

Ana Conceição Lopes Heleno

**Avaliação a nível nacional da Eficiência obtida pelas
Unidades de Cuidados na Comunidade, com recurso da
técnica Data Envelopment Analysis**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE ECONOMIA

2021

Ana Conceição Lopes Heleno

**Avaliação a nível nacional da Eficiência obtida pelas
Unidades de Cuidados na Comunidade, com recurso da
técnica Data Envelopment Analysis**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob orientação de:

Professora Doutora Carla Alexandra E. Filipe Amado

Professor Doutor Sérgio Pereira dos Santos



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE ECONOMIA**

2021

**Avaliação a nível nacional da Eficiência obtida pelas Unidades de
Cuidados na Comunidade, com recurso da técnica Data
Envelopment Analysis**

Declaração de autoria do trabalho

Declaro ser autora deste trabalho, que é original e inédito. Os autores e trabalhos referidos estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Ana da Conceição Lopes Heleno

.....

.....

Direitos de cópia ou copyright

© Copyright: Ana da Conceição Lopes Heleno

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

AGRADECIMENTOS

A caminhada iniciada em 2018 está a terminar!

Se houve uma obstinação inicial em provar a alguns que o cargo para o qual havia sido nomeada em 2016 era inteiramente merecido (e não fruto de um acaso), acabei eventualmente por encarar este desafio como uma vitória da qual me orgulho imenso, independentemente da classificação obtida.

Este caminho foi pautado por inúmeras dificuldades, sendo que cada disciplina concluída significou uma vitória. Acima de tudo, ao longo deste percurso, senti muito apoio das pessoas que me foram acompanhando e incentivando.

Resta-me agradecer a todas estas pessoas. Em primeiro lugar, aos orientadores (professores Carla Amado e Sérgio Santos), por terem aceitado a orientação desta tese, pelos ensinamentos prestados, pelas sugestões/incentivos dados, pela disponibilidade/dedicação demonstradas e pelas dúvidas esclarecidas. Todo este apoio foi constante, ao longo do processo de desenvolvimento deste trabalho (mesmo com o tempo reduzido e estando todos sujeitos às contingências de uma pandemia, que pessoalmente acarretou um acréscimo de trabalho e quase me fez desistir!).

Em seguida, faço questão de agradecer à minha família pela paciência, carinho e incentivo. Agradeço ainda a todos os colegas da pós-graduação (em especial, à Alexandra Martins), pelo apoio, ajuda e paciência.

Agradeço à minha mãe, que já não se encontra presente na minha vida, pela sua mensagem de nunca termos desistir dos nossos sonhos e de só com trabalho conseguirmos alcançar o que desejamos. Agradeço à minha restante família (pai, esposo e filhos), que, nos momentos mais difíceis, sempre acreditaram que eu iria conseguir. A todos eles, dedico esta tese.

RESUMO

A recente reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) trouxe desenvolvimentos importantes, como a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), consideradas inovadoras pela prestação de cuidados de saúde de âmbito domiciliário e comunitário.

Para uma adequada gestão dos recursos existentes, a avaliação de desempenho é essencial, como é o caso deste trabalho, baseado na técnica não paramétrica *Data Envelopment Analysis* (DEA). O mesmo teve como principal objetivo a avaliação da eficiência de 241 UCC a nível nacional, com dados referentes ao ano 2019.

Para atingir este objetivo foram desenvolvidos dois modelos: Acesso e Gestão da Saúde e da Doença (ambos baseados na matriz multidimensional das UCC), com uma orientação para maximizar *outputs*. Esta orientação foi usada nos dois modelos sob o pressuposto *Constant Returns to Scale* (CRS) e *Variable Returns to Scale* (VRS).

Nos dois modelos, a percentagem de UCC identificadas como estando nas respetivas fronteiras de boas práticas (em todas as dimensões avaliadas) é baixa. Apenas foram encontradas nos dois modelos, 11 UCC eficientes, sendo que 8 são da Administração Regional de Saúde (ARS) Norte. Estes resultados apontam para a existência de uma margem de manobra alargada, no sentido de melhorar a eficiência destas unidades funcionais, a nível nacional.

Na análise comparativa entre ARS, confirmaram-se os bons resultados da ARS Norte, já a ARS Algarve evidenciou-se no modelo 1 (Acesso) pelo pior resultado obtido. Este resultado pode ser explicado por especificidades próprias das UCC desta ARS.

Finalmente, uma análise de correlação foi usada para identificar as variáveis externas/ambientais com influência na eficiência das UCC, permitindo concluir que as unidades que servem populações mais jovens tendem a apresentar níveis de eficiência no modelo 2 (Gestão da Saúde e da Doença) mais elevados do que as que servem populações mais idosas.

Palavras-Chave: Eficiência; *Data Envelopment Analysis* (DEA); Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC); Cuidados de Saúde Primários (CSP); Variáveis externas.

ABSTRAT

The recent reforms in the Primary Healthcare Services (CSP) led to important developments, such as the creation of Healthcare Center Groups (ACeS) and Community Service Units (UCC), considered pioneers within home care and community healthcare services.

For an adequate management of the available resources, performance evaluation is pivotal, such as the one done in this research based on the non-parametric technique Data Envelopment Analysis (DEA). This research had as the main objective to evaluate the efficiency of 241 UCC at a national level, using data from 2019.

To reach this goal, two models were developed: Access and Management of Health and Disease (both based on the multidimensional matrix of the UCC), aimed at maximizing outputs. This orientation was used in both models assuming Constant Returns to Scale (CRS) and Variable Returns to Scale (VRS).

In both models, the percentage of UCC identified as being within the good practice frontier is low. Only eleven UCC obtained the best possible score in both models, eight of them belonging to the Regional Health Administration (ARS) of the North. These results point to the existence of considerable room for improvement at the national level in which regards the services provided by these functional units.

When comparing the results by ARS, it was possible to confirm the good results of ARS North and that the ARS Algarve displayed the worst performance in model 1 related with the access to the services. These results are explained in part by the intrinsic specificities of the UCC belonging to this ARS.

Finally, a correlation analysis was used to identify the external variables with influence on the UCC's efficiency, allowing us to conclude that the units that serve younger populations tend to present higher efficiency levels in model 2 (Management of Health and Disease) than the ones serving older populations.

Keywords: Efficiency; Data Envelopment Analysis (DEA); Community Service Units (UCC); Primary Healthcare Services (CSP); External variables.

ÍNDICE GERAL

	Página
ÍNDICE FIGURAS	x
ÍNDICE DE QUADROS	xi
ÍNDICE TABELAS	xii
LISTA DE ABREVIATURAS	xiii
1. INTRODUÇÃO	16
2. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	22
2.1 Agrupamentos de Centros de Saúde	23
2.2 Unidade de Cuidados na Comunidade	25
2.2.1 Carteira de serviços	28
2.2.2 Equipa Multidisciplinar das UCC	39
2.3 CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE	41
2.3.1 Premissas do Processo de Contratualização	45
2.3.2 Contratualização nas UCC	48
2.3.3 Caracterização demográfica da população abrangida	52
3. DATA ENVELOPMENT ANALYSIS	54
3.1 Vantagens e limitações da técnica DEA	59
3.2 Escolha das variáveis (<i>inputs/outputs</i>)	61
3.3 Abordagem do modelo quanto ao pressuposto de escala	61
3.4 Orientação do modelo	62
3.5 Introdução de variáveis externas/ambientais	63
4. AVALIAÇÃO DA EFICIÊNCIA DAS UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	67
4.1 Considerações metodológicas	67
4.2 Amostra	69
4.3 Variáveis <i>inputs</i> e <i>outputs</i>	71
4.3.1 Variáveis externas/ambientais	77
4.4 Recolha de dados	77
4.5 Formulação dos modelos em análise	78
4.6 Orientação dos modelos de avaliação, pressuposto de escala e restrições aos pesos ...	78
5. ANÁLISE GERAL DOS RESULTADOS DE EFICIÊNCIA	80
5.1. Caracterização da amostra	80
5.2 Análise da eficiência em termos da dimensão acesso	82
5.3 Análise da eficiência em termos da dimensão gestão da saúde e da doença	84
5.4 Análise de eficiência por ARS	93
5.5 <i>Targets</i> ou valores alvo a atingir	97

5.6 Análise da correlação entre os resultados e algumas variáveis externas/ambientais .	100
6. CONCLUSÃO, LIMITAÇÕES E TRABALHO FUTURO	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
APÊNDICES	115
APÊNDICE 1	116
APÊNDICE 2	123

ÍNDICE FIGURAS

	Página
Figura 1-Estrutura Orgânica de um ACeS	24

INDICE DE QUADROS

	Página
Quadro 2. 1- Matriz multidimensional das UCC, com as ponderações atribuídas	29
Quadro 2. 2- Indicadores de referência das UCC, em 2019	49
Quadro 4. 1- UCC Excluídas por ARS e respetivo motivo	70
Quadro 4. 2- Identificação de <i>outliers</i> no modelo de super-eficiência, nas vertentes do Acesso e da Gestão da Saúde e da Doença	71
Quadro 4. 3- Indicadores usados para a definição dos <i>outputs</i> utilizados nos modelos DEA	75
Quadro 4. 4- <i>Inputs</i> e <i>Outputs</i> utilizados na avaliação do desempenho das UCC relativamente à dimensão Acesso (Modelo 1).....	76
Quadro 4. 5- <i>Inputs</i> e <i>Outputs</i> utilizados na avaliação de desempenho das UCC relativamente à dimensão Gestão da Saúde e da Doença (Modelo 2)	76

INDICE TABELAS

Página

Tabela 2. 1-Distribuição de profissionais pela matriz multiprofissional das UCC ...	31
Tabela 5. 1- Estatísticas descritivas dos <i>Inputs</i>	80
Tabela 5. 2- Estatísticas descritivas dos <i>outputs</i> na Dimensão Acesso	80
Tabela 5. 3- Estatísticas descritivas dos <i>outputs</i> na Dimensão Gestão da Saúde e da Doença	81
Tabela 5. 4- Resultados do Modelo 1 (Dimensão Acesso).....	82
Tabela 5. 5- Modelo 2 (Dimensão da Gestão da Saúde e da Doença).....	85
Tabela 5. 6- UCC ineficientes com piores resultados nos Modelos 1 e 2	86
Tabela 5. 7- Valores dos <i>inputs</i> das UCC Vila Franca de Xira e de Celas e das respetivas UCC de referência	88
Tabela 5. 8- Valores dos <i>outputs</i> da UCC Vila Franca de Xira e das respetivas UCC de referência- Modelo 1	89
Tabela 5. 9- Valores dos <i>outputs</i> da UCC de Celas e da respetiva UCC de referência- Modelo 2.....	90
Tabela 5. 10- UCC eficientes no Modelo 1 e 2, sob os pressupostos CRS e VRS....	91
Tabela 5. 11- Dados de <i>Inputs</i> e <i>Outputs</i> das UCC eficientes no Modelo 1	92
Tabela 5. 12 - Dados de <i>Inputs</i> e <i>Outputs</i> das UCC eficientes no Modelo 2	93
Tabela 5. 13- Análise de resultados de eficiência (média) dos modelos Acesso e Gestão da Saúde e da Doença (apresentado por ARS)	94
Tabela 5. 14- Resultados das UCC da ARS Algarve para o Modelo 1, em termos de ET, ETP, EE e <i>benchmarks</i>	95
Tabela 5. 15- <i>Targets</i> para os <i>Inputs</i> no Modelo 1 relativos à ARS Algarve.....	99
Tabela 5. 16- <i>Targets</i> para <i>outputs</i> no Modelo 1 relativos à ARS Algarve.....	100
Tabela 5. 17- Resultados da Análise de Correlação com o coeficiente de Pearson	101
Tabela 5. 18- Resultados da Análise de Correlação com o Coeficiente de Spearman	102

LISTA DE ABREVIATURAS

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central dos Sistemas de Saúde
AExc6M	Crianças com amamentação exclusiva até aos 6 meses
Alta	Utentes com alta no período em análise
AobjAtin	Utentes com alta da ECCI por objetivos atingidos
AO	Assistente Operacional
AT	Assistente Técnico
ARS	Administração Regional de Saúde
AsDPOC	Contagem de utentes com Asma ou DPOC com intervenção na UCC
BI	Bilhete de Identidade
BI-CSP	Portal Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
C48H	Contagem de utentes com contato nas primeiras 48 horas
CDor	Utentes com ganhos no controlo da dor
CDorPal	Utentes com ganhos no controlo da dor no âmbito Paliativo
CSint	Utentes com ganhos no controlo de sintomas
CnP	Contagem de consultas não presenciais
CP	Contagem de consultas presenciais
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CSP	Cuidados de Saúde Primários
cf. (confer)	Comparar, conferir
CrJov	Contagem de Crianças e Jovens com intervenção na UCC
CrJovNSE	Crianças e Jovens com NSE e que são alvo de intervenção
CRS	<i>Constant Returns to Scale</i>
DEA	<i>Data Envelopment Analysis</i>
DdÚtil	Contagem consultas ao domicílio realizadas em dias úteis
DFSF	Contagem de consultas ao domicílio realizadas ao fim de semana e feriados
DGS	Direção Geral da Saúde
DMU	<i>Decision Making Unit</i>
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL	Equipa de Coordenação Local
EMS	<i>Efficiency Measurement System</i>
EPVA	Equipa de Prevenção da Violência no Adulto
EE	Eficiência de Escala
ET	Eficiência Técnica
ETP	Eficiência Técnica Pura
ETC	Equivalente a Tempo Completo
e.g. (exempli gratia)	por exemplo
et al. (et alia)	e outros
G	Contagem de grávidas com intervenção na UCC
GASMI	Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil
GPnat	Gravidas acompanhadas com parto natural
GRT	Gestão do Regime Terapêutico
GT-UCC	Grupo de Trabalho para o desenvolvimento das UCC
GStressPC	Utentes com ganhos na gestão do stress do prestador de

	cuidados
HAO	Horas de Assistentes Operacionais
HAT	Horas de Assistentes Técnicos
HEnfTSDT	Horas de Enfermagem e TSDT
HM	Horas Médicas
Hmot	Horas de Motorista
HPN	Horas de Psicólogos Clínicos e Nutricionistas
HTss	Horas de Técnico de Serviço Social
<i>i.e.</i> (id est)	isto é
IDG	Índice de Desempenho Global
IDS	Índice de Desempenho Sectorial
IDS_A	Índice de Desempenho Sectorial Área
IDS_S	Índice de Desempenho Sectorial Subárea
IDS_D	Índice de Desempenho Sectorial Dimensão
INE	Instituto Nacional de Estatística
IP	Intervenção Precoce
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
Km	Quilómetro
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MdepAutoc	Utentes com melhoria na dependência do “autocuidado”
MF	Utentes com melhorias funcionais
MGF	Medicina Geral e Familiar
MIM@UF	Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais
MposGRT	Utentes com modificação positiva no diagnóstico GRT
NACJR	Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NLI	Núcleo Local de Intervenção
NSE	Necessidades de Saúde Especiais
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAUF	Plano de Ação da Unidade Funcional
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSE	Plano Nacional de Saúde Escolar
RN	Recém-Nascido
RNpesonor	RN de termo com o peso normal
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RUPsUP	Utentes com risco de UP e sem registo de presença de UP
RS	Rede Social
RSI	Rendimento Social de Inserção
SE	Saúde Escolar
SIARS	Sistema de Informação das ARS
sIH	Utentes sem necessidade de internamento hospitalar
SNIPI	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SNS	Sistema Nacional de Saúde
sUP	Utentes a quem não foi documentado novo diagnóstico de UP
T	Turmas abrangidas
TRU	Tabela Remuneratória Única
TS	Técnico Superior

TSDT	Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica
TSS	Técnico Superior de Saúde
Tss	Técnico de serviço social
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UF	Unidade Funcional
ULS	Unidade Local de Saúde
UP	Úlcera de Pressão
UPmelh	Úlceras de pressão melhoradas
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública
$\bar{X}D$	Número médio de consultas no domicílio, por mês
VD	Visita Domiciliária
VRS	<i>Variable Returns to Scale</i>

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação surge no âmbito do curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve. Como tal, pauta-se pela abordagem de aspetos relacionados com a gestão em unidades prestadoras de cuidados de saúde. Pretende-se acrescentar conhecimento à área da gestão de unidades/organizações de saúde, nomeadamente às UCC, unidade funcional dos CSP.

