSS (2008). Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas. *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC).
- Piattoni, S. (2016), Cohesion policy, multilevel governance and democracy. In S., Piattoni e L., Polverari (Eds.) *Handbook on Cohesion Policy in the EU*, Cheltenham: Edward Elgar Publishing, pp. 65-78.
- Pisco, L (2007). A reforma dos Cuidados de Saúde Primários. *Cadernos de Economia*, Nº 80, pp. 60-66.
- Pisco, L. (2011). Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde, *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(6), pp. 2841-2852.
- PNS (2014), Plano Nacional de Saúde: 2012-2016. Roteiro de Intervenção para Governação em Saúde, Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Portal SNS, consultado em: <https://www.sns.gov.pt/>
- Programa Operacional Regional do Centro 2014-2020. Mapeamento das necessidades de investimentos na saúde.
- QREN, (2013). A contratualização como expressão da governação multinível: as lições do QREN e os desafios 2014-2020 *In 19º Congresso da APDR Braga*, 20 de junho. Apresentação disponível em: <http://www.observatorio.pt/download.php?id=973>
- Rhodes, R. A. W. (1996), The New Governance: Governing without Government. *Political Studies*, pp. 652-667.
- Rodrigues, T. e Leão, C. (2014), A saúde em Portugal: atores e temporalidades In Rodrigues, T., Martins, M., *et. al* Envelhecimento e Saúde. Prioridades Políticas num Portugal em Mudança. Lisboa: Instituto Hidrográfico.
- Roland M. (2016), Does pay-for-performance in primary care save lives? *The Lancet Online*.
- Roque, A. (2015), *Segurança do doente em cuidados de saúde primários: aplicação do diagrama de ishikawa à análise de incidentes*, Dissertação de Mestrado em Segurança do Doente, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Sakellarides C. (2001). De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal. *Cuidados de Saúde Primários*, Volume Temático: 2.

- Sakellarides, C. (2006). *De Alma a Harry: Crónica da democratização da saúde* (2ª Ed.). Coimbra: Almedina.
- Silva, V., Escoval, A., Hortale, V. (2014). Contraturalização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), pp. 3593-3604.
- SIMSNS (2018), Matriz dos Indicadores de Cuidados de Saúde Primários. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.
- Soaranz, D. e Pisco, L. (2017). Reforma dos cuidados primários em saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem e desafios, *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(3), 679-686.
- Sousa, P. (2009), O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. In *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, pp. 884-894.
- Starfield, B. (1998) *Primary Care: balancing health needs, services, and technology*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Stefen, M., Lamping, W. e Letho, J. (2005). Introduction: The Europeanization of health policies. In Stefen, M. (org.) *Health Governance in Europe: Issues, Challenges, and Theories*. Oxford: Routledge, pp. 1-18.
- Teixeira, L (2012). *A reforma do Centro de Saúde. Percursos e Discursos*. Lisboa: Mundos Sociais.
- Viegas, V., Frada, J. & Miguel, J. (2006). *A Direção-Geral da Saúde: Notas Históricas*. Lisboa.
- Walt, G., et. al (2008), 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning*, 23, pp. 308-317.
- WHO (1978). *Declaração Alma-Ata*. República do Cazaquistão: World Health Organization.
- WHO (2008). *The world report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva: World Health Organization.

Fontes

Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro *Diário da República n.º 21/2019 – Série I*. Presidência de Conselho de Ministros. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, *Diário da República n.º 118/2017 - Série I*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, *Diário da República n.º 108/1999 – Série I-A*. Ministério da Saúde. Lisboa

Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho, *Diário da República n.º 147/1982 – Série I*. Ministério dos Assuntos Sociais. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de agosto, *Diário da República n.º 177/1982 – Série I*. Ministério das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 35108/1945, de 7 de novembro, *Diário do Governo n.º 247/1945, Série I*. Ministério do Interior - Sub-Secretariado de Estado da Assistência Social. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de setembro, *Diário do Governo n.º 228/1971 – Série I*. Ministério da Saúde e Assistência. Lisboa

Decreto-Lei n.º 41825/1958 de 13 de agosto, *Diário do Governo n.º 177/1958, Série I*. Presidência do Conselho. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril, *Diário da República n.º 77/2003 – Série I-A*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decretos-Lei n.º 156/99, de 10 de maio, *Diário da República n.º 108/1999 – Série I-A*. Ministério da Saúde. Lisboa

Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de abril, *Diário da República n.º 93/1983, Série I*. Ministério dos Assuntos Sociais - Secretaria de Estado da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado. Lisboa

Portaria n.º. 212/2017, de 19 de julho, *Diário da República n.º 138/2017 – Série I*. Finanças e Saúde. Lisboa

ANEXOS

A. Resultados dos Indicadores – ARS Centro

Área	ID - Indicador	Baixo Vouga					Cova da Beira					Baixo Mondego						
		2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019		
Eixo Nacional	Acesso	2013.004.01 - Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	155,20%	132,24%	128,83%	123,42%	33,32%	123,80%	78,40%	78,12%	82,10%	19,18%	121%	116,79%	114,88%	105,58%	25,92%	
		2013.006.01 - Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	88,40%	85,19%	85,79%	81,69%	79,83%	83,60%	73,98%	80,32%	82,05%	78,54%	81,90%	80,26%	81,08%	79,13%	78,87%	
	Desempenho Assistencial	2013.047.01 - Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	49,80%	57,44%	60,62%	58,40%	53,10%	20,10%	14,02%	21,66%	24,71%	21,13%	39,40%	47,58%	48%	48,17%	42,78%	
		2013.064.01 - Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11; 14[anos e PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário	65,60%	59,79%	61,07%	58,75%	57,42%	41,20%	20,41%	35,90%	42,71%	44,32%	69,10%	53,02%	54,92%	53,02%	54,67%	
	Eficiência	2013.074.01 - Proporção consultas médicas presenciais, com ICPC-2	97,9% (97,85%)	98,60%	98,28%	98,23%	98,56%	94%	97,09%	96,64%	95,95%	95,97%	97,90%	97,22%	96,55%	96,35%	96,82%	
		2013.267.01 - Índice de acompanhamento adequado em Planeamento Familiar, nas MIF	0,5666	0,58	0,61	0,59	0,42	0,394	0,3	0,38	0,39	0,29	0,517	0,53	0,53	0,49	0,38	
	Eficiência	2013.068.01 - Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	171,70 €	165,21 €	172,71 €	168,19 €	.	176,70 €	172,51 €	174,73 €	172,44 €	.	210,10 €	171,71 €	172,48 €	169,80 €	.	
		2013.278.01 - Proporção de embalagens de medicamentos prescritos, que são genéricos com genéricos	50,10%	56,15%	58,94%	61,03%	61,55%	50,40%	54,23%	57,30%	59,12%	58,74%	53,40%	58,10%	61,03%	62,63%	62,99%	
	Eixo Regional	Desempenho Assistencial	2013.023.01 - Proporção de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes), com determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos	52,20%	61,22%	65,12%	66,05%	64,28%	15,80%	8,97%	15,39%	20,92%	20,36%	44,10%	50,13%	49,57%	50,87%	49,05%
			2013.045.01 - Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com colpocitologia atualizada	47,60%	49,87%	50,81%	49,51%	37,33%	28,40%	29,61%	28,33%	26,70%	22,18%	40,90%	42,84%	42,45%	43,64%	32,85%
2013.275.01 - Proporção de utentes com novo diagnóstico diabetes tipo 2 que iniciam terapêutica com metformina em monoterapia		74,10%	75,31%	77,04%	76,84%	76,45%	54,60%	58,39%	61,89%	57,79%	57,44%	69,20%	70,30%	70,39%	72,27%	71,52%		