No centro do Sistema Nacional de Saúde (SNS), está o cidadão, segundo a Lei de Bases da Saúde. A Lei nº 95/2019 de 4 de setembro, que revogou a Lei nº 48/90, quase três décadas depois, apresenta como ponto importante o facto de as pessoas passarem a ser peça central de todos os sistemas de saúde (alínea c), reafirmando a igualdade no acesso aos cuidados de saúde e a equidade na distribuição dos recursos (alínea d) e enfatizando ainda (alínea g) a importância da gestão dos recursos disponíveis, que deve ser eficiente, efetiva e pautar-se pela qualidade.

Na base 20, o SNS é definido como sendo constituído por estabelecimentos que prestam cuidados de saúde (com a responsabilidade da proteção da saúde dos cidadãos) e que se pauta pelos seguintes princípios: Universalidade, igualdade, tendencialmente gratuito, geral, integrado, equitativo, de proximidade, sustentável, transparente e com qualidade (Lei nº 95/2019 de 4 de setembro).

Neste sentido, entende-se que os estudos de avaliação de eficiência e efetividade em unidades prestadoras de cuidados de saúde, nomeadamente ao nível dos CSP, são uma mais-valia para a sustentabilidade do SNS, pela gestão efetiva de recursos humanos, e pela qualidade dos cuidados prestados.

Quando se aborda o tema dos CSP, há que referir duas componentes essenciais (a prevenção da doença e a promoção da saúde), sendo que a promoção da saúde - definida na Carta de Ottawa (1986) como a capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e de saúde - pressupõe uma maior participação da população neste processo. O seu foco é a capacitação das pessoas para poderem decidir sobre a sua saúde (com a intervenção direta destas e da comunidade onde se inserem).

Esta é a ideia percussora do que viriam a ser as UCC: unidades funcionais que privilegiam a promoção da saúde e atuação a nível comunitário. Desde 1986, ano em que foi assinada a Carta de Ottawa, até à regulamentação das UCC em 2009, decorreram vinte e três anos. Porém, já nessa altura se previa a importância da atuação e capacitação das comunidades como ferramenta importante para a prestação de cuidados de saúde com qualidade, com reflexo na obtenção de ganhos em saúde (individuais e coletivos).

A reforma de 2005 teve como aspeto central a reconfiguração dos centros de saúde, envolvendo a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) e dos ACeS. As Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) foram constituídas pelos profissionais que não quiseram ou não puderam organizar-se em USF (Biscaia & Heleno, 2017). As Unidades de Saúde Pública (USP), e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) passaram a estar centralizadas por ACeS, bem como as UCC, unidades com características diferentes das demais. Esta reestruturação permitiu um melhor aproveitamento dos recursos humanos e dos materiais existentes.

Outra componente importante de qualquer nível de cuidados de saúde (e dos seus profissionais) é a avaliação de desempenho. Ela consiste numa ferramenta para a tomada de decisão pelos gestores relativamente aos recursos humanos e aos processos nas suas unidades/organizações, tendo em vista a melhoria da eficiência e efetividade. Importa, desde já, apresentar as definições de eficiência e efetividade, as quais serão usadas neste trabalho. De acordo com Ozcan (2008), enquanto a eficiência se refere à capacidade de minimizar os recursos usados para prestar um certo volume de serviços (ou à capacidade de maximizar o volume de prestação de serviços, com um determinado nível de recursos), a efetividade avalia o impacto dos serviços prestados (*outcomes*).

Em matéria de saúde, uma das técnicas mais usadas para avaliar a eficiência das unidades/organizações é a técnica DEA, inicialmente proposta por Charnes, Cooper & Rhodes (1978). A popularidade desta técnica pode comprovar-se em duas revisões da literatura no âmbito das organizações de prestação de cuidados de saúde. Em primeiro lugar, a revisão da literatura realizada por Kohl, Schoenfelder, Fugener & Brunner (2019), onde são identificados e analisados duzentos e sessenta e dois artigos, com o seu enfoque maioritário na avaliação de desempenho em hospitais, sendo a DEA a técnica mais aplicada. Em segundo lugar, a revisão da literatura de

Pelone, Kringos, Romanielo, Archibugi, Salsiri & Ricciardi (2015), referente às publicações sobre avaliação de desempenho em CSP, no período de 2005 a 2016, onde foram identificados trinta e nove estudos que usaram a DEA. Dois desses estudos referem-se à realidade portuguesa: Amado & Santos (2009) e Ferreira, Marques & Nicola (2013).

No que respeita às UCC, não existem à data estudos sobre a sua eficiência, ao contrário do que sucede com as USF e UCSP, as quais foram já alvo de vários estudos com recurso à metodologia DEA. Neste sentido, este trabalho destina-se a avaliar o desempenho das UCC a operar em Portugal, contribuindo assim para o seu desenvolvimento.

As UCC a nível nacional integram os centros de saúde e possuem características distintas das demais unidades funcionais, tanto no funcionamento como na forma de organização, funcionam em complementaridade com as restantes unidades, no sentido da obtenção de ganhos em saúde para a população da sua área de abrangência. O Grupo de Trabalho para o desenvolvimento das UCC (GT-UCC) realizou um trabalho publicado em formato de Relatório de Atividades 2017-2019 (SNS, 2019), a partir deste trabalho foi possível conhecer a sua realidade a nível nacional, em termos de distribuição geográfica, de recursos humanos, físicos e materiais, de sistemas de informação e de carteira de serviços.

A avaliação de desempenho das UCC tem por base uma matriz multidimensional, definida em Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS, 2019) e reproduzida no próximo capítulo. Desta matriz, constam cinco áreas de atuação: Desempenho Assistencial; Serviços; Qualidade Organizacional; Formação Profissional; Atividade Científica.

A área de Desempenho Assistencial é a área de destaque deste trabalho, devido à sua maior relevância para os CSP, esta subdivide-se em quatro subáreas: Acesso; Gestão da Saúde; Gestão da Doença; Intervenção Comunitária. Para cada uma destas subáreas, existem indicadores definidos e idênticos para todas as UCC (num total de vinte e oito indicadores, em 2019), sendo que, relativamente a esse ano, existem resultados para vinte e cinco desses indicadores.

Através da técnica DEA, pretende-se com recurso aos dados disponíveis para esses indicadores, avaliar a eficiência relativa das UCC (com vista à identificação das

unidades que possam servir de referência de aprendizagem para as unidades ineficientes). Esta técnica foi considerada a mais adequada, pelo seu amplo uso em saúde e pelas vantagens que apresenta, segundo Amado & Dyson (2008), esta é uma técnica de análise de eficiência adequada para os CSP, dado que permite a consideração de vários *inputs* (indicadores de recursos usados) e *outputs* (indicadores de serviços prestados e/ou resultados atingidos), com unidades de medida diferentes. Ainda segundo os mesmos autores, a técnica DEA utiliza todos os dados disponíveis para a construção de uma fronteira de eficiência, avaliando cada unidade de decisão (em inglês, *Decision Making Unit* - DMU) com base naquilo que ela dista dessa fronteira, permitindo vários tipos de orientação à referida fronteira de eficiência.

Amado & Dyson (2008), referem que recorrendo à DEA, cada DMU é comparada apenas com as DMU que perseguem os mesmos objetivos e prioridades, sendo possível identificar para cada DMU ineficiente as suas DMU de referência (para aprendizagem). Esta é uma característica importante para o uso desta técnica no contexto do presente estudo.

A avaliação do desempenho de pessoas, unidades, serviços ou organizações pretende perceber se os objetivos inicialmente propostos foram atingidos, identificar aspetos a melhorar e, acima de tudo, perceber as forças e fraquezas de cada um. A avaliação de desempenho pretende fornecer informação destinada a delinear estratégias que permitam melhorar os aspetos identificados como alvo de mudança. Segundo Amado & Santos (2009), os estudos de avaliação de eficiência das unidades de saúde, permitem aos decisores analisar e usar esses resultados, para a melhoria dos serviços, através da adoção das mudanças necessárias.

As UCC são unidades funcionais relativamente recentes (com uma década de existência), o desenvolvimento destas unidades foi mais acentuado a partir de 2015, com a criação da Associação das UCC e do GT-UCC (Despacho 7359/2017 de 25 de agosto). Isto permitiu uma uniformização dos projetos da carteira de serviços, um desenvolvimento de indicadores que espelham a sua atividade e um conhecimento do panorama nacional em termos de número e de localização.

A opção pelo estudo da eficiência destas unidades prendeu-se com o fato de a autora ter exercido funções numa unidade deste tipo durante oito anos, tendo assumido a coordenação no período de 2016-2019. Isso permitiu-lhe estar mais,

familiarizada com o tema e identificar a necessidade de contribuir para o estudo destas unidades - em termos de eficiência, sob o ponto de vista da gestão - visando a melhoria da sua organização.

Este estudo de âmbito nacional trata sobretudo de uma análise de desempenho com base em dados do ano de 2019 (ano de fecho do triénio 2017-2019) e tem como objetivos:

- ✓ Avaliar a eficiência relativa das UCC a nível nacional;
- ✓ Identificar as unidades com melhores taxas de eficiência que possam servir de referência às unidades com níveis de eficiência mais baixos;
- ✓ Identificar os principais fatores que afetam a eficiência das UCC.

Os dados avaliados têm que ver com os valores alcançados por duzentas e quarenta e uma UCC a nível nacional, das duzentas e sessenta e três documentadas no Portal do Bilhete de Identidade (BI) dos CSP (BI-CSP) no ano 2019, em vinte e cinco dos vinte e oito indicadores contratualizados no mesmo ano. Foram excluídos três indicadores: um por falta de resultados, outro por valores aparentemente impossíveis e outro de difícil leitura, identificados no capítulo 4.3. Esta análise de indicadores de desempenho permitiu dispor de um termo de comparação entre todas as UCC. Para além disso, foram também analisados alguns fatores não controláveis pelos gestores, e a sua influência no desempenho das UCC.

Este estudo encontra-se dividido em cinco partes. Na primeira parte é realizada uma breve abordagem dos CSP, será levado a cabo um enquadramento dos ACeS, com enfoque na sua criação e funcionamento, uma caracterização das UCC, sua criação, carteira de serviços e aspetos relacionados com a contratualização (incluindo uma breve resenha histórica dos processos de contratualização e caracterização, desde o seu início até aos moldes em que se realiza atualmente). Nesta parte, incluiu-se também uma breve apresentação do Portal BI-CSP (SNS, 2020), do qual foram extraídos todos os dados em uso neste estudo.

Na segunda parte, o método DEA é abordado, mediante apresentação das definições necessárias e discussão das suas especificidades.

Numa terceira parte, aborda-se o caso em estudo, ou seja, a avaliação de eficiência das UCC, discutindo-se a metodologia utilizada. Em seguida, numa quarta parte, procede-se à análise e discussão dos resultados obtidos.

Na quinta e última parte deste estudo, são apresentadas as conclusões alcançadas, fazendo-se referência às limitações do estudo e identificam-se alguns caminhos para estudos futuros nesta área.

2. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os CSP são considerados como a porta de entrada no SNS, apesar de ainda serem grandemente encarados pela sua vertente curativa, possuem uma dimensão mais abrangente. Segundo o Observatório Português dos Serviços de Saúde (OPSS), o motivo reside, acima de tudo, no facto de exercerem um papel importante na prevenção da doença, promoção da saúde e na diminuição das desigualdades existentes, em termos de saúde, na população portuguesa (OPSS, 2018). São prestados nos centros de saúde, a sua importância é vital para a população, embora sejam frequentemente desvalorizados em relação aos cuidados hospitalares.

Entende-se por CSP, segundo a Declaração de Alma-Ata (1978), os cuidados essenciais de saúde (destinados a indivíduos, famílias e comunidade) baseados em métodos e tecnologias cientificamente estabelecidos e universais. Os CSP fazem parte integrante dos sistemas de saúde dos países, ocupando a esse respeito uma função central, representam também o primeiro nível de contato com os sistemas de saúde e são o primeiro elemento no processo de assistência de saúde, havendo grande proximidade geográfica em relação às pessoas.

Em 2019, a Organização das Nações Unidas (ONU, 2019), reconheceu, na sua Assembleia Geral, os CSP como o polo mais inclusivo, eficaz e eficiente na melhoria da saúde física e mental, bem como do bem-estar social. Foi-lhes ainda reconhecido o estatuto de pedra angular de um sistema de saúde sustentável, que pretenda atingir uma cobertura universal em termos de saúde e alcançar os objetivos de desenvolvimento sustentável relacionados com ela.

A declaração política resultante dessa Assembleia Geral (ONU, 2019) refere, na sua medida 27, que se deve dar prioridade à promoção da saúde e à prevenção da doença, através de políticas de saúde pública e de boa tutela dos sistemas de saúde, bem como as questões da educação e da comunicação em matéria de saúde. Todos estes aspetos contribuirão assim para o aumento do conhecimento ao longo do ciclo de vida e para que as pessoas possam tomar decisões fundamentadas em matéria de saúde. Na medida 46, reforça-se a ideia da importância dos CSP, aconselhando a sua ampliação e priorização.

Os CSP são, desta forma, importantes pela sua proximidade e acessibilidade e representam um primeiro nível de cuidados. Trata-se de um tipo de cuidados de

saúde fundamentado no Plano Nacional de Saúde (PNS) e nos seus eixos estratégicos, nomeadamente a cidadania (que consiste na capacitação do cidadão para poder tomar decisões sobre a sua saúde individual e coletiva) e a qualidade na saúde (Direção Geral da Saúde -DGS, 2015).

Para além de ser importante caracterizar os CSP, importa abordar a forma como se encontram atualmente organizados e estruturados. Trata-se de cuidados que, desde sempre, têm sido prestados nos centros de saúde, centros de saúde estes, que foram alvo de importantes reformas nos últimos anos.

2.1 Agrupamentos de Centros de Saúde

A organização dos centros de saúde data de 1971 e foi sofrendo consequentes reformulações até à atual forma organizativa, a qual surgiu em 2008, com a publicação do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro. Este decreto previu a criação dos ACeS no artigo 2º e no artigo 3º (ponto 1). De acordo com este decreto-lei, os ACeS são:

“...serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde, ... e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica” (Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro: 1182-1183).

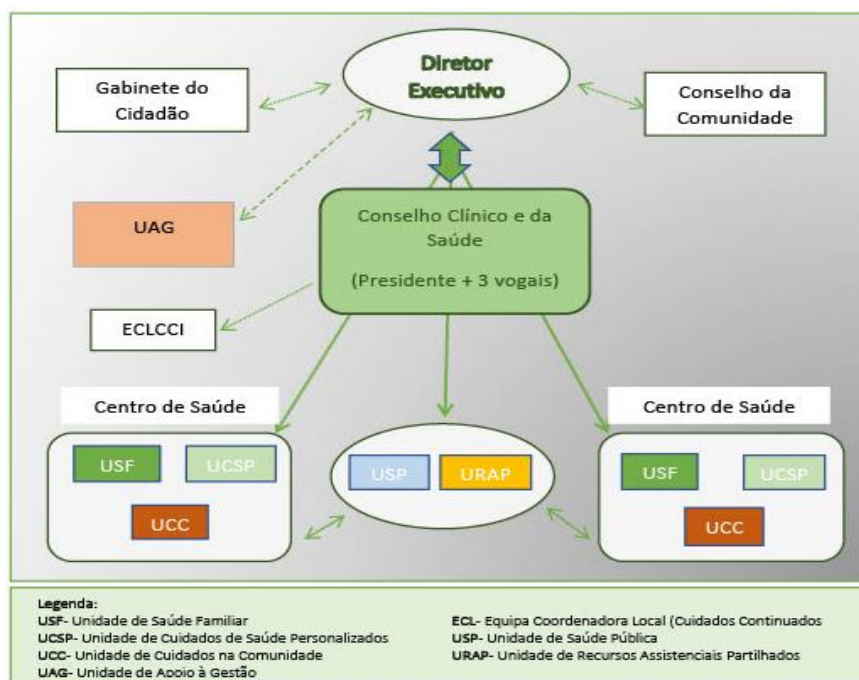
Este Decreto-Lei prevê a existência de unidades funcionais com diferentes características, como as USF, UCSP, UCC, USP e URAP. Cada uma destas unidades funcionais é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, e atua, em cooperação com as outras, no mesmo centro de saúde e ACeS.

A nível nacional, existem enormes desigualdades, no que diz respeito ao número de unidades funcionais pertencentes a cada tipologia. Essas desigualdades podem observar-se, por exemplo, na quantidade de USF e UCC, estas últimas previstas no Decreto-Lei nº 157/1999 de 10 de maio, no seu artigo 10º (ponto 3). As UCC só foram, no entanto, efetivamente criadas com os ACeS. No artigo 11º, do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, as UCC são definidas como prestadoras de cuidados de saúde e apoio psicológico/social de âmbito domiciliar e comunitário.

A equipa destas unidades funcionais deve ser composta por enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades. Deve ainda passar a ser a unidade de ligação dos ACeS à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), ficando a seu cargo a operacionalização das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), já previstas no Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho.

Para uma melhor compreensão e visualização, a Figura 1, contém a estrutura orgânica de um ACeS.

Figura 1-Estrutura Orgânica de um ACeS



Fonte: Adaptado de Magalhães (2015: 30)

A reforma de 2005 dos CSP, reconfigurou os centros de saúde com a constituição das USF, dos ACeS, e criação de novas unidades como as UCC. Os antigos centros de saúde passaram a integrar os ACeS, com uma configuração diferente, em cada um deles passaram a existir as unidades funcionais do tipo USF, UCSP, UCC e elos de ligação à USP e URAP (Biscaia & Heleno, 2017).

No caso das UCC, por serem dotadas de características inovadoras, viram o seu funcionamento regulamentado com o Despacho nº 10143/2009 de 16 de abril, que lhes define a missão, atribuições, princípios orientadores e compromisso assistencial.

Assim sendo, passaram então a funcionar, em cada centro de saúde, pelo menos uma USF e/ou UCSP e uma UCC. Por sua vez, por cada ACeS existente, passou a existir também uma URAP e uma USP, com elos de ligação em cada centro de saúde (Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro), tal como ilustrado na Figura 1.

2.2 Unidade de Cuidados na Comunidade

Como referido anteriormente, as USF surgiram antes da criação dos ACeS, sendo que o seu regime jurídico de organização, funcionamento e sistema de incentivos foi regulado pelo Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto. Embora as USF e as UCSP tenham características semelhantes, constituídas por profissionais médicos, enfermeiros e administrativos, segundo Biscaia & Heleno (2017) as segundas foram constituídas pelos profissionais que não quiseram ou não puderam organizar-se em USF e que funcionam num modelo verticalmente hierarquizado e com menor autonomia. As USF têm uma particularidade importante: podem escolher os profissionais que as constituem.

Relativamente às UCC, estas foram caracterizadas por Branco & Ramos (2001: 9), como sendo

“...a novidade mais visível da reorganização dos centros de saúde. Enquanto as unidades de saúde familiar (USF) visam aperfeiçoar a prestação de cuidados de medicina familiar num contexto de grupo e equipa, as UCC são uma inovação estrutural que pode modificar radicalmente a imagem e o papel dos centros de saúde junto das populações.”

O Despacho nº 10143/2009 de 16 de abril, no seu artigo 3º (ponto 1), refere que as UCC têm por missão

“...contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra.” (Despacho nº 10143/2009 de 16 de abril: 15438).

Por sua vez, no ponto 2 do mesmo artigo, o referido despacho esclarece que

“A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à

família e na implementação de unidades móveis de intervenção.”
(Despacho nº 10143/2009 de 16 de abril: 15438).

As UCC, à semelhança das USF, são criadas por proposta de candidatura apresentada à ARS. De acordo com o artigo 6º do Despacho nº 10143/2009 de 16 de abril, a coordenação destas unidades deve ser assegurada por um enfermeiro com (pelo menos) o título de especialista e a sua equipa deve ser constituída por enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades.

O processo de monitorização e avaliação das UCC é definido no artigo 13º do referido despacho, devendo a monitorização, avaliação e acreditação destas unidades incidir em áreas como a disponibilidade, a acessibilidade, a produtividade, a qualidade técnico científica, a efetividade, a eficiência e a satisfação das necessidades. Esta monitorização e avaliação deve também ter em conta a matriz nacional e o uso de metodologias de autoavaliação (Despacho nº 10143/2009 de 16 de abril).

Na realidade, pode afirmar-se que as UCC são o elo entre o SNS e a comunidade (incluindo as questões que a afligem), ideia corroborada por Branco & Ramos (2001: 9), quando referem que as UCC são

“...«os braços» pró-ativos do centro de saúde junto da comunidade, identificando pessoas, famílias e grupos em situação de maior necessidade e vulnerabilidade. Identificam e mobilizam recursos de proximidade e recorrem aos apoios existentes no centro de saúde e no sistema de saúde.”

O artigo 4º do Despacho nº 10143/2009, de 16 de abril, define ainda que as UCC fazem uso de uma abordagem integrada, articulada, diferenciada e de grande proximidade perante as necessidades de cuidados de saúde sentidas pela população onde elas estão presentes. São regidas pelos seguintes princípios:

- a. Cooperação, exigida a todos os elementos da equipa, no sentido da concretização dos objetivos de acessibilidade, globalidade e continuidade dos cuidados de saúde;
- b. Solidariedade e trabalho em equipa;
- c. Autonomia assente na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do Plano de Ação;
- d. Articulação com as outras unidades funcionais do ACeS;
- e. Parcerias com outras estruturas da comunidade local (Autarquias, Segurança Social, Instituições privadas de solidariedade social, Associações e outras);

- f. Avaliação contínua que sendo objetiva e permanente visa a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do plano de ação e da qualidade dos cuidados;
- g. Gestão participativa assente num sistema de comunicação e de relação entre todos os seus profissionais, promotores de ganhos de motivação e satisfação profissional (Despacho nº 10143/2009 de 16 de abril: 15438-15439).

Para o estudo de uma UCC, é imprescindível conhecer a sua carteira de serviços, conseguindo-se assim um melhor entendimento (e fazendo-se uma melhor avaliação) do seu desempenho. A este propósito, o artigo 9º do Despacho nº 10143/2009, de 16 de abril, indica a forma como deve estar organizada a sua carteira de serviços. Essa carteira de serviços deve reger-se pelos seguintes parâmetros:

- a) Os cuidados prestados pela UCC devem ser definidos tendo por base o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias definidas no PNS. A sua organização deve ainda estar fundamentada por uma coordenação efetiva entre os programas em desenvolvimento;
- b) No âmbito da RNCCI, os programas e projetos da carteira de serviços integram-se no plano de ação do ACeS, em articulação com as demais unidades funcionais (USF, UCSP, USP) e com a Equipa Coordenadora Local (ECL). Tudo isto decorre em consonância com as orientações do Conselho Clínico;
- c) A carteira de serviços deve incidir nas seguintes áreas: contributos para o diagnóstico de saúde da comunidade, intervenções de proteção e promoção da saúde e prevenção da doença, como é o caso do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE);
- d) Projetos de intervenção em famílias e grupos vulneráveis, ou seja: sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência. Exemplos desses projetos:
 - I. Acompanhamento a utentes e famílias de maior risco e vulnerabilidade;
 - II. Cooperação com outras unidades funcionais, no tocante a ações dirigidas aos utentes, às famílias e à comunidade, na implementação de programas de intervenção especial, na criação de redes de apoio às famílias e no recurso a unidades móveis;

- III. Promoção, organização e participação na formação técnica externa, nas áreas de apoio domiciliário e familiar e no voluntariado;
 - IV. Participação em atividades da Rede Social (RS), na vigilância sanitária e no acompanhamento social das famílias com baixos recursos socioeconómicos;
 - V. Participação em atividades do programa de intervenção precoce em crianças. Esta participação dá-se no âmbito da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ);
 - VI. Implementação de projetos de intervenção domiciliária junto a indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, no âmbito da RNCCI (natureza preventiva, curativa e reabilitadora, ações paliativas, reabilitação física, apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo familiares e outros prestadores de cuidados, educação para a saúde, coordenação e gestão de casos e produção/tratamento de informação nos suportes de registo preconizados pelos CSP e RNCCI).
- e) Implementação de projetos de promoção de estilos de vida saudável, com intervenções ao nível de programas já existentes, a implementar ou a desenvolver. Estes projetos funcionam em parceria com outras instituições, que podem cooperar para que a população adquira hábitos de vida saudáveis, ao longo do seu ciclo de vida.

2.2.1 Carteira de serviços

Cada UCC define um plano de ação, que não é mais do que um conjunto de atividades para a prestação de cuidados de saúde personalizados (de âmbito domiciliário e comunitário), com objetivos, indicadores e metas a atingir. Fica assim assumido o seu compromisso assistencial (Artigo 5º, ponto 2, despacho nº 10143/2009, de 16 de abril). Estas atividades devem estar em consonância com o PNS e com os Planos Regionais e Locais de Saúde, devendo atender às necessidades da comunidade em que a UCC está presente, em matéria de cuidados de saúde.

A carteira de serviços da UCC é baseada na sua matriz multidimensional composta por áreas, subáreas e dimensões de atuação, às quais é atribuída uma ponderação, tal como identificado no Quadro 2.1.

Quadro 2. 1- Matriz multidimensional das UCC, com as ponderações atribuídas

Matriz Multidimensional das UCC			
Área	Subárea	Dimensões	Ponderações
Desempenho (Ponderação 50)	Acesso (Ponderação 20)	Cobertura ou utilização	30
		Distribuição da atividade	20
		Tempos máximos de resposta garantidos	50
	Gestão da Saúde (Ponderação 20)	Criança e adolescência	25
		Saúde Reprodutiva	25
		Saúde no Adulto	25
		Saúde no Idoso	25
	Gestão da Doença (Ponderação 20)	Reabilitação	20
		Saúde Mental	20
		Abordagem Paliativa	20
		Doença crónica	20
	Intervenção Comunitária (Ponderação 20)	ECCI	20
		Saúde Escolar (SE)	40
		Intervenção Precoce (IP)	10
		Núcleo de Crianças e Jovens em Risco (NACJR)	10
		Núcleo Local de inserção (NLI)	10
		CPCJ	10
Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA)		10	
RS	10		
Satisfação das necessidades (Ponderação 20)	Satisfação dos Utentes	100	
Serviços (Ponderação 10)	Serviços de carácter assistencial (Ponderação 80)	Serviços de carácter assistencial	100
	Serviços de carácter não assistencial (Ponderação 20)	Atividades de governação Clínica nos ACEs	50
		Outras atividades não assistenciais	50
Qualidade Organizacional (Ponderação 20)	Melhoria contínua da qualidade (Ponderação 40)	Acesso	25
		Programas de Melhoria Contínua da Qualidade e Processos Assistenciais Integrados	75
	Segurança (Ponderação 40)	Segurança dos utentes	40
		Segurança dos profissionais	30
		Gestão de risco	30
	Centralidade no cidadão (Ponderação 20)	Centralidade no cidadão	100
Formação Profissional (Ponderação 10)	Formação Interna (Ponderação 80)	Formação da equipa multiprofissional	50
		Formação de Internos/Alunos	50
	Formação Externa (Ponderação 20)	Serviços de formação externa	100
Atividade científica (Ponderação 10)	Autoria de artigos escritos, Apresentação de comunicações e Participação em conferências (Ponderação 50)	Autoria de artigos escritos, Apresentação de comunicações e Participação em Conferências	100
	Trabalho de Investigação (Ponderação 50)	Trabalho de Investigação	100

Fonte: ACSS (2019)

Os projetos que constam do plano de ação das UCC encaixam-se em cada uma das dimensões da matriz multidimensional, nos quais são alocados os profissionais que fazem parte da sua equipa. No relatório do GT-UCC (SNS, 2019), foram identificados trinta e um projetos/equipas diferentes a nível nacional, nas áreas da Criança e Adolescência, Saúde Reprodutiva, Reabilitação, ECCI, Saúde Mental, Saúde no Idoso, Saúde do Adulto, Doença Crónica, Abordagem Paliativa, SE e Intervenção Comunitária, existindo uma grande variedade de projetos nas UCC a nível nacional, com diferentes graus de implementação.

Em suma, conforme previsto no Despacho nº 10143/2009, de 16 de abril, considera-se que a carteira de serviços das UCC tem por base os eixos estratégicos definidos no PNS e as necessidades e estratégias definidas nos Planos Regionais e Locais de Saúde, sendo baseada numa abordagem da família ao longo do ciclo de vida, em contexto comunitário. A saúde social da comunidade onde se insere deve ser tida em conta, na elaboração dos projetos que constam da sua carteira de serviços.

Segundo o relatório GT-UCC (SNS, 2019), os projetos comuns a todas as UCC são a ECCI, a SE, a Ação para Crianças e Jovens em Risco, a IP, a Ação e Inserção Social, a RS, a Preparação para o Nascimento e Parentalidade, a Prevenção da Violência no Adulto, a Reabilitação funcional e motora, as Competências parentais, a Recuperação pós parto, a Massagem infantil, a Alimentação saudável, a Saúde mental, a Atividade física e Prevenção de acidentes, a Reabilitação respiratória, a Capacitação do cuidador e Prevenção da sobrecarga do mesmo e a Gestão do doente crónico.

O mesmo relatório, procede ainda a uma caracterização interessante, que permite visualizar a distribuição de profissionais (a nível nacional) por cada uma das dimensões identificadas na matriz, como se pode observar na Tabela 2.1. Para melhor compreensão, importa esclarecer que o GT-UCC agregou no perfil Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT) os Terapeutas da Fala, Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais. No grupo dos Técnicos Superiores de Saúde (TSS), foram incluídos Nutricionistas, Psicólogos e Técnicos de serviço social (Tss) (SNS, 2019).

Por outro lado, os números apresentados na tabela salientam o valor máximo de cada profissional independentemente do número de horas alocadas a cada projeto.

A subárea Acesso / dimensão Cobertura ou Utilização, alberga os seguintes indicadores de referência: Proporção de Turmas abrangidas pelo PNSE; Proporção de grávidas com intervenção na UCC; Proporção de utentes com asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) com intervenção na UCC; Proporção de Crianças e Jovens com intervenção na UCC; Taxa de Ocupação da ECCI (ACSS, 2019).

Os projetos geradores de atividade para os indicadores mencionados, são por exemplo: SE; cursos no âmbito do nascimento e parentalidade; ECCI; IP; projetos na área da promoção da vinculação; projetos na área da reabilitação respiratória (SNS, 2019). O que quer dizer, que para estes projetos, a nível nacional, estão alocados cento e cinquenta e três médicos, duzentos e sessenta e um enfermeiros, cem TSDT e cento e noventa e seis TSS.