Área	ID - Indicador	Pinhal Interior Norte					Pinhal Litoral					Dão Lafões						
		2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019		
Eixo Nacional	Acesso	2013.004.01 - Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	187%	121,92%	114,44%	107,02%	28,58%	123,70%	117,16%	111,34%	108,06%	29,69%	143,20%	132,31	129,77%	138,22	34,08%	
		2013.006.01 - Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	91,90%	79,33%	82,80%	83,98%	81,85%	85,80%	82,13%	81,25%	79,05%	77,23%	87,40%	79,88%	81,64%	83,44%	80,75%	
	Desempenho Assistencial	2013.047.01 - Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	34,50%	32,59%	38,83%	42,92%	40,65%	41,50%	47,97%	50,91%	52,99%	48,65%	46,30%	52,70%	57,63%	59,96%	52,46%	
		2013.064.01 - Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11; 14[anos e PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário	61,10%	30,10%	43,25%	56,69%	58,58%	50,60%	41,76%	45,62%	48,49%	49,15%	64,90%	49,02%	54,80%	61,98%	61,67%	
	Eficiência	2013.074.01 - Proporção consultas médicas presenciais, com ICPC-2	96,60%	95,28%	95,21%	95,66%	95,51%	92,50%	95,83%	96,69%	96,80%	97,63%	95,10%	96,23%	97,01%	97%	97%	
		2013.267.01 - Índice de acompanhamento adequado em Planeamento Familiar, nas MIF	0,48	0,42	0,48	0,49	0,36	0,47	0,48	0,51	0,52	0,37	0,51	0,51	0,54	0,57	0,41	
		2013.068.01 - Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	185,40 €	179,90 €	186,71 €	180,55 €	.	166,40 €	152,55 €	160,75 €	161,61 €	.	179,30 €	163,95 €	175,71 €	174,61 €	.	
		2013.278.01 - Proporção de embalagens de medicamentos prescritos, que são genéricos com genéricos	51,40%	56,33%	58,78%	60,14%	61,12%	50,10%	54,42%	57,43%	59,26%	59,41%	51,90%	57,62%	60,71%	62,06%	62,66%	
	Eixo Regional	Desempenho Assistencial	2013.023.01 - Proporção de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes), com determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos	35,50%	30,88%	39,01%	47,39%	48,12%	40,40%	47,55%	52,77%	60,88%	59,47%	52,10%	57,40%	63,89%	70,44%	67,03%
			2013.045.01 - Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com colpocitologia atualizada	33%	33,63%	34,91%	34,76%	27,36%	36,50%	40,17%	42,06%	42,15%	31,48%	44%	46,89%	45,97%	48,03%	37,16%
2013.275.01 - Proporção de utentes com novo diagnóstico diabetes tipo 2 que iniciam terapêutica com metformina em monoterapia		62,50%	68,82%	70,59%	70,29%	70,97%	71,90%	72,54%	73,46%	73,74%	73,37%	67,70%	78,27%	76,40%	72,09%	74,86%		

B. Resultados dos Indicadores – ARS Lisboa e Vale do Tejo

Área	Indicador	Lisboa Norte					Lisboa Central					Lisboa Ocidental e Oeiras					
		2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019	
Eixo Nacional	Acesso	2013.004.01 - Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	152,90%	112,01%	99,30%	82,80%	79,12%	105,90%	94,61%	96,39%	95,73%	28,04%	109,90%	73,66%	74,18%	71,29%	18,67%
		2013.006.01 - Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos médicas - 3 anos	76,30%	73,97%	71,15%	67,32%	63,31%	72,60%	66,65%	68,57%	65,31%	62,14%	77,90%	71,50%	72,07%	72,64%	67,29%
	Desempenho Assistencial	2013.047.01 - Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	43,30%	43,29%	39,30%	36,20%	30,97%	39,20%	37,31%	40,18%	41,46%	37,21%	52,30%	53,47%	53,79%	54,95%	46,87%
		2013.064.01 - Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11; 14[anos e PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário	42,10%	40,61%	43,82%	41,57%	41,92%	30,60%	28,58%	31,46%	35,15%	35,88%	47,60%	46,41%	47,78%	48,36%	46,72%
	2013.074.01 - Proporção consultas médicas presenciais, com ICPC-2	90%	90,85%	89,97%	91,20%	91,64%	87,30%	91,22%	93,35%	94,46%	95,38%	94,20%	96,06%	96,95%	97,15%	97,35%	
	2013.267.01 - Índice de acompanhamento adequado em Planeamento Familiar, nas MIF	48,90%	0,49	0,47	0,45	0,32	39,70%	0,38	0,41	0,41	0,3	0,558	0,54	0,54	0,55	0,39	
	Eficiência	2013.068.01 - Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	118,10 €	115,21 €	119,47 €	119,31 €	.	134,40 €	124,59 €	127,78 €	123,79 €	.	129,70 €	123,17 €	127,41 €	126,94 €	.
2013.278.01 - Proporção de embalagens de medicamentos prescritos, que são genéricos com genéricos		60,40%	60,76%	62,44%	63,28%	63,46%	60,40%	61,20%	62,84%	64,32%	64,67%	60%	60,83%	62,61%	63,39%	63,43%	
Eixo Regional	Desempenho Assistencial	2013.044.01 - Percentagem de mulheres entre os 50-69 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos	41,50%	40,20%	37,67%	37,08%	23,14%	40,90%	40,72%	40,98%	42,82%	26,92%	49,20%	48,76%	46,15%	46,87%	29,16%
		2013.045.01 - Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com colpocitologia atualizada	36%	35,79%	33,52%	32,20%	24,62%	26%	26,09%	26,27%	28,88%	23,19%	41,60%	41,37%	39,63%	40,04%	31,74%
	2013.046.01 - Percentagem de inscritos entre os 50-74 com rastreio de cancro colo-retal efetuado	31,50%	32,27%	33,29%	35,45%	29,25%	26,30%	28,59%	31,45%	37,79%	32,09%	45,20%	45,85%	45,97%	48,64%	40,24%	
	2013.274.01 - Proporção DM2 em terapêutica c/ insulina	66,60%	72,31%	.	76,48%	74,33%	67,01%	71,05%	.	71,22%	68,02%	73,80%	77,67%	.	80,23%	73,18%	
	Eficiência	2013.264.01 - Despesa média de MCDT faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)	57 €	58,88 €	61,81 €	66,43 €	.	61,70 €	62,73 €	64,92 €	66,09 €	.	57,60 €	57,14 €	58,45 €	59,99 €	.