Tabela 2. 1-Distribuição de profissionais pela matriz multiprofissional das UCC

Matriz Multidimensional			Perfis Profissionais			
Área	Subárea	Dimensão	Médico	Enfermagem	TSDT	TSS
Desempenho Assistencial	Acesso	Cobertura ou Utilização	153	261	100	196
		Distribuição da atividade	152	258	90	176
		Tempos Máximos de Resposta	179	252	80	192
	Gestão da Saúde	Criança e Adolescência	71	225	49	116
		Saúde Reprodutiva	44	237	41	91
		Saúde no Adulto	73	189	56	89
		Saúde no Idoso	93	225	65	122
	Gestão da Doença	Reabilitação	75	218	82	82
		Saúde Mental	72	192	28	111
		Abordagem Paliativa	141	204	50	124
		Doença Crónica	143	243	63	120
		ECCI	189	253	106	198
	Intervenção Comunitária	SE	61	260	83	145
		IP	56	214	40	86
		Núcleo Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)	116	217	22	153
		Núcleo Local de Intervenção (NLI)	22	178	7	90
		CPCJ	27	187	5	50
		Equipa Prevenção Violência no Adulto (EPVA)	65	163	12	112
		RS	10	179	9	103

Fonte: SNS (2019) e ACSS (2019).

A análise da Tabela 2.1, permite constatar uma assimetria nas equipas multidisciplinares das UCC, a nível nacional, nomeadamente, no que diz respeito ao número de profissionais e à sua distribuição por certas dimensões da matriz multidimensional. Importa ainda referir que o trabalho dos profissionais contribui para mais do que uma dimensão, ou seja, o trabalho de um médico no âmbito da ECCI afeta essa dimensão e, por inerência, vai afetar outras dimensões (como a Cobertura ou Utilização, a Distribuição da Atividade e os Tempos Máximos de Resposta) (SNS, 2019).

De acordo com a Tabela 2.1, o perfil profissional mais expressivo em todas as dimensões é o de enfermagem com o maior número de profissionais, ainda assim desigual a nível nacional (Algarve - 324; Alentejo - 429; Centro -610; Lisboa e Vale do Tejo - 761; Norte - 1244) (SNS, 2019). A Tabela 2. 1, demonstra ainda, que sobressaem as subáreas Acesso (com maior expressividade para os perfis enfermagem e TSS) e Gestão da Doença (nomeadamente, as dimensões ECCI, doença crónica e abordagem paliativa, onde o perfil médico encontra a sua maior expressividade).

As subáreas Gestão da Saúde e Intervenção Comunitária são as que apresentam geralmente um número inferior de profissionais alocados (no entanto, sobressaem as dimensões NACJR e SE com maior número de profissionais) (Tabela 2.1).

Para a enfermagem, existe um documento denominado **Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem** emanado pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro). Este regulamento serve de orientação para os gestores (na prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade) e aplica-se em qualquer contexto de prestação de cuidados de saúde – nomeadamente, o do SNS.

Para o cálculo do número de horas de trabalho dos enfermeiros, considera-se que cada profissional trabalha duzentos e sessenta e um dias por ano (365 dias anuais menos 104 (52x2) dias de fim de semana). A este valor, devem subtrair-se os dias de férias, feriados, formação e faltas, ou seja, para um enfermeiro com 35 horas/semana, que correspondem a 1414 horas/ano, subtraem-se 26 dias (182 horas) para férias, 9

dias (63 horas) para feriados, 15 dias (105 horas) para formação e 8 dias (56 horas) para faltas (Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro).

Ainda, segundo este regulamento, deverá também ser cumprido o rácio de, pelo menos, um enfermeiro por 5.000 habitantes, de acordo com as características geográficas, populacionais, projetos da carteira de serviços e quantidade de horas necessários para os concretizar (Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro). Assim sendo, a dimensão das equipas das UCC deve ser revista anualmente (aquando da contratualização), para garantir o ajustamento às necessidades da população relativamente a cuidados de saúde

O Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro, refere ainda que as UCC devem estar dotadas das especialidades de Saúde Comunitária, Saúde Materna e Obstétrica, Reabilitação e Saúde Infantil e Pediátrica, para concretização dos projetos da sua carteira básica.

Uma das componentes importantes das UCC é a reabilitação. Como tal, recomenda-se a existência de projetos específicos nesta área. Para que estes projetos se possam concretizar, a especialidade de Reabilitação deve contar com um rácio de 0,25 enfermeiros por cada 100 habitantes (Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro).

A ECCI, outro projeto comum a todas as UCC, é considerada como prioritário, sendo uma tipologia prevista para a RNCCI e criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho. No artigo 27º deste decreto-lei, a ECCI é definida como

“... uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.”(Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho: 3862).

Às ECCI, segundo a Portaria nº 174/2014 de 10 de setembro, artigo 8º, compete

“...prestar cuidados centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e conforto, a pessoas em situação de dependência, (...), cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar -se de forma autónoma, exigindo-se uma avaliação dos utentes por uma equipa

multidisciplinar, elaboração do respetivo Plano de Intervenção.” (Portaria nº 174/2014 de 10 de setembro: 4687).

Na altura em que as UCC foram criadas, estas equipas consideraram-se de constituição obrigatória nos centros de saúde, com organização imediata (mesmo sem o processo de reestruturação dos centros de saúde estar finalizado), dada a importância da prestação de cuidados de saúde ao domicílio (Missão para os CSP - MCSP, 2006).

As linhas de ação prioritárias para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários - desenvolvidas pela MCSP - definem que estas equipas devem ser constituídas por “multiprofissionais dedicados aos cuidados continuados” (MCSP, 2006: 26).

Segundo a Portaria nº 50/2017 de 2 de fevereiro, artigo 19º, ponto 7, a ECCI destina-se a

“...pessoas com situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, (...) que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados [e] que requeiram: (...) b) cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins de semana e feriados.” (Portaria nº 50/2017 de 2 de fevereiro: 610).

Os recursos humanos que constituem a ECCI são médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas e assistentes sociais. A decisão quanto ao tempo de afetação de cada profissional é da responsabilidade dos ACeS, em sede de contratualização com as unidades funcionais. A sua afetação deve ser a suficiente para assegurar o funcionamento das equipas: semanalmente, das 8 às 20 horas e, aos fins de semana e feriados, das 9 às 17 horas (Portaria nº 50/2017 de 2 de fevereiro).

O funcionamento da ECCI pressupõe um trabalho em equipa e o uso racional dos recursos (humanos, materiais e outros) disponíveis. Pode ainda existir colaboração com entidades parceiras, como sejam Autarquias, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e Serviços Comunitários (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho). Na constituição das ECCI deverá ter-se sempre presente a importância do respeito pelos pressupostos das dotações seguras e pela qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Como referido anteriormente, as ECCI são anteriores aos ACeS, no entanto, aquando da sua criação, a organização e funcionamento destas equipas passaram a

ser da responsabilidade destes últimos. Mais especificamente, das UCC, ficando isso consagrado na respetiva carta de compromisso. Segundo o relatório de atividades do GT-UCC, no ano de 2018, verificava-se que, das duzentas e sessenta e duas UCC em funcionamento (identificadas no relatório), dez não possuíam qualquer ECCI constituída (SNS, 2019). Dado que as ECCI são um projeto prioritário nas UCC, o presente estudo exclui da análise as unidades que não possuíam qualquer ECCI constituída ou a si agregada.

O Regulamento nº 743/2019, de 25 de setembro (que especifica as dotações seguras para a enfermagem pela Ordem dos Enfermeiros), define que as ECCI devem apresentar um rácio de um enfermeiro para cada 5 clientes, devendo nas áreas geográficas superiores a 200 Km², a equipa ser reforçada com mais um enfermeiro. Não se encontrou especificado, a afetação dos restantes perfis profissionais nestas equipas, ainda assim, encontrou-se um trabalho académico a documentar a implementação de uma ECCI na zona norte. Propunha as seguintes afetações para os restantes perfis: médico de cinco horas, assistente técnico de dez horas e assistente social de seis horas, para uma população residente de 120.492 habitantes, uma área geográfica de 170,43 Km², um índice de dependência de idosos de 16,81% e um índice total de dependência de 40,5% (Sá, 2011).

Pela análise da Tabela 2.1, pode confirmar-se que, a nível nacional, a ECCI é a dimensão com maior alocação de profissionais em praticamente todos os perfis considerados.

Para a concretização do restante plano de ação das UCC, existem rácios de enfermeiros considerados ideais para cada um dos projetos, definidos no Regulamento nº 743/2019, de 25 de setembro, emanado pela Ordem dos Enfermeiros. Esses rácios são os seguintes:

- ✓ Projeto SE - um enfermeiro para cada 1.500 alunos saudáveis e um enfermeiro (de preferência especialista em Saúde Infantil e Pediátrica) por cada 150 alunos com Necessidades de Saúde Especiais (NSE);
- ✓ Projeto preparação para o parto, adaptação à parentalidade e parentalidade - um enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica até 500 nascimentos/ano;

- ✓ NACJR, CPCJ e Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) também denominado IP - um enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica a tempo integral (ou em tempo ajustado ao volume processual), sendo que cada enfermeiro não deve ser gestor de mais de 25 processos;
- ✓ RS, Rendimento Social de Inserção (RSI) e EPVA - devem integrar um enfermeiro a tempo integral ou de acordo com o volume processual.

O Projeto SE das UCC operacionaliza o PNSE que é da responsabilidade da USP e que foi publicado DGS em 2006. O projeto SE é definido como

“...um referencial técnico-normativo do sistema de saúde para a área da saúde escolar, consubstancia-se num conjunto de estratégias ou Agenda de Saúde Escolar, baseada nas prioridades nacionais e nos problemas de saúde mais prevalentes na população juvenil. Ao nível local, o trabalho de parceria Escola - Centro de Saúde assenta numa metodologia de projeto e numa abordagem salutogénica da promoção da saúde.” (DGS, 2006: 6)

A estratégia definida para o PNSE segue os preceitos da vigilância, proteção e promoção da saúde, no âmbito da saúde das crianças, jovens e restante comunidade educativa. Esta estratégia é concretizada mediante uma atuação ao nível dos aspetos determinantes de saúde nas escolas e visa a obtenção de ganhos em saúde a médio e longo prazo (DGS, 2006).

Aquando da publicação do PNSE pela DGS em 2006, previa-se que a nível local, as equipas nucleares de saúde escolar fossem constituídas preferencialmente por médico e enfermeiro, numa média de 24 horas/semana por cada 2.500 alunos. Para além desta equipa nuclear, podem e devem também integrar a equipa um higienista oral, um técnico de saúde ambiental, um técnico de serviço social, um psicólogo, um psicopedagogo, um terapeuta da fala, um terapeuta ocupacional, um fisioterapeuta, um nutricionista e um administrativo (DGS, 2006).

Outra componente essencial das UCC são os Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade, para os quais a mesa do colégio da especialidade de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros emanou o Parecer nº 04/2016, onde se refere que os seus objetivos são: desenvolver a confiança e promover competências da grávida, do casal e da família, rumo a uma vivência positiva da gravidez, parto e parentalidade, incentivando o desenvolvimento das capacidades

necessárias ao estabelecimento precoce da relação mãe/pai/filho (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Estes cursos são recomendados pelo Programa Nacional da Gravidez de Baixo Risco da DGS, publicado em 2016, devem ser acessíveis a todas as grávidas/casais. Devem constituir-se como espaços de educação e de esclarecimento de dúvidas, medos e angústias em grupo (e devem conter igualmente uma componente prática) (DGS, 2016).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, os cursos no âmbito da parentalidade, devem ser ministrados por uma equipa multidisciplinar e ser da responsabilidade de um enfermeiro com a especialidade de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento nº 127/2011 de 18 de fevereiro, artigo 4º - anexo I e competência H2).

O Projeto NACJR enquadra-se, por sua vez, num projeto de âmbito nacional, surge com a publicação do documento “**Ação de saúde para crianças e jovens em risco**” e pelo Despacho nº 31292/2008, de 5 de dezembro (que tem por base esse documento técnico da DGS, de 2008).

Segundo o documento técnico referido anteriormente, deve existir um NACJR por cada centro de saúde, que deve conter na sua constituição pelo menos um médico, um enfermeiro e outros profissionais das áreas da saúde mental e do apoio social. A eles compete intervir na promoção dos direitos (e na proteção) das crianças/jovens (DGS, 2008).

As CPCJ são instituições estabelecidas pelo Decreto-Lei nº 189/1991, de 17 de maio, e estão definidas como “...instituições oficiais não judiciárias que intervêm com o fim de prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a integridade física ou moral da criança ou do jovem ou de pôr em risco a sua inserção na família e na comunidade.” (Decreto-Lei nº 189/1991 de 17 de maio: 2637).

As equipas multidisciplinares das CPCJ devem, de acordo com a legislação, integrar um representante do ministério público, da segurança social, do município, do sistema educativo, do instituto da juventude, das IPSS, do instituto de emprego, das forças de segurança públicas e de associações. Para além disso, devem incluir um representante do ministério da saúde (que deverá ser médico ou enfermeiro), e que preferencialmente integre o NACJR (Decreto-Lei nº 189/1991 de 17 de maio).

As CPCJ cooperam com a RS da comunidade onde se integram, e funcionam em duas modalidades: modalidade alargada, que desenvolve atividades de promoção dos direitos da criança/jovem (e de prevenção das situações de perigo em que se possa encontrar); modalidade restrita, que funciona em permanência na defesa da proteção desse grupo-alvo. O representante do Ministério da Saúde que integra a CPCJ é indicado pela UCC e pertence à sua equipa.

As UCC integram também a RS dos municípios onde se inserem, esta rede encontra-se definida na Resolução do Conselho de Ministros nº 197/1997, de 18 de novembro, como um conjunto de formas de cooperação entre entidades particulares e sem fins lucrativos e organismos públicos que trabalham em ação social e que se articulam entre si e com o Governo. O objetivo é a erradicação ou atenuação da pobreza, a redução da exclusão social e a promoção do desenvolvimento social (Resolução do Conselho de Ministros nº 197/1997 de 18 de novembro). Localmente, a rede permite a partilha e conhecimento dos problemas sociais entre todos os intervenientes e a definição de objetivos, estratégias e atividades, atendendo ao uso racional dos recursos existentes.

Outro Programa Nacional operacionalizado pelas UCC é o SNIPI, também conhecido como IP. Surgiu através do Decreto-Lei nº 281/2009, de 6 de outubro, definido no seu artigo 1º como um

“...conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento.” (Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro: 7298).

Este programa surgiu de uma atuação conjunta dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação junto das famílias e comunidade. Criaram-se assim equipas locais de intervenção que, segundo o artigo 7º do Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro, desenvolvem a sua atividade a nível dos municípios ou freguesias e ficam sediadas nos centros de saúde (mais especificamente, nas UCC) (Despacho nº 10143/2009 de 16 de abril, artigo 9º, ponto 4 (v)).

2.2.2 Equipa Multidisciplinar das UCC

Numa perspetiva mais pormenorizada sobre as equipas das UCC, o Despacho nº 10143/2009, de 16 de abril, prevê que sejam multiprofissionais, como o nome indica, e constituídas por elementos de vários perfis profissionais, incluindo: Enfermagem; Médico (incluindo o Médico Dentista); Assistente Operacional (AO); Assistente Técnico (AT); Tss que integra a carreira de Técnico Superior (TS); Psicólogos clínicos e Nutricionistas (integram a carreira dos TSS); Fisioterapia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Dietista, Higienista Oral e Técnico de Saúde Ambiental (integram a carreira dos TSĐT).