Área	Indicador	Cascais					Amadora					Sintra						
		2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019		
Eixo Nacional	Acesso	2013.004.01 - Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	62,40%	49,31%	49,28%	44,27%	44,40%	39,90%	51,76%	51,28%	47,80%	7,42%	97,50%	41,07%	17,57%	17,63%	4,85%	
		2013.006.01 - Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos médicas - 3 anos	68,60%	66,18%	69,49%	66,58%	64,32%	76,80%	74,79%	74,84%	71,94%	66,28%	76%	71,51%	72%	70,98%	66,35%	
	Desempenho Assistencial	2013.047.01 - Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	40,60%	44,17%	50,43%	49,39%	42,08%	56,70%	57,59%	54,85%	49,10%	41,23%	34,80%	37,96%	40,50%	41,71%	36,36%	
		2013.064.01 - Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11; 14[anos e PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário	38,60%	36,32%	43,62%	41,70%	44,37%	43,10%	40,97%	45,97%	43,33%	40,13%	39,20%	38,13%	40,82%	41,90%	40,30%	
	Eficiência	2013.074.01 - Proporção consultas médicas presenciais, com ICPC-2	88,40%	96,68%	97,42%	97,97%	98,10%	94,40%	97,37%	97,80%	97,18%	97,32%	85,90%	90,88%	90,77%	92,17%	92,24%	
		2013.267.01 - Índice de acompanhamento adequado em Planeamento Familiar, nas MIF	0,428	0,45	0,49	0,48	0,35	0,533	0,53	0,53	0,49	0,34	0,451	0,46	0,48	0,48	0,34	
	Eficiência	2013.068.01 - Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	136,60 €	124,91 €	128,01 €	127,50 €	.	131,60 €	123,21 €	129,22 €	126,64 €	.	131,10 €	125,67 €	127,95 €	126,25 €	.	
		2013.278.01 - Proporção de embalagens de medicamentos prescritos, que são genéricos com genéricos	64,30%	65,19%	66,50%	66,66%	66,42%	62,50%	62,64%	64,66%	65,43%	65,39%	55,10%	56,58%	59,04%	60,36%	60,67%	
	Eixo Regional	Desempenho Assistencial	2013.044.01 - Percentagem de mulheres entre os 50-69 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos	37,30%	42,06%	42,88%	42,47%	25,79%	49,86%	49,70%	46,73%	45,30%	29%	41,90%	44,01%	45,31%	45,70%	28,24%
			2013.045.01 - Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com colpocitologia atualizada	29,20%	33,52%	35,70%	35,38%	33,78%	39,70%	38,22%	35,99%	33,72%	24,29%	30,20%	31,89%	33,39%	33,35%	25,42%
Eficiência		2013.046.01 - Percentagem de inscritos entre os 50-74 com rastreio de cancro colo-retal efetuado	36,20%	40,38%	43,50%	44,10%	36,44%	43,92%	44,68%	45,13%	45,14%	36,48%	31%	34,18%	37,76%	40,98%	33,14%	
		2013.274.01 - Proporção DM2 em terapêutica c/ insulina	76,40%	76,26%	.	82,89%	78,85%	67,30%	76,08%	.	74,84%	74,14%	67,50%	70,21%	.	68,44%	70,52%	
Eficiência		2013.264.01 - Despesa média de MCDT faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)	60,60 €	59,47 €	63,40 €	65,53 €	.	65,50 €	65,40 €	68,21 €	71,30 €	.	68,70 €	68,65 €	70,31 €	72,18 €	.	

Área	Indicador	Loures - Odivelas					Estuário do Tejo					Almada - Seixal					
		2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019	
Eixo Nacional	Acesso	2013.004.01 - Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	99,90%	64,88%	62,61%	71,54%	17,66%	148,20%	101,17%	90,26%	54,73%	13,26%	144,80%	117,58%	100,93%	102,40%	28,34%
		2013.006.01 - Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos médicas - 3 anos	75,70%	69,98%	71,67%	70,70%	67,11%	79,30%	76,96%	71,23%	73,88%	70,67%	81,70%	78,97%	75,32%	76,63%	73,50%
	Desempenho Assistencial	2013.047.01 - Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	42%	44,55%	45,65%	46,24%	39,33%	44,90%	47,05%	43,05%	45,11%	38,87%	59,20%	58,55%	54,30%	56,94%	50,26%
		2013.064.01 - Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11; 14[anos e PNVT totalmente cumprido até ao 14.º aniversário	44,80%	44,36%	46,57%	48,53%	45,06%	51,50%	45,79%	47,21%	47,26%	46,67%	56,80%	54,84%	48,69%	52,59%	52%
		2013.074.01 - Proporção consultas médicas presenciais, com ICPC-2	88,50%	91,49%	92,22%	92,88%	94,92%	89%	91,34%	91,53%	92,92%	92,44%	85,7%	91,26%	90,52%	95,52%	92,21%
		2013.267.01 - Índice de acompanhamento adequado em Planeamento Familiar, nas MIF	0,495	0,5	0,52	0,52	0,35	0,457	0,47	0,45	0,45	0,32	0,604	0,6	0,58	0,59	0,42
	Eficiência	2013.068.01 - Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	125,40 €	124,75 €	130,75 €	133,25 €	.	143,10 €	134,82 €	141,15 €	137,63 €	.	129 €	124,50 €	121,50 €	126,44 €	.
2013.278.01 - Proporção de embalagens de medicamentos prescritos, que são genéricos com genéricos		58,80%	59,79%	62,23%	63,84%	64,31%	60,50%	62,48%	63,21%	63,42%	62,90%	63,20%	64,03%	65,81%	66,35%	66,64%	
Eixo Regional	Desempenho Assistencial	2013.044.01 - Percentagem de mulheres entre os 50-69 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos	47,50%	49,05%	49,01%	49,67%	30,01%	45,60%	47,45%	46,95%	45,95%	32,61%	54,50%	55%	52,36%	53,73%	33,90%
		2013.045.01 - Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com colpocitologia atualizada	37%	40,13%	40,73%	40,59%	30,71%	34,60%	35,94%	33,90%	32,27%	23,92%	47,50%	46,90%	45,05%	46,90%	34,40%
		2013.046.01 - Percentagem de inscritos entre os 50-74 com rastreio de cancro colo-retal efetuado	34,90%	38,87%	42,47%	46,26%	36,57%	36,70%	38,58%	40,36%	42,63%	33,76%	48,30%	49,36%	49,45%	52,30%	42,02%
		2013.274.01 - Proporção DM2 em terapêutica c/ insulina	63,20%	71,75%	.	72,57%	67,82%	65,30%	74,35%	.	72,78%	65,96%	80,90%	83,36%	.	82,74%	80,44%
	Eficiência	2013.264.01 - Despesa média de MCDT faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)	59,60 €	62,55 €	62,49 €	64,67 €	.	63 €	64,38 €	65,42 €	64,15 €	.	58 €	58,54 €	56,96 €	61,10 €	.