Este Despacho prevê ainda que operem a tempo inteiro ou tempo parcial, com cedência de horas aos vários projetos da carteira de serviços, anualmente contratualizados com o ACeS que integram.

Apesar de existirem no papel desde 2009, o seu desenvolvimento foi lento, dado que se partiu do zero, sem a atribuição de um sistema de incentivos institucionais aos seus profissionais (que potenciasse o seu desenvolvimento). Foi na sequência do relançamento da mais recente reforma dos CSP, em 2018-2019, que o GT-UCC (SNS, 2019) impulsionou esta premissa, com a elaboração do diagnóstico da realidade das UCC, a nível nacional.

Da caracterização das UCC levada a cabo a nível nacional pelo GT-UCC, constatou-se que, no final de 2018, existiam em Portugal duzentas e sessenta e duas UCC compostas por 3.368 profissionais (o que corresponde a 69.551 horas). Constatou-se também a existência de assimetrias significativas na distribuição regional das UCC e dos seus profissionais, sendo a ARS Norte a região com mais profissionais a trabalharem nas UCC e o Algarve a região com menos profissionais. Ainda assim, esta última ARS detém mais horas do que a ARS Alentejo. Estes resultados são demonstrativos de considerável desigualdade a nível nacional, desigualdade essa que foi explicada pelo número de UCC em funcionamento em cada ARS (SNS, 2019).

Independentemente destas diferenças entre regiões, pode concluir-se que os recursos humanos por UCC são escassos, face à população que cada uma abrange. Por outras palavras, as dotações seguras não estão a ser cumpridas, o que se pode explicar pela fase pós-*troika*, ou seja: diminuição das contratações no setor da saúde,

fuga dos profissionais para o setor privado e uma das ameaças à UCC (saída de enfermeiros para a USF, muito mais atrativa devido ao seu regime de incentivos).

No relatório apresentado pelo GT-UCC, pode também confirmar-se uma variação a nível nacional da composição das equipas multidisciplinares das UCC. Ou seja, estas equipas possuem um perfil profissional que constitui um tronco comum a todas (o da enfermagem), mas acaba por ser possível observar diferenças ao nível dos outros perfis profissionais. Em 2018, existiam 1.940 enfermeiros nas equipas da UCC a nível nacional (57,6% do total dos profissionais), já os perfis profissionais menos representativos são os dos Médicos, dos AO, dos TSS, dos TSDT e AT (SNS, 2019).

É importante realçar que, com exceção da Enfermagem, na maioria das vezes, os outros perfis profissionais não estão alocados a tempo inteiro a estas unidades. Nestes casos, são contratualizadas horas por perfil profissional (para integração em cada um dos projetos que constituem a carteira de serviços da respetiva UCC). Na contratualização anual, o número de profissionais é definido pelo Equivalente a Tempo Completo (ETC) constitui a unidade de medida utilizada para avaliar a afetação destes profissionais às UCC (e as correspondentes horas contratualizadas).

A unidade ETC é definida no Instituto Nacional de Estatística (INE) como:

“... O emprego equivalente a tempo completo, que é igual ao número de empregos equivalentes a tempo completo, é definido como o total de horas trabalhadas em empregos a tempo completo no território económico “(INE, 2000).

O plano de ação das UCC para o ano 2019, define o tempo de cada perfil profissional em ETC, o que correspondente a uma percentagem que traduz o equivalente ao tempo completo, ou seja, o número de horas efetivamente trabalhadas na UCC (*e.g.* um enfermeiro que tem como tempo completo de trabalho 35 horas/semana e tem um ETC de 80%, significa que aloca 28 horas/semana à UCC).

O perfil médico, com 40 horas semanais, é o que se rege por um período normal de trabalho diferente dos demais profissionais da Administração Pública, que têm desde 2016, um horário normal de trabalho de 35 horas semanais (Lei nº 18/2016 de 20 de junho).

No Acordo Coletivo de Trabalho nº 106/2019, de 27 de novembro (que define as normas particulares de organização do trabalho médico), a cláusula 3ª (ponto 1)

refere que o período normal de trabalho de um médico é de 40 horas semanais/ 8 horas diárias.

2.3 CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE

Em sentido lato, a contratualização significa o estabelecimento de um contrato entre pelo menos duas partes. Tal como referido por Monteiro, Pisco, Cadoso, Bastos & Reis (2017) contratualização consiste na implementação de um acordo escrito entre duas partes: financiador e prestador, em que ao primeiro, cabe compensar o segundo por serviços de saúde prestados a uma determinada população com necessidades específicas. O Estado é o gestor que vigia, negocia e acompanha os acordos estabelecidos entre os prestadores de saúde (OPSS, 2009).

O processo de contratualização na área da saúde pressupõe, desde o seu início, a existência de um sistema de incentivos. Segundo Escoval (2009), esse sistema de incentivos procura definir o processo mais adequado para fazer convergir os interesses das partes, centra-se numa bonificação baseada no desempenho e fundamenta-se em alguns indicadores conhecidos pelas partes envolvidas. Este processo é baseado na negociação de um plano de ação entre duas partes: os pagadores e os prestadores, que prevê um acordo mútuo, com direitos e obrigações.

Entre as componentes essenciais do processo de contratualização estão o conhecimento prévio das necessidades de saúde da população, a negociação dos recursos necessários/existentes e, acima de tudo, a transparência para garantir a equidade, dado que um sistema de incentivos pressupõe que todo o processo seja transparente e do conhecimento de todos. Escoval (2009) refere que o contrato em saúde é um instrumento de monitorização, planeamento, incremento da competição entre serviços prestadores de cuidados de saúde. Para além disso, esse contrato é baseado num processo negocial para o qual contribuem os interesses dos utilizadores e prestadores de cuidados de saúde.

Um outro aspeto importante no processo de contratualização é que este é realizado anualmente e é alvo de monitorização constante. Isso permite a introdução de medidas corretivas que permitam melhorar o desempenho das unidades antes de concluído o ano contratual, sendo que, em todos os aspetos, as unidades prestadoras estão em pé de igualdade.

Decorridos vinte e quatro anos desde o aparecimento das primeiras agências, verifica-se que o processo de contratualização está bem implementado e enraizado em Portugal. Segundo Escoval (2009), este processo tem sido de extrema importância quanto à consolidação de uma metodologia de prestação dos cuidados de saúde centrada no cidadão e focada nas necessidades identificadas na população. Sakellarides (2000) referiu-se ao processo de contratualização como tendo sido fulcral para a estratégia de gestão dos sistemas de saúde em Portugal.

No sistema de contratualização, os indicadores servem de base a uma rigorosa e transparente avaliação do desempenho dos intervenientes no processo de contratualização (Escoval, 2009).

Na realidade, o processo de contratualização constitui uma gestão por objetivos e fomenta uma utilização mais equitativa dos recursos existentes. Definição já presente nas primeiras agências de contratualização, como referido por Escoval (2009: 16)

“... procuraram assegurar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e zelar pelos interesses de quem paga (os cidadãos), direta ou indiretamente, os cuidados de saúde, através de compromissos que se operacionalizavam por uma negociação que constituía um processo de contratualização, no qual estavam implícitos a fixação de objetivos, a monitorização e a avaliação final.”

O processo de contratualização foi, no seu início, considerado inovador sob o ponto de vista da gestão (nem sempre fácil e consensual). Registou-se uma evolução mais acentuada do mesmo, aquando da mais recente crise económica, dada a necessidade de controlo de gastos (Escoval, 2009).

As crises económicas acarretam aspetos negativos, mas também se consegue entrever um lado positivo destas situações negativas, como foi o caso da crise económica de 2008. Com a limitação das contratações no setor público, a gestão dos recursos humanos e materiais revestiu-se de especial importância, passando estes a ser distribuídos de forma a responder às necessidades sentidas pela população no que diz respeito a cuidados de saúde e garantindo a sustentabilidade do SNS.

O financiamento público (que quase sempre se encontra aquém das necessidades) foi um dos princípios da sustentabilidade do SNS, onde a contratualização responsabiliza todos os envolvidos numa gestão eficaz (OPSS, 2006).

Como referido anteriormente, ao conceito de contratualização em saúde está subjacente a ideia de compromisso entre as partes, pressupondo-se que, com determinado número de profissionais, se devem conseguir atingir determinados resultados. Segundo o OPSS, o conceito de contratualização foi retomado pelo setor da saúde em 2006, com a premissa de que “a contratualização se baseie não na produção pura e simples do número de consultas e de intervenções cirúrgicas, mas, principalmente, no impacto e nos resultados dessas intervenções na vida dos cidadãos.” (OPSS, 2006: 37)

Em suma, a metodologia da contratualização foi retomada e alargada a todos os intervenientes do SNS, conforme descrito no Despacho nº 23825/2005, de 22 de novembro, com a reconstituição das agências de contratualização. O processo, que inicialmente, era direto, entre as USF e o Conselho Diretivo das ARS, com a criação dos ACeS e de acordo com o artigo 20º do Decreto-Lei 28/2008 de 22 de fevereiro, entrou numa nova fase, com a introdução de contratos-programa. Estes são acordos celebrados entre, por um lado, os diretores executivos do ACeS e o Conselho Diretivo da respetiva ARS, e, por outro, entre o ACeS e as unidades funcionais.

Em 2016, o Despacho nº 3823/2016 de 15 de março: 9139, refere o processo de contratualização nos CSP como sendo constituído por “dois subprocessos dinâmicos e interdependentes”. Trata-se da contratualização externa entre a ARS e o ACeS (que consiste na negociação dos Planos de Desempenho e na assinatura do Contrato-Programa) e a contratualização Interna entre o ACeS e as Unidades Funcionais (que culmina com a assinatura das Cartas de Compromisso). A contratualização interna é da inteira responsabilidade do Diretor Executivo e Presidente do Conselho Clínico e da Saúde de cada ACeS, e ao Departamento de Contratualização da ARS compete o acompanhamento do processo (Despacho nº 3823/2016 de 15 de março).

No caso particular da contratualização interna, a partir de 2009, o processo estendeu-se às UCSP, para além das USF (sendo mais tarde alargado às UCC, no ano de 2016, e às URAP e USP, em 2019). O seu principal objetivo é garantir o acesso adequado e equitativo de todos os cidadãos a cuidados de saúde de qualidade e eficientes, e para a concretização desse objetivo, considerou-se existirem três instrumentos essenciais à contratualização: a contratação da atividade, o modelo de financiamento e a medição da performance (ACSS, 2019).

Segundo o documento elaborado pela ACSS - designado por **Termos de Referência para a Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS**- publicado anualmente, o processo de contratualização é composto por três fases: a negociação (que abrange um conjunto de atividades e que culmina com a assinatura da carta de compromisso), a monitorização, e o acompanhamento e avaliação por parte de todos os intervenientes (ACSS, 2017a).

Tal como referido anteriormente (e por estar previsto um sistema de incentivos institucionais e financeiros para os profissionais das unidades funcionais que atinjam um patamar considerado de boas práticas), o processo de contratualização deve ser totalmente transparente. Só assim se consegue garantir a equidade na distribuição dos recursos, a rigorosa gestão dos dinheiros públicos e a prestação de cuidados de saúde de qualidade, sendo os resultados negociados num contexto de boas práticas (ACSS, 2017a).

Em 2017, a contratualização centrou-se nas metas de desempenho das várias unidades funcionais (que devem ser equilibradas e exequíveis, por forma a obter ganhos em saúde). Foi também instituído um sistema de incentivos institucionais (para as unidades funcionais) e profissionais (para os profissionais), estes últimos exclusivos das USF modelo B (Portaria nº 212/2017, de 19 de julho), no sentido de premiar o esforço das unidades com um maior compromisso assistencial, melhor acesso e melhor qualidade de atendimento e de cuidados prestados.

Os incentivos institucionais previstos desde 2006 para as USF eram regulados de acordo com o seu nível de desempenho (em termos de resultados nos indicadores contratualizados). Tendo, entretanto, sido revistos os critérios para atribuição desses incentivos institucionais às USF e introduzido o conceito de Índice de Desempenho Global (IDG) para avaliar o desempenho,

“...que consistia na soma do grau de cumprimento ajustado de cada indicador, ponderado pelo respetivo peso relativo, e, por outro, um conjunto de novos indicadores de contratualização e de monitorização da atividade das USF, com o intuito de abranger outras áreas e patologias, como as doenças respiratórias e de saúde mental, e de reforçar o número de indicadores de resultado.” (Portaria nº 212/2017 de 19 de junho: 3840).

Embora inicialmente o sistema de incentivos institucionais fosse uma particularidade das USF, em 2017, estendeu-se às UCSP e está previsto o seu

alargamento às demais unidades funcionais dos ACeS. Esta parece ser, no entanto, uma realidade distante.

A eficiência e a qualidade são conceitos fundamentais na saúde, sendo que, no processo de contratualização, são tidos em conta aspetos como a satisfação das necessidades dos cidadãos em cuidados de saúde. Por isso, para ser possível otimizar a utilização dos recursos existentes e a prestação de cuidados de saúde com qualidade (numa perspetiva de obtenção de ganhos em saúde), é fundamental que exista uma adequada monitorização e avaliação do grau de concretização destes aspetos. Para a completa transparência do processo é, portanto, vital que exista uma monitorização constante dos resultados das unidades, só possível com a existência de um sistema de informação adequado. É também fundamental que esta monitorização seja contínua e realizada de preferência em tempo real, para permitir a introdução atempada de medidas corretivas.

A este respeito, é importante realçar que nos CSP, as unidades funcionais realizam os seus registos diários nos aplicativos informáticos SClinico ou MedicineOne, que por sua vez geram resultados, apenas acessíveis nos aplicativos informáticos SIARS (Sistema de Informação das ARS) e MIM@UF.(Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais) Estes resultados eram apenas do conhecimento do departamento de contratualização das ARS e dos coordenadores das unidades (mediante credenciais de acesso) até ao aparecimento do Portal BI-CSP.

Em suma, a metodologia de contratualização, assente nos princípios da gestão por objetivos e num sistema de incentivos para promover a melhoria contínua, foi sendo progressivamente alargada a todas as unidades funcionais dos ACeS e foi-se tornando mais transparente e justa.

2.3.1 Premissas do Processo de Contratualização

Existem alguns documentos pilares para o processo de contratualização, do ponto de vista da ARS, do ACeS e das unidades funcionais. Estes documentos incluem o PNS e os seus eixos estratégicos, os planos regionais de saúde e os planos locais de saúde. As diretrizes de contratualização e financiamento têm implícito o “alavancar [dos] objetivos traçados no PNS, concorrendo assim para a

operacionalização dos seus quatro eixos estratégicos transversais: “Cidadania em Saúde”, “Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde”, “Qualidade em Saúde” e “Políticas Saudáveis”” (ACSS, 2018: 7).

O PNS, como pilar de todos os planos regionais e locais, é responsável pelo fornecimento das orientações estratégicas necessárias à definição dos objetivos e resultados esperados, no decorrer do processo de contratualização.

É também importante referir que o uso da metodologia de contratualização em todas as unidades funcionais unificou o caminho a percorrer, fazendo com que todas as unidades acedam ao processo de contratualização em igualdade de circunstâncias. No âmbito desse processo, todas têm por base uma matriz multidimensional, que espelha a sua carteira de serviços e procura uniformizar a comparação entre unidades da mesma tipologia, a nível nacional, promovendo a orientação para objetivos comuns (ACSS, 2018). Perante esta igualdade de circunstâncias, deve fazer-se uma ressalva quanto ao sistema de incentivos, já abordada anteriormente, os incentivos institucionais estão previstos para as USF modelo A, B e UCSP, os incentivos financeiros dados aos profissionais, são exclusivos das USF modelo B. Nenhum destes incentivos se aplica ainda às UCC, USP e URAP.