Área	Indicador	Arco Ribeirinho					Arrábida					Oeste Norte						
		2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019		
Eixo Nacional	Acesso	2013.004.01 - Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	105,90%	53,58%	46,18%	37,69%	6,56%	120,20%	59,14%	57,69%	55,75%	12,89%	151,40%	105,58%	98,05%	96,22%	21,76%	
		2013.006.01 - Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos médicas - 3 anos	78,50%	75,26%	75,58%	75,01%	70,63%	79,50%	77,99%	78,76%	77,17%	72,89%	89%	86,95%	84,48%	84,35%	79,89%	
	Desempenho Assistencial	2013.047.01 - Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	38,00%	39,13%	40,04%	39,85%	34,48%	44,40%	47,98%	48,46%	46,13%	37,73%	53,60%	56,02%	53,06%	52,40%	45,35%	
		2013.064.01 - Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11; 14[anos e PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário	50,30%	45,93%	46,57%	48,13%	45,39%	51,80%	53,58%	52,72%	49,32%	47,22%	63,30%	60,90%	62,14%	62,88%	54,93%	
		2013.074.01 - Proporção consultas médicas presenciais, com ICPC-2	89,20%	93,28%	92,96%	92,48%	92,20%	91,30%	95,52%	97,21%	96,76%	96,94%	92,20%	95,32%	95,32%	95,66%	96,07%	
		2013.267.01 - Índice de acompanhamento adequado em Planeamento Familiar, nas MIF	0,51	0,5	0,51	0,5	0,35	0,52	0,53	0,55	0,53	0,37	0,621	0,64	0,63	0,62	0,43	
	Eficiência	2013.068.01 - Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	143 €	138,56 €	143,99 €	144,42 €	.	148,60 €	142,36 €	146,37 €	147,03 €	.	141,50 €	139,37 €	144,50 €	155,83 €	.	
		2013.278.01 - Proporção de embalagens de medicamentos prescritos, que são genéricos com genéricos	59%	59,33%	60,79%	61,62%	61,80%	56,60%	58,70%	61,65%	62,21%	62,29%	61%	61,43%	63,28%	63,68%	63,67%	
	Eixo Regional	Desempenho Assistencial	2013.044.01 - Percentagem de mulheres entre os 50-69 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos	46,90%	44,71%	45,19%	45,29%	28,33%	47,10%	47,35%	47,29%	45,77%	27,60%	63,1%	63,60%	50,88%	58,85%	43,06%
			2013.045.01 - Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com colpocitologia atualizada	38%	37,11%	36,16%	34,20%	26,35%	37,20%	38,05%	37,80%	36,33%	26,95%	51,7%	52,23%	50,37%	48,19%	36,49%
		2013.046.01 - Percentagem de inscritos entre os 50-74 com rastreio de cancro colo-retal efetuado	32,60%	33,29%	37,13%	40,51%	31,82%	36,30%	38,83%	40,50%	41,14%	30,17%	37,6%	41,24%	42,69%	46,16%	39,20%	
		2013.274.01 - Proporção DM2 em terapêutica c/ insulina	68%	76,51%	.	79,41%	78,19%	71,70%	72,81%	.	73,17%	67,99%	78,1%	79,38%	.	80,59%	74,04%	
Eficiência		2013.264.01 - Despesa média de MCDT faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)	69,3 €	73,06 €	74,85 €	79,70 €	.	67,40 €	65,96 €	69,82 €	70,81 €	.	51,6 €	52,94 €	50,89 €	55,70 €	.	

Área	Indicador	Oeste Sul					Médio Tejo					Lezíria					
		2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019	
Eixo Nacional	Acesso	2013.004.01 - Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	140,4%	93,40%	89,57%	93,75%	24,40%	204,5%	120,40%	114,61%	110,59%	28%	203,30%	65,92%	59,25%	61,71%	14,81%
		2013.006.01 - Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos médicas - 3 anos	84,50%	76,50%	75,32%	78,16%	75,41%	87,10%	83,85%	84,66%	83,58%	78,38%	86,50%	83%	79,75%	79,67%	76,72%
	Desempenho Assistencial	2013.047.01 - Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	44,20%	46,78%	46,71%	53,35%	50,34%	43,5%	47,71%	48,67%	53,36%	46,08%	47,80%	51,99%	50,67%	53,18%	48,06%
		2013.064.01 - Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11; 14[anos e PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário	47,20%	49,84%	51,17%	51,08%	51,29%	66,5%	60,88%	63,56%	65,46%	63,60%	56,10%	55,33%	49,69%	51,39%	52,60%
		2013.074.01 - Proporção consultas médicas presenciais, com ICPC-2	86,90%	97,12%	98,35%	98,34%	98,68%	88,8%	94,12%	95,31%	95,59%	97,23%	96,80%	97,22%	97,26%	97,62%	97,42%
		2013.267.01 - Índice de acompanhamento adequado em Planeamento Familiar, nas MIF	0,532	0,54	0,55	0,58	0,42	0,521	0,53	0,55	0,56	0,4	0,55	0,56	0,56	0,57	0,41
	Eficiência	2013.068.01 - Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	144,70 €	139,92 €	139,87 €	149,17 €	.	168,10 €	154,58 €	161,82 €	160,28 €	.	168,20 €	156,68 €	167,10 €	171,62 €	.
		2013.278.01 - Proporção de embalagens de medicamentos prescritos, que são genéricos com genéricos	58,40%	61,01%	63,06%	63,93%	64,36%	56,00%	58,01%	60,46%	62,07%	62,47%	57,90%	59,31%	61,93%	62,94%	62,94%
Eixo Regional	Desempenho Assistencial	2013.044.01 - Percentagem de mulheres entre os 50-69 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos	51,30%	54,58%	52,52%	54,41%	34,96%	64,50%	63,71%	62,84%	68,65%	29,01%	65,20%	64,92%	63,09%	68,93%	44,96%
		2013.045.01 - Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com colpocitologia atualizada	40,50%	43,34%	43,46%	44,71%	35,22	40,80%	42,34%	42,33%	45,61%	36,80%	42,20%	42,45%	42,37%	44,73%	35,37%
		2013.046.01 - Percentagem de inscritos entre os 50-74 com rastreio de cancro colo-retal efetuado	31,90%	38,61%	41,47%	48,54%	40,90%	39,40%	42,84%	45,19%	51,96%	44,18%	37,40%	40,62%	44,71%	52,05%	43,80%
		2013.274.01 - Proporção DM2 em terapêutica c/ insulina	71,30%	76,08%	.	77,07%	75,77%	72,40%	74,60%	.	73,64%	71,58%	68,20%	73,76%	.	80,93%	76,24%
	Eficiência	2013.264.01 - Despesa média de MCDT faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)	66,20 €	69,98 €	70,40 €	74,50 €	.	60,30 €	59,63 €	61,89 €	62,38 €	.	59,50 €	60,25 €	62,02 €	63,84 €	.

C. Resultados dos Indicadores – ARS Alentejo

Área	Indicador	Alentejo Central					Alentejo Litoral					São Mamede					Baixo Alentejo				
		2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
Eixo Nacional	Acesso																				
	2013.004.01 - Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	238,50%	170,65%	146,08%	127,95%	29,84%	220,50%	119%	127,81%	133,45%	33,71%	442,60%	266,81%	217,84%	196,21%	48,63%	355,40%	245,65%	239,33%	237,25%	58,29%
	2013.006.01 - Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos médicas - 3 anos	91,70%	90,23%	87,66%	85,38%	79,22%	86,70%	85,94%	83,60%	81,09%	75,97%	89,60%	88,66%	87,51%	87,87%	84,09%	89,70%	89,79%	87,87%	86,76%	82,97%
	Desempenho Assistencial																				
	2013.047.01 - Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	52,70%	59,01%	56,56%	55,20%	47,09%	39,10%	46,42%	46,73%	46,90%	39,93%	45,10%	58,64%	61,67%	63,50%	53,71%	42,50%	48,97%	51,36%	54,66%	49,97%
	2013.064.01 - Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11; 14[anos e PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário	59,50%	60,20%	56,83%	58,23%	55,09%	67,90%	72,32%	65,16%	62,81%	60,37%	63,50%	58,79%	64,31%	63,23%	58,86%	59,40%	58,42%	65,17%	64,25%	57,06%
2013.074.01 - Proporção consultas médicas presenciais, com ICPC-2	92%	94,87%	95,72%	95,95%	97,12%	95,70%	96,54%	97,22%	96,98%	96,48%	87,60%	90,39%	90,47%	90,37%	91,22%	93,70%	95,04%	95,31%	95,23%	95,31%	
2013.267.01 - Índice de acompanhamento adequado em Planeamento Familiar, nas MIF	0,55	0,55	0,55	0,55	0,4	0,48	0,49	0,48	0,48	0,34	0,58	0,61	0,62	0,62	0,43	0,52	0,53	0,53	0,53	0,38	
Eficiência																					
2013.068.01 - Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	173,50 €	136,03 €	179,06 €	176,17 €	.	170 €	163,48 €	177,30 €	170,64 €	.	189 €	177,47 €	182,96 €	180,98 €	.	165,70 €	160,07 €	165,45 €	165,71 €	.	
2013.278.01 - Proporção de embalagens de medicamentos prescritos, que são genéricos com genéricos	56,30%	58,18%	59,49%	60,46%	61,09%	50,80%	52,27%	55,30%	57,11%	56,30%	53,90%	54,65%	56,91%	57,96%	58,22%	54,90%	55,22%	57,89%	58,65%	58,45%	
Desempenho Assistencial																					
2013.023.01 - Proporção de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes), com determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos	57,30%	66,01%	61,75%	61,75%	57,24%	39,10%	46,96%	45,90%	48,89%	43,89%	47,20%	58,57%	57,89%	59,87%	52,99%	39,10%	49,12%	52,45%	58,21%	54,56%	
2013.045.01 - Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com colpocitologia atualizada	48,20%	48,19%	44,48%	43,68%	36,94%	40,30%	37,73%	33,98%	39,11%	31,33%	51,60%	50,66%	49,27%	51,65%	38,90%	38,20%	37,90%	36,62%	37,12%	28,94%	
2013.275.01 - Proporção de utentes com novo diagnóstico diabetes tipo 2 que iniciam terapêutica com metformina em monoterapia	68,10%	75,61%	73,47%	73,44%	74,66%	64,20%	70,92%	64,32%	69,88%	69,30%	71,70%	69,37%	66,58%	72,22%	70,59%	73,50%	74,25%	73,06%	76,99%	74%	