A matriz multidimensional destas cinco entidades (USF, UCSP, UCC, URAP e USP) é organizada por áreas (Desempenho, Serviços, Qualidade Organizacional, Formação, Atividades Científicas) e subáreas. No caso das UCC, as subáreas são: Acesso, Gestão da Doença, Gestão da Saúde e Intervenção Comunitária, em cada uma destas subáreas se divide, por sua vez, em dimensões (Cobertura ou Utilização, Distribuição da Atividade, Tempos Máximos de Resposta Garantidos, Saúde Reprodutiva, Saúde do Idoso, Reabilitação, Saúde Mental, Abordagem Paliativa, Doença Crónica, ECCI e SE). Tal como ilustrado no Quadro 2.1, cada área, subárea e dimensão depende de ponderações específicas, que refletem a sua importância relativa.

Por sua vez, a cada uma destas dimensões correspondem indicadores que permitem a sua avaliação, e segundo a ACSS (2019), a avaliação do desempenho das unidades funcionais é operacionalizada pelo IDG, que é o somatório de vários Índices de Desempenho sectoriais (IDS). A sua métrica e regras de operacionalização

são anualmente publicadas pela ACSS, através dos documentos “**Termos de Referência**” e “**Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários**”.

Em 2013, a ACSS publicou um instrumento de trabalho de extrema importância para o processo da contratualização. Trata-se do “**Bilhete de Identidade dos Indicadores de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários**”, que permitiu definir as regras de cálculo e as formas de registo para cada um dos cem indicadores que constituíam a matriz inicial (ACSS, 2013). Esta informação é constantemente atualizada e passa a estar disponível a todos os intervenientes no processo e constitui uma mais-valia importante, porque permite conhecer a forma de registo adequada à produção de resultados.

Os indicadores são uma peça fundamental na engrenagem do processo de contratualização, uma vez que permitem a avaliação das unidades funcionais. Segundo Monteiro *et al.* (2017: 727), os indicadores que serviam para análise e acompanhamento das unidades funcionais estavam agrupados em cinco grupos:

“...produção e evolução da produção, produtividade e evolução da produtividade, acesso e evolução do acesso e da utilização, vigilância da saúde (qualidade) e eficiência e controle da despesa. Para cada indicador ou parâmetro de avaliação estavam previstos valores de referência, a partir dos quais se efetuava uma análise comparativa dos centros de saúde, calculando-se uma classificação final para cada instituição.”

A contratualização anterior a 2016 negociava resultados de todos os indicadores existentes, tendo por base os resultados que cada unidade deveria obter. Segundo o Despacho nº 3823/2016, de 15 de março, foi a partir de 2016 que as unidades funcionais passaram a poder escolher o que querem contratualizar (de entre um conjunto de indicadores obrigatórios e outros facultativos), existindo três eixos de indicadores: os que são escolhidos pela ARS, num total de quatro, os escolhidos pelos ACeS, num total de dois, e os que as unidades funcionais podem escolher, num total de quatro. Aplicando-se a cada um destes grupos uma ponderação específica, são negociadas metas, cujos intervalos de referência são anualmente estabelecidos pela ACSS e por tudo isto, o ano de 2017 foi considerado um ano de viragem no paradigma da contratualização.

A Portaria nº 212/2017, de 19 de julho, refere que, para cada indicador, existem três pontuações possíveis (consoante o resultado do indicador se situe no

intervalo esperado - 2 pontos [considerada uma boa prática], no intervalo aceitável - 1 ponto, ou quando não cumpre nenhum dos critérios anteriores - 0 pontos). A definição destes intervalos de resultados respeita a melhor evidência de boas práticas em saúde e é uniforme a nível nacional.

Para cada unidade funcional, é discutido um plano de ação trienal, cujas metas são anuais e a sua monitorização e avaliação realizadas através do IDG (ACSS, 2017b).

Portanto, a título de síntese, podemos afirmar que o foco da contratualização passou a ser a prossecução de resultados em saúde (num contexto de boas práticas e de gestão dos percursos integrados em saúde) assim como o desempenho das organizações, considerando as suas diferentes áreas e dimensões (ACSS, 2018). Passou também a ser possível demonstrar a evolução de cada unidade funcional, sendo que o resultado do IDG passa a ser exclusivamente uma métrica necessária à demonstração dessa evolução.

2.3.2 Contratualização nas UCC

O compromisso assistencial das UCC é estabelecido pela execução da carteira de serviços referida no Plano de Ação da Unidade Funcional (PAUF). Este plano é formalizado todos os anos através de uma carta de compromisso acordada entre o Coordenador da Unidade e o Diretor Executivo do ACeS (Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril).

No caso específico das UCC, o ano de 2012 marcou o início do processo de contratualização interna, apenas com experiências piloto, tais experiências permitiram a identificação de indicadores que podiam ser monitorizados e que se encontravam inicialmente relacionadas com os seguintes projetos: PNSE, ECCI, Preparação para o parto e nascimento e IP (ACSS, 2014). Entretanto, houve uma evolução notória, até aos dias de hoje, relativamente à quantidade de indicadores de referência para as UCC, dos treze indicadores iniciais, passou-se para vinte e oito em 2019 (que constam do Portal do BI-CSP) e que se discriminam no Quadro 2.2.

Para este importante desenvolvimento, contribuíram a Ordem dos Enfermeiros, a criação da Associação de Unidades da Comunidade, em 2015, e o GT-UCC. Como as UCC são unidades recentes e com características diferentes,

tiveram de começar o processo de raiz, desse modo, há ainda muito caminho a percorrer (como seja, por exemplo, a atribuição de um sistema de incentivos semelhante ao das USF).

Quadro 2. 2- Indicadores de referência das UCC, em 2019

Indicador	URL
388- Proporção de utentes com melhoria no controlo de sintomas	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=388&clusters=S
387- Proporção de utentes com melhorias funcionais	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=387&clusters=S
377- Proporção de úlceras de pressão melhoradas	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=377&clusters=S
376- Proporção de utentes com ganho de gestão de stress prestador de cuidados	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=376&clusters=S
375- Proporção de Recém-Nascido (RN) de termo, de baixo peso	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=375&clusters=S
374- Taxa de internamento por asma/DPOC entre doentes com asma/DPOC	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=374&clusters=S
373- Proporção de utentes com asma/DPOC e intervenção na UCC	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=373&clusters=S
372- Taxa de internamento por fratura do colo do fémur	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=372&clusters=S
371- Proporção de grávidas com parto por cesariana	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=371&clusters=S
370- Proporção de crianças com amamentação exclusiva até 6 Meses	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=370&clusters=S
369- Proporção de consultas não presenciais na UCC	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=369&clusters=S
368- Proporção de crianças e jovens com intervenção na UCC	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=368&clusters=S
367- Proporção de utentes com ganhos no controlo da dor	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=367&clusters=S
366- Proporção de grávidas alvo de intervenção da UCC	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=366&clusters=S
292- Taxa de Ocupação da ECCI	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=292&clusters=S
293- Tempo médio de permanência em ECCI	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=293&clusters=S
291- Proporção de utentes integrados em ECCI com internamento hospitalar	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=291&clusters=S
290- Proporção de utentes com melhoria da "dependência no autocuidado"	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=290&clusters=S
289- Proporção de utentes com ganhos no controlo da dor	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=289&clusters=S
329- Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na Gestão do Regime Terapêutico (GRT)	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=329&clusters=S
287- Taxa de incidência da úlcera de pressão (UP) na ECCI	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=287&clusters=S
285- Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=285&clusters=S
284- Proporção de utentes com alta do ECCI com objetivos atingidos	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=284&clusters=S
283- Proporção de crianças e jovens com NSE e com intervenção pela SE	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=283&clusters=S
282- Proporção de turmas abrangidas pelo PNSE	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=282&clusters=S
281- Número médio de visitas domiciliárias (VD) por utente, por mês	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=281&clusters=S
280- Proporção de utentes com avaliação pela equipa multidisciplinar nas primeiras 48 horas	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=280&clusters=S
279- Proporção VD de enfermagem em fim de semana e feriado	https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=279&clusters=S

Fonte: SNS, 2020

A sistematização do processo de contratualização com as UCC e a sua avaliação e monitorização contínua permitiu o seu próprio desenvolvimento. Do processo a nível nacional, consta a negociação do PAUF, que se traduz no IDG (calculado de forma ponderada). Este é o somatório ponderado do desempenho das diversas áreas da matriz multidimensional, sendo que cada área é o resultado da soma ponderada das respetivas subáreas e dimensões (ACSS, 2017b).

Apesar de ser realizada desde 2012, a negociação com as UCC (de resultados e metas a atingir) passa a processar-se em moldes semelhantes aos da contratualização com as USF e UCSP a partir de 2017. Isso pressupõe uma maior responsabilidade para estas unidades funcionais, com a existência de resultados que constituem uma referência para os indicadores-alvo e que designam as melhores práticas para cada um deles, a nível nacional.

No que diz respeito a 2017, as áreas de contratualização alvo para as UCC, foram: PNSE, ECCI, NACJR, CPCJ, Preparação para a parentalidade / Preparação para o parto / Acompanhamento pós-parto, Programas e Projetos de Intervenção Comunitária e Redes Sociais da Comunidade (ACSS, 2017b).

Os instrumentos necessários para a contratualização no âmbito dos CSP são: o PAUF (que deve ter em anexo um plano de formação e um plano de aplicação dos incentivos institucionais, disponíveis no Portal do BI-CSP, bem como todos os outros documentos de referência para a contratualização (ACSS, 2019). De referir que, no caso das UCC, este plano de incentivos resulta num contrassenso, pois ainda não estão previstos.

O Portal do BI-CSP passa a centralizar e a disponibilizar para todos os cidadãos os resultados de todas as unidades funcionais. Se anteriormente os resultados apenas estavam acessíveis a coordenadores, conselhos técnicos e departamento de contratualização da ARS, em 2017, com este portal, os resultados passaram a estar acessíveis a todos os elementos da equipa, bem com ao público em geral (SNS, 2017).

O portal BI-CSP contempla os seguintes itens: BI da Unidade Funcional (UF); Contratualização (IDG, PAUF, Relatórios de Atividades das Unidades Funcionais e ACeS); E-Qualidade (em desenvolvimento); Auditoria (em desenvolvimento); Investigação; Biblioteca. Está também acessível, embora apenas a profissionais autenticados, o BI SELF-SERVICE, que contém um conjunto de relatórios e *dashboards* que permitem obter informação mais detalhada sobre acesso aos cuidados de saúde, prescrição de medicamentos, IDG e no caso das UCC a informação detalhada sobre cada um dos indicadores alvo de avaliação (quanto a numerador e denominador). É importante realçar que o BI SELF-SERVICE é a fonte dos dados recolhidos para construção da base de dados do presente estudo.

O plano de ação é operacionalizado no portal do BI-CSP, estando disponível para uso de USF, UCSP e UCC, desde 2017, e para uso de URAP e USP, desde 2019 (neste último caso, ainda sem indicadores de desempenho). O acesso a algumas funcionalidades do portal, como seja o BI SELF-SERVICE, é realizado através de credenciação individual, tendo por base o *email* institucional. Quando o processo de contratualização com as unidades se encontra finalizado, o sistema gera uma carta de compromisso, da qual constam a constituição da equipa multiprofissional e as respetivas percentagens de profissionais comensuradas segundo os seguintes critérios: ETC; conselho técnico; coordenador; caracterização sumária da população-alvo; plano de ação operacionalizado através do IDG que é suposto alcançar; plano de formação; plano de aplicação de incentivos; manual de articulação; sistemas de informação usados; recursos a alocar (ACSS, 2019).

É de assinalar que a reforma dos CSP trouxe inovações na área do registo da atividade diária das unidades funcionais, tal como a criação de um sistema de informação que permite essa monitorização (OPSS, 2019). O desenvolvimento do portal do BI-CSP contribuiu, assim, para o acesso em tempo real dos resultados obtidos pelas unidades funcionais e ao IDG, que pode ser desdobrado nos resultados dos indicadores que lhe servem de suporte (IDS_A-Área, IDS_S-Subárea, IDS_D-Dimensão).

A monitorização passou a ser realizada através do portal do BI-CSP, com a publicação contínua quase em tempo real (sensivelmente, dois meses de atraso) dos resultados de cada um dos indicadores, que no seu conjunto, permitem obter os resultados por setor (Área, Subárea e Dimensão): IDG e IDS. O facto de os resultados estarem disponíveis quase em tempo real permite um acompanhamento efetivo e possibilita a introdução atempada de medidas corretivas, que podem ser adotadas tanto pelas unidades funcionais como pelo Conselho Clínico e da Saúde dos ACeS, permitindo a correção dos resultados antes de finalizado o ano contratual.

Segundo o documento destinado a operacionalizar a contratualização nos CSP para 2019 (ACSS, 2019), a monitorização e avaliação das diversas dimensões pode assumir as quatro métricas seguintes:

- ✓ Indicadores: para cada um dos indicadores de desempenho, está definido um intervalo esperado, dois intervalos de variação aceitáveis e os

valores fora de qualquer um destes intervalos (originando a atribuição de 2, 1 e 0 pontos, respetivamente);

- ✓ Grau de implementação de processos de auditoria interna (clínica e organizacional): este grau é avaliado com 2, 1 ou 0 pontos, consoante a unidade cumpra os seguintes critérios: a identificação do problema a auditar, a definição do processo e o resultado esperado, a avaliação do desempenho atual, a discussão e análise dos resultados, a introdução de mudanças e a reavaliação;
- ✓ Avaliação do compromisso assumido pela equipa quanto à prestação de serviços assistenciais e não assistenciais;
- ✓ Critérios explícitos de cumprimento: são critérios de observância de boas práticas organizacionais ou clínicas.

2.3.3 Caracterização demográfica da população abrangida

A população abrangida pelas organizações que constituem o SNS (hospitais, Unidades Locais de Saúde-ULS, ACeS e respetivas unidades funcionais), as características demográficas assumem alguma relevância, quando se fala em avaliação do desempenho. Estas podem influenciar de forma positiva ou negativa os resultados obtidos por cada unidade do SNS. Para todos eles, existe uma caracterização geográfica e populacional, onde constam os principais indicadores demográficos.

Um exemplo, é o da ARS Lisboa e Vale do Tejo (LVT) que tem disponível para consulta online, relatórios de caracterização de cada um dos seus ACeS e pode concluir-se que neles existe informação sobre as características geográficas e demográficas da população residente. Por exemplo, estão disponíveis indicadores demográficos como: densidade populacional; envelhecimento; dependência total; longevidade; nascimentos; caracterização dos recursos físicos e humanos existentes (ARS LVT, 2020).

A Ordem dos Enfermeiros, no documento “**Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem**” (Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro), faz também referência à população inscrita na área de abrangência das UCC (para efetuar o cálculo das dotações seguras).

Para todas as unidades funcionais (USF, UCSP, UCC, USP e URAP) dos ACeS, é realizada uma caracterização geográfica e demográfica da população abrangida. Informação que está também disponível no portal do BI-CSP (BI-UF/ Quem servimos), no caso específico das UCC não estão disponíveis dados sobre a densidade populacional, estes estão acessíveis no INE.

Em síntese, as características geográficas e demográficas da população abrangida pelas organizações que compõem o SNS são um aspeto relevante e influenciador dos resultados de desempenho obtidos. Não sendo passíveis de modificação pelos gestores e decisores políticos devem ser tidas em consideração, pelo que em estudos de avaliação de eficiência como é o caso do presente trabalho pode ser relevante a sua inclusão.

3. DATA ENVELOPMENT ANALYSIS

A avaliação de desempenho é de extrema importância, num cenário de orçamentos apertados em matéria de saúde, permitindo avaliar o desempenho dos prestadores de cuidados de saúde, com vista à sua melhoria contínua. Os serviços de saúde dos países, tal como o SNS, são habitualmente classificados como ineficientes e não lucrativos, sendo importante a realização de estudos que permitam melhorar o seu desempenho e resolver esta ineficiência do setor. Ideia já sublinhada por Goñi (1999), num estudo de eficiência realizado com equipas de saúde, em Navarra (Espanha).

Segundo Ozcan (2008), a avaliação e comparação do desempenho entre vários prestadores de cuidados permite detetar variações do desempenho relacionadas com os tempos de execução das atividades e com os objetivos. Para além disso, avalia a forma como funcionam organizações semelhantes.

Quando se fala em avaliação do desempenho, importa distinguir três conceitos essenciais: eficácia; produtividade; eficiência. De uma forma simples, seguindo a exposição de Mello, Meza, Gomes & Neto (2005), o primeiro refere-se ao que é produzido sem considerar os recursos utilizados nesse processo (ou seja, refere-se à capacidade de uma organização atingir a sua meta de produção ou alcançar os seus objetivos). O segundo conceito refere-se ao máximo patamar de produção atingido, tendo em conta os recursos utilizados no processo. Por último, a eficiência refere-se à comparação entre o que foi produzido (com os recursos disponíveis) e o que poderia ter sido produzido (com os mesmos recursos) (Mello *et al.*, 2005).

Mais especificamente, Goñi (1999) considera que, para uma unidade prestadora de cuidados de saúde, a eficiência estuda a relação entre os produtos e serviços produzidos e os recursos usados para os produzir. De acordo com este autor, uma organização é eficiente quando produz um máximo de produtos e serviços com um determinado nível de recursos (no caso de se pretender maximizar os resultados ou *outputs*), ou quando utiliza um mínimo de recursos necessários para produzir determinado nível de *outputs* com qualidade (no caso de se pretender minimizar a utilização de recursos ou *inputs*).

A técnica mais utilizada para avaliação da eficiência em saúde é a técnica de DEA, tal como demonstrado na revisão de literatura realizada por Kohl *et al.* (2019), onde em duzentos e sessenta e dois artigos é aplicada a técnica DEA na área da saúde, nomeadamente ao nível dos hospitais. Na revisão de literatura de Pelone *et al.* (2015), identificaram-se trinta e nove estudos referentes a CSP, onde esta técnica foi usada. Dois desses estudos estão relacionados com a realidade portuguesa (Amado & Santos, 2009; Ferreira *et al.*, 2013).

Esta é uma técnica não paramétrica que usa a programação linear para estimar uma fronteira de eficiência, ao otimizar o rácio entre a soma ponderada de *outputs* e a soma ponderada de *inputs* de cada prestador, com a condição de que cada prestador não possa alcançar um rácio superior a 100% (Charnes *et al.*, 1978).

As unidades produtoras que foram alvo de estudo relativamente à metodologia DEA são designadas DMU (Charnes *et al.*, 1978) e possuem a existência de uma variedade de *inputs* e *outputs* que podem assumir várias formas e ser expressos em várias unidades de medida. Pelone *et al.* (2015), na sua revisão da literatura, identificaram como DMU: programas de cuidados de saúde primários para a comunidade e para ambulatório; práticas/atividades em cuidados de saúde primários; entidades administrativas; entidades estatais; regiões; municípios; equipas prestadoras de cuidados de saúde primários.

A técnica DEA recorre a uma metáfora de produção, pois considera que cada DMU desencadeia um processo de produção com recurso a um conjunto de *inputs* (recursos), no sentido de produzir um conjunto de *outputs* (bens ou serviços). Com a prestação destes serviços, tenta conseguir determinados *outcomes* (resultados), que constituem a medida do desempenho dos serviços de saúde produzidos (Amado & Santos, 2009).

Segundo Charnes *et al.* (1978), é possível obter uma medida escalar de eficiência para cada unidade que participa no estudo, recorrendo a métodos que determinam com objetividade os pesos a atribuir aos múltiplos *inputs* e *outputs* que caracterizam as referidas unidades. De realçar que esta técnica pressupõe a construção de uma fronteira linear de eficiência, na qual se encontram as DMU eficientes, sendo ainda possível obter, para as restantes DMU, uma medida de eficiência relativa (Pelone *et al.*, 2015).

O uso da técnica DEA permite construir essa fronteira de eficiência virtual, em que se situam as DMU com os *scores* de eficiência considerados ótimos, tratam-se de unidades com eficiência máxima (100%). Segundo Rabetti & Freitas (2011), nenhuma unidade produtiva da amostra está acima dessa fronteira e a medida da eficiência obtida é real e não teórica.

Ramirez-Valdivia, Maturana & Salvo-Garrido (2011) referem que o conceito de fronteira parte do princípio de que é possível identificar unidades consideradas *benchmarks*: uma combinação de unidades eficientes que podem existir virtualmente e nas quais as unidades consideradas ineficientes se devem inspirar, para se tornarem mais eficientes.

A técnica DEA permite, portanto, identificar um grupo de unidades de referência para efeitos de aprendizagem (ou seja, para efeitos de *benchmarking*). Este é constituído por um conjunto de DMU com objetivos e prioridades iguais aos das DMU ineficientes, mas que alcançam *scores* de eficiência máximos (Amado & Santos, 2009). A importância desta técnica reside no *benchmarking*, ou seja, a existência de um conjunto de unidades com *score* máximo de eficiência que servem de modelo de aprendizagem a unidades com características semelhantes, mas que são classificadas como ineficientes.

Outra característica importante desta técnica diz respeito ao facto de o *score* de eficiência para cada DMU ser calculado mediante a estrutura de pesos para *inputs* e *outputs* que mais beneficia as DMU objeto de avaliação (Amado & Santos, 2009). O objetivo é, assim, avaliar cada unidade da melhor forma possível, em comparação com as restantes unidades.

Na aplicação do modelo, os pesos escolhidos relacionam-se com os dados observados, pretendendo-se que não seja possível dotar cada DMU com qualquer outro conjunto de ponderações e pesos que lhe seja mais favorável. Segundo Charnes *et al.* (1978), caso não se atinja uma eficiência relativa de 100% para aquele conjunto de pesos, ela também não será atingida com nenhum outro conjunto de pesos.

Uma das desvantagens associadas com esta característica de flexibilização na escolha dos pesos diz respeito ao facto de algumas variáveis consideradas importantes poderem ser excluídas da análise, através da escolha de pesos nulos.

Para contornar esta situação, existe a possibilidade de aplicação de restrições aos pesos, sugerido por vários autores, entre os quais Dyson & Thanassoulis (1988) e Podinovski (2004), permitindo assim melhorar a qualidade dos resultados obtidos.

A eficiência calculada é designada por eficiência técnica e foi definida por Farrel (1957), como a capacidade de atingir a produção máxima de *outputs* a partir de um determinado nível de *inputs* (ou como a capacidade de utilizar o nível mínimo de *inputs* exigido para a produção de um determinado nível de *outputs*). Esta definição é válida para um determinado conjunto de unidades e para um conjunto definido de fatores comensuráveis. Qualquer alteração destas especificações vai afetar a medida de eficiência.

Considera-se que uma unidade é ineficiente quando não atinge o máximo de *outputs* para um determinado nível de *inputs* (num modelo com orientação para a maximização de *outputs*) ou quando não utiliza o mínimo de *inputs* para alcançar um determinado nível de *outputs* (num modelo com orientação para a minimização de *inputs*).

O rácio CCR, assim denominado em homenagem aos seus autores, Charnes *et al.*, (1978) compreende a ineficiência técnica e de escala obtidas diretamente a partir dos dados, sem o recurso a restrições aplicadas relativamente aos pesos e pressupondo que existe proporcionalidade entre *inputs* e *outputs*.

Por sua vez, Banker, Charnes & Cooper (1984) dividiram a Eficiência Técnica (ET) em Eficiência Técnica Pura (ETP) e Eficiência de Escala (EE). A ineficiência técnica é identificada como uma falha na obtenção dos melhores níveis de *output* e/ou na obtenção dos níveis mínimos de *input*. Já a ineficiência de escala deriva de um problema de tamanho.

A EE é calculada com a seguinte fórmula:

$$EE = ET/ETP$$

(em que $ET \leq ETP$)

A ET obtém-se correndo um modelo de DEA usando como pressuposto os Rendimentos Constantes à Escala, CRS, e a ETP obtém-se correndo um modelo de DEA usando como pressuposto os Rendimentos Variáveis à Escala, VRS. No primeiro caso, assume-se que uma variação nos *inputs* ocasiona uma variação

proporcional nos *outputs*. No segundo caso, o pressuposto de proporcionalidade não se verifica, assumindo-se apenas que a presença de aumentos nos *inputs* não conduz a diminuições nos *outputs*.

Segundo Ozcan (2008), a avaliação da eficiência nas organizações prestadoras de cuidados de saúde pode ser o resultado de vários fatores (como seja o preço dos *inputs* ou a dimensão da produção desses cuidados). Como tal, este autor refere quatro componentes importantes em termos de eficiência: técnica, de escala, de preço e alocativa. Estes tipos de eficiência são, de seguida, definidos de uma forma simples (segundo a exposição de Ozcan, 2008):

- ✓ **Eficiência técnica:** consiste na produção do maior número possível de *outputs* a partir de um conjunto de *inputs* específico (orientação para *outputs*) ou a produção de determinado nível de *outputs* com recurso a um nível mínimo de *inputs* (orientação para *inputs*);
- ✓ **Eficiência de escala:** refere-se à dimensão ou escala do processo de produção;
- ✓ **Eficiência de preço:** ocorre sempre que no estudo se inserir a variável preço unitário dos *inputs* e/ou dos *outputs*;
- ✓ **Eficiência alocativa:** relaciona-se com a escolha ótima dos recursos existentes para a produção do nível ótimo de *output*. Ou seja, avalia a capacidade de utilização de uma combinação ótima de *inputs* para produzir um determinado nível de *outputs*, tendo em consideração os custos dos mesmos.

Em suma, Charnes *et al.* (1978) estabeleceram que a medida de eficiência proposta para qualquer DMU é obtida como o máximo de uma razão de *outputs* ponderados, para *inputs* ponderados. Assim sendo, para a utilização deste modelo, é necessário respeitar alguns critérios, identificados por Pelone *et al.* (2015), tais como:

- ✓ Definição do escopo da análise de eficiência, ou seja, definição de uma questão para pesquisa que se revele o mais específica possível. Isso inclui o que se pretende estudar, o tipo de unidades a estudar e o tipo de estudo a realizar;

- ✓ Especificação do modelo de DEA (incluindo a escolha das variáveis a utilizar), da orientação (para a minimização de *inputs* ou para a maximização de *outputs*), do pressuposto de escala (CRS ou VRS), e do eventual uso de restrição de pesos, entre outras;
- ✓ Apresentação e interpretação dos resultados;
- ✓ Abordagem da incerteza da técnica DEA, através do teste de várias especificações de modelos que assegurem a robustez dos resultados obtidos.

3.1 Vantagens e limitações da técnica DEA

Tal como sucede com todas as técnicas, estão descritas na literatura do DEA algumas vantagens e limitações do seu uso. Relativamente às vantagens, foram identificadas as seguintes:

- ✓ Incorporação de vários *inputs* e *outputs*, não requerendo conhecimento sobre as ponderações a aplicar aos *inputs* e aos *outputs* (Sherman, 1986; Salinas-Jiménez & Smith, 1996; Rabetti & Freitas, 2011; Amado & Dyson, 2009);
- ✓ As DMU identificadas como ineficientes pela DEA são estritamente ineficientes, sendo que o DEA fornece indicação do nível de ineficiência para cada DMU (Draper, Solti & Ozcan, 2000);
- ✓ Uma metodologia não paramétrica que elimina a necessidade de estabelecer suposições específicas sobre parâmetros (Sherman, 1986; Rabetti & Freitas, 2011);
- ✓ A metodologia estabelece a comparação direta entre as DMU e os seus pares ou com uma combinação de pares (Rabetti & Freitas, 2011);
- ✓ Permite o uso dos dados disponíveis para construção empírica da melhor fronteira, com a qual cada DMU é comparada (Amado & Dyson, 2009);
- ✓ O desempenho das unidades pode ser avaliado com recurso a várias orientações alternativas, de forma a obter a fronteira de melhores práticas considerada mais relevante (Amado & Dyson, 2009);

- ✓ Cada *input* ou *output* pode ser medido em qualquer unidade que seja conveniente (sem alterar os resultados), desde que essa mesma unidade seja utilizada em todas as DMU (Charnes & Cooper, 1980).

As limitações mais referidas são a indisponibilidade de alguns dados necessários (Charnes *et al.*, 1978) e o facto de os resultados poderem ser sensíveis ao número de variáveis escolhidas (Thrall, 1989; Amado & Dyson, 2009).

Com o intuito de contornar esta última limitação, Banker, Charnes, Cooper, Swarts & Thomas (1989) referem que o número de DMU deve ser pelo menos três vezes superior ao da soma dos *inputs* e *outputs* escolhidos.

Draper *et al.* (2000) e Amado & Santos (2009) referem também como limitação o facto de existirem unidades que possam ser vistas como eficientes, por não existirem unidades com as quais possam ser comparadas. Ou seja, a medida de eficiência só pode ser calculada se a DMU em avaliação tiver um conjunto de DMU comparável.

Outra limitação diz respeito ao facto de que, no processo de determinação da estrutura de pesos ideal para cada DMU, a técnica de DEA permite que determinadas variáveis sejam excluídas da análise, podendo esta limitação ser contornada com a introdução de restrições de pesos para *inputs* e *outputs* (Amado & Santos, 2009).

Amado & Dyson (2009) identificaram ainda como limitação a possibilidade de os gestores poderem introduzir variáveis que os beneficiem, dada a hipótese de inclusão de todas as potenciais variáveis e a miscelânea de resultados que daí podem advir.

É ainda identificado como limitação o facto de as medidas de eficiência serem relativas e não absolutas (Draper *et al.*, 2000; Amado & Dyson, 2009). Por último, Amado & Santos (2009) referem como limitação o facto de os modelos *standard* de DEA não considerarem a variação estocástica dos dados e assumirem que qualquer desvio da fronteira de melhor prática é considerado ineficiência. Não nos podemos esquecer que os modelos de DEA assumem que é possível caracterizar a produção total de cuidados de saúde através da identificação de um conjunto de *inputs*, *outputs* e *outcomes*, o que nem sempre acontece, dada a impossibilidade de medir algumas destas variáveis (Amado & Dyson, 2009).

3.2 Escolha das variáveis (*inputs/outputs*)

A escolha das variáveis, denominadas de *inputs* e *outputs*, é descrita por alguns autores como difícil, na área da saúde. Isso sucede porque que a definição de estado de saúde é um conceito subjetivo, tal como referido por Garcia, Marcuello, Serrano & Urbina (1999), quando dizem que o setor da saúde comporta um problema adicional: a complexidade da definição de **atividade de saúde**. Este conceito de saúde é também influenciado por inúmeros fatores e a premissa para a escolha de *inputs* e *outputs* deve ser no sentido de selecionar aqueles que desempenhem um papel relevante na atividade das organizações (Garcia *et al.*, 1999).

Na literatura, existem exemplos dos *inputs* e *outputs* mais usados, em saúde, (nomeadamente, nos CSP). Por exemplo, no estudo de Garcia *et al.* (1999) foi usado como *input* o *staff* da unidade (médicos e enfermeiros) e como *output* o número de consultas dadas, já na revisão da literatura de Pelone *et al.* (2015), são referidas três categorias principais de *inputs*: trabalhadores; capital; recursos consumíveis (medicamentos, meios complementares de diagnóstico, etc.). Os *outputs* referem-se essencialmente a medidas de atividade tais como consultas e procedimentos realizados.