D. Resultados dos Indicadores – ARS Algarve

Área	Indicador	Algarve I Central					Algarve II Barlavento					Algarve III Sotavento					
		2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019	
Eixo Nacional	Acesso	2013.004.01 - Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	157,10%	21,95%	18,42%	20,74%	20,37%	119%	6,49%	13,58%	22,99%	20,78%	234,50%	51,89%	47,22%	57,80%	12,62%
		2013.006.01 - Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos médicas - 3 anos	77,90%	77,87%	73%	68,34%	65,87%	81,60%	65,64%	72,25%	73,53%	65,82%	87,70%	78,50%	79,24%	81,21%	77,24%
	Desempenho Assistencial	2013.047.01 - Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	24,20%	31,49%	32,48%	34,35%	30,69%	15,50%	14,12%	17,99%	23,96%	21,53%	39,50%	42,21%	51,91%	57,53%	51,50%
		2013.064.01 - Proporção de jovens com 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11; 14[anos e PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário	43,80%	44,64%	41,61%	43,36%	43,95%	39,40%	19,85%	27,33%	33,73%	32,80%	48,50%	35,74%	44,08%	46,76%	47,98%
		2013.074.01 - Proporção consultas médicas presenciais, com ICPC-2	93%	94,36%	94,20%	94,60%	95,24%	96,80%	97,65%	97,76%	97,75%	98,06%	92,20%	97,88%	98,30%	97,96%	98,19%
		2013.267.01 - Índice de acompanhamento adequado em Planeamento Familiar, nas MIF	0,399	0,43	0,43	0,44	0,33	0,305	0,25	0,31	0,35	0,26	0,468	0,46	0,53	0,58	0,42
	Eficiência	2013.068.01 - Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)	141,90 €	132,79 €	135,77 €	133,49 €	.	137,60 €	126,28 €	132,15 €	128,10 €	.	160,90 €	145,13 €	147,43 €	145,24 €	.
		2013.278.01 - Proporção de embalagens de medicamentos prescritos, que são genéricos com genéricos	53%	54,58%	56,96%	58,03%	58,70%	54%	54,63%	57,78%	57,90%	57,67%	53%	53,93%	56,68%	57,84%	58,21%
Eixo Regional	Desempenho Assistencial	2013.022.01 - Proporção hipertensos sem DM com prescrição ARA II	11,20%	12,24%	11,43%	10,54%	6,01%	8,60%	14,36%	14,14%	14,21%	7,36%	18,80%	17,11%	16,27%	15,79%	9,67%
		2013.033.01 - Proporção utentes com idade superior a 14 com IMC nos últimos 3 anos	36,80%	41,86%	42,01%	42,28%	39,32%	26,80%	23,71%	29,38%	31,84%	29,23%	46,10%	42,09%	49,27%	56,84%	54,72%
		2013.045.01 - Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com colpocitologia atualizada	25,70%	27,55%	27,40%	32,21%	26,83%	13,40%	13,89%	14,18%	18,63%	15,45%	32,20%	32,92%	39,19%	47,08%	40,40%
		2013.270.01. Índice de acompanhamento adequado em saúde materna	0,528	0,6	0,55	0,61	0,44	0,462	0,46	0,5	0,53	0,36	0,579	0,69	0,72	0,79	0,53