A revisão bibliográfica de Hussey, Vries, Romley, Wang, Chen, Shekelle & McGlynn (2009) sobre a avaliação da eficiência em cuidados de saúde, incidiu o seu foco em duzentos e sessenta e cinco estudos, destes cento e vinte e três utilizaram como *input* os recursos humanos, oitenta e dois os custos e os restantes utilizaram uma mistura dos dois. Os *outputs* mais frequentemente estudados foram os procedimentos e as visitas médicas e de enfermagem, sendo que em cinco estudos foram também incluídas medidas sobre *outcomes*.

3.3 Abordagem do modelo quanto ao pressuposto de escala

A escolha da abordagem a adotar quanto ao pressuposto de escala pode passar pela adoção de um modelo com o pressuposto CRS, VRS, ou com ambos os pressupostos (no sentido de se explorarem eventuais ineficiências de escala). Esta escolha depende do contexto, nível e perspetiva da análise, e dos *inputs* e *outputs* do processo de transformação escolhidos (Pelone *et al.*, 2015).

Como já referido anteriormente, a abordagem CRS resulta do trabalho desenvolvido por Charnes *et al.* (1978) conhecido como modelo CCR. Já o modelo VRS foi desenvolvido posteriormente por Banker *et al.*, (1984) (Ozcan, 2008).

Como o nome indica, CRS implica que qualquer alteração nos *inputs* origina uma alteração proporcional nos *outputs*, sendo que o seu resultado produz uma medida de ET. Trata-se de uma abordagem apropriada quando se parte do princípio de que o tamanho das DMU não interfere no processo de produção. A abordagem VRS facultava, por sua vez, uma medida de ETP, que se revela apropriada (quando se considera que o tamanho da DMU interfere no processo de produção). Como vimos anteriormente, rácio das duas eficiências (ET e ETP) traduz-se na EE (Ozcan, 2008).

Segundo Carriço (2012), a abordagem VRS substitui o axioma da proporcionalidade pelo axioma da convexidade. Este último assume que cada DMU só pode ser comparada com outras do mesmo tamanho. Por outro lado, Hollingsworth & Smith (2003) referem que a escolha do recurso a rácios como unidades de medida das variáveis torna apropriado o uso do modelo VRS, proposto por Banker *et al.* (1984).

Dos trinta e nove estudos incluídos na revisão bibliográfica de Pelone *et al.* (2015), doze deles recorreram à abordagem VRS, pelo facto de se ter considerado que qualquer variação no tamanho da DMU em estudo pode interferir no processo de produção. Em catorze estudos foi usada uma abordagem CRS, cuja opção foi justificada pelos seguintes fatores: o facto de a análise ter evidenciado fraca ligação entre economias de escala e o processo de produção; o facto de os modelos usarem variáveis de *inputs* e *outputs* já ajustadas ao tamanho das DMU. Por último, em onze estudos foram usadas as duas abordagens.

3.4 Orientação do modelo

A escolha da orientação do modelo de DEA depende, segundo Pelone *et al.* (2015), do grau de controlo que os gestores detêm sobre os recursos e sobre os resultados do processo de produção. A orientação pode ser para a minimização de *inputs*, para a maximização de *outputs* ou para um misto das duas, a primeira é escolhida sempre que os gestores detenham um maior grau de controlo sobre os

recursos e coloca a ênfase na redução de *inputs* para aumentar os *scores* de eficiência. A segunda orientação é aconselhável quando se assume que os gestores conseguem aumentar os *outputs* através do *marketing*, do acréscimo qualitativo e da credibilidade ou renome dos serviços produzidos (Ozcan, 2008).

Três dos estudos da revisão bibliográfica de Pelone *et al.* (2015) usaram as duas orientações, vinte e quatro estudos usaram a orientação para a minimização de *inputs* e nove usaram a orientação para a maximização de *outputs*.

Pelone *et al.* (2015) refere ainda um estudo: Rouse, Harrison, & Turner (2010), que concluiu que os *scores* de EE de cada DMU tendem a ser superiores sempre que a abordagem esteja orientada para a minimização de *inputs*.

3.5 Introdução de variáveis externas/ambientais

Como referido anteriormente no subcapítulo 2.3.3, existem variáveis que influenciam o desempenho das unidades produtoras e que não são passíveis de modificação por parte dos gestores. Assim parece importante a sua inclusão em estudos de eficiência, verificando-se através da bibliografia consultada a existência de vários estudos que exploram as razões dos diferentes *scores* de eficiência obtidos com estas variáveis. Como é o caso do estudo de Daraio & Simar (2005) onde se relacionaram as medidas de eficiência obtidas com os modelos *standard* de DEA com alguns fatores externos de ordem ambiental, que não são controláveis pelos gestores.

Ainda para estes autores, o objetivo principal foi identificar os fatores ambientais ou externos que influenciam diretamente a eficiência das DMU e assim, melhorar a sua performance (Daraio & Simar, 2005).

Para alguns autores, as variáveis ambientais são consideradas exteriores ao processo de produção, não podendo ser consideradas como *inputs* ou *outputs*, mas têm influência direta nos resultados de eficiência conseguidos por cada DMU e não são controláveis pelos gestores. O conhecimento desta influência permite melhorar a performance das unidades em estudo (Burgess & Wilson, 1998; Huguenin, 2012; Daraio & Simar, 2005; Cordero-Ferrera, Pedraja-Chaparro & Salinas-Jimenez, 2008; Carriço, 2012; Cordero-Cebada & Zamorano, 2014).

Fried, Lovell, Schmidt e Yaisawarng (2002) identificaram três fenômenos que influenciam a performance de produção: a eficiência com que os gestores organizam a sua atividade produtiva, características do ambiente em que a produção ocorre e o impacto da boa ou má sorte, classificadas como variáveis omissas. Estes autores referem-se ao primeiro fenômeno como endógeno enquanto que o segundo e terceiro são classificados como exógenos, os estudos de eficiência nestas situações requerem informação relacionada com as características ambientais juntamente com os *inputs* e *outputs*.

Burgess & Wilson (1998) identificaram três categorias de variáveis exógenas: na primeira categoria encontram-se as variáveis que estão fora do controlo dos gestores diretos e que estão sob a influência direta da regulamentação governamental (*e.g.* nível competitivo entre hospitais, salários do mercado, estrutura dos hospitais), na segunda categoria estão os atributos do processo de produção (*e.g.* internamentos prolongados e hospitais de aprendizagem/ensino) e por ultimo uma terceira categoria que inclui ratios de enfermagem, staff clínico e custos de gestão.

Os mesmos autores, no seu estudo realizado com residenciais de enfermagem identificaram as seguintes variáveis ambientais: a forma da propriedade (lucrativa ou não lucrativa), localização (dentro ou fora do campus do hospital) e capacidade de instalação (número de camas) (Burgess & Wilson, 1998).

Amado & Dyson (2009) categorizaram as variáveis ambientais em dois tipos: umas que se relacionam com a área geográfica e outra relacionada com as características dos pacientes, em ambos os casos as variáveis podem ser categóricas ou numéricas.

Outras variáveis ambientais mais utilizadas para explicar os *scores* de eficiência obtidos são a densidade populacional, a proporção de utentes com mais de 65 anos e menos de 6 anos, a proporção de centros de saúde urbanos, a taxa anual de referenciação para especialidade (Ramirez-Valdivia *et al.*, 2011), os incentivos económicos, os constrangimentos financeiros, os fatores geográficos e demográficos e as peculiaridades locais (Kontodimopoulos, Moschovakis, Aletras & Niakas, 2007). A idade da população (mais de 65 anos), o índice de morbilidade e a proporção de desempregados foram usados por Cordero-Ferrera *et al.* (2008).

No estudo de Carriço (2012), realizado em Portugal, foram escolhidas como variáveis ambientais: a densidade populacional, a população com mais de 65 anos, a taxa de mortalidade, a percentagem de pacientes inscritos sem médico de família atribuído e a distância ao hospital.

Salinas-Jiménez & Smith (1996) também referem que as características pessoais dos pacientes são importantes para atingir o *outcome* de boa saúde.

Importa perceber a forma como estas variáveis ambientais/externas são incorporadas nos estudos de eficiência, encontrando-se vários modelos na literatura, denominados: “*one-stage*” onde estas variáveis são incorporadas no modelo DEA, tal como os *inputs* e *outputs*; “*two-stages*” em que após a obtenção dos *scores* de eficiência com um primeiro modelo DEA, estes são sujeitos a um modelo de regressão onde se introduzem as variáveis externas/ambientais; existindo ainda modelos denominados “*three-stages*” e “*four-stages*” que são extensões do modelo “*two-stages*” (Daraio & Simar, 2005).

São exemplos do uso do modelo “*Two-stages*” os estudos de Kontodinopoulos *et al.* (2007) e Ramirez- Valdivia *et al.* (2011), onde este modelo foi utilizado com a intenção de identificar os potenciais fatores explanatórios do comportamento ineficiente das DMU.

Cordero-Ferrara *et al.* (2014) recorreram à abordagem “*four-stages*”, porque consideram a qualidade e os fatores externos/ambientais como aspetos importantes na prestação de cuidados de saúde, e com influência nos *scores* de eficiência obtidos pelas DMU.

No estudo de Carriço (2012), citado anteriormente, foi usada a abordagem denominada de “*two-stages*”. Este estudo envolveu os 22 ACES que integram a ARS LVT, onde a eficiência global foi calculada através de dois modelos diferentes, numa primeira fase foi usada a técnica DEA para obtenção dos *scores* de eficiência, numa segunda fase a autora usou a metodologia denominada *order-m* (desenvolvida por Daraio & Simar, 2005) para explicar a influência das variáveis externas/ambientais nos resultados de ineficiência obtidos.

Em suma, a revisão bibliográfica diz-nos que existem fatores que influenciam a saúde dos cidadãos e que não podem ser controlados pelos gestores e decisores políticos, como tal, estas variáveis não podem ser descartadas, mas sim incluídas nos

estudos de eficiência. Permite ir mais além do que o simples cálculo de eficiência e consequente classificação em eficiente e ineficiente, isto é, pode responder às questões: uma DMU é ineficiente, porquê? Quais os fatores que podem estar relacionados com a sua ineficiência? De que forma esses fatores contribuem para a sua ineficiência?

No caso de Amado & Dyson (2009) as variáveis externas/ambientais não foram incorporadas no modelo de DEA, os autores realizaram apenas uma análise do impacto destas nos resultados de performance obtidos, para dessa forma conseguirem explicar esses resultados. As variáveis ambientais analisadas foram: a área geográfica para a qual foi utilizada uma análise por *clusters* e, para perceber a influência das variáveis relacionadas com os pacientes, foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman.

Neste último estudo, pretendeu-se aferir se os dois tipos de variáveis externas/ambientais estavam relacionados com os resultados de eficiência e efetividade obtidos com recurso à técnica DEA tentando perceber que fatores exercem uma influência positiva (ou negativa) no desempenho das unidades (Amado & Dyson, 2009).

Metodologia esta que nos parece adequada para este estudo, dado que numa primeira fase se pretende identificar as variáveis externas/ambientais, com informação disponível e que possam influenciar a eficiência das UCC a nível nacional.

4. AVALIAÇÃO DA EFICIÊNCIA DAS UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

4.1 Considerações metodológicas

O método de análise de dados escolhido para a avaliação da eficiência das UCC nacionais foi a técnica não paramétrica de DEA, através do *software* EMS: *Efficiency Measurement System* – Versão 1.3 (Scheel, 2000). Todas as estatísticas descritivas e cálculos realizados para definição das metas a alcançar pelas UCC consideradas ineficientes foram obtidos através do programa Excel 2007.

Tal como referido anteriormente, a técnica de DEA permite encontrar medidas de eficiência e identificar um grupo de UCC de referência, para efeitos de *benchmarking*. Pretende-se que sirvam de modelo a outras UCC ineficientes, uma outra grande vantagem desta técnica é o facto de lidar simultaneamente com múltiplos *inputs* e *outputs*.

Considerando as sugestões apresentadas na literatura, discutidas anteriormente nos subcapítulos 2.3.3 e 3.5, este estudo visa também levar em linha de conta alguns dos principais fatores que podem interferir no processo de produção e, conseqüentemente, na eficiência de produção.

Dada a inexistência de estudos publicados sobre a eficiência das UCC em Portugal, torna-se de grande utilidade proceder a um estudo mais aprofundado deste tipo de unidades e identificar possibilidades de melhoria (que possam auxiliar no estabelecimento de estratégias futuras). Pretende-se também com este estudo dar visibilidade ao trabalho desenvolvido pelas UCC e fundamentar perante os decisores a alocação de recursos fundamentais ao seu funcionamento.

No processo de escolha das DMU do presente estudo, foram respeitados os critérios que normalmente presidem a tal escolha: trata-se de unidades prestadoras de cuidados de saúde na área dos CSP (mais propriamente a nível comunitário e com características e objetivos semelhantes), optando-se pela realização de um estudo a nível nacional, já que os dados referentes ao ano 2019, estão disponíveis no Portal do BI-CSP.

Relativamente aos *inputs*, optou-se por escolher os que estivessem relacionados com a equipa multiprofissional, não só porque os recursos humanos são a variável de *input* mais usada em estudos desta natureza, mas também por uma

questão de acessibilidade de dados. Esta informação está acessível no PAUF de cada UCC, disponibilizada no Portal BI-CSP (no item contratualização).

Quanto a *outputs*, foram escolhidos os que estão disponíveis para as UCC, mais concretamente, os que podem ser acedidos no Portal BI-CSP, no item BI SELF-SERVICE, que se encontra acessível mediante credenciais de gestão (Matriz Indicadores CSP-UCC; ACES-VA). Há, todavia, algumas exceções, tal como descrito no capítulo 4.3.

A orientação do modelo para a maximização dos *outputs* parece-nos ser a mais adequada, devido às limitações de pessoal nos CSP e nas UCC em particular. É importante realçar que todas estas unidades funcionam abaixo das dotações consideradas seguras pela Ordem dos Enfermeiros (relativamente ao perfil de enfermagem), para a concretização dos projetos da sua carteira de serviços, estas unidades necessitam de mais horas de serviço de todos os perfis profissionais.

No que diz respeito ao pressuposto de escala, parece-nos que o modelo com o pressuposto VRS poderá ser o mais adequado, uma vez que a escala do processo de produção das UCC poderá, em parte, justificar eventuais diferenças no respetivo desempenho. No sentido de determinar eventuais ineficiências de escala, calcular-se-á, no entanto, quer a ET quer a ETP de cada UCC.

Para além da análise dos resultados dos modelos de DEA, procurar-se-á explorar também até que ponto algumas variáveis externas/ambientais poderão estar relacionadas com os níveis de desempenho observados. Algumas destas variáveis encontram-se também disponíveis no Portal do BI-CSP, podendo ser uteis na interpretação dos resultados obtidos. Assim sendo, é também nosso objetivo explorar a relação entre os níveis de desempenho e as variáveis externas/ambientais: densidade populacional (disponível no INE); população total abrangida pela UCC; crianças com menos de 1 ano de vida; proporção da população abrangida com 6 anos ou menos; proporção da população abrangida entre os 7 e os 64 anos; proporção da população abrangida entre os 65 e os 74 anos; proporção da população abrangida com mais de 75 anos.

4.2 Amostra

As DMU seleccionadas foram as UCC a nível nacional. Tal como referido na literatura, o seu número deve ser no mínimo três vezes superior ao número de variáveis utilizadas (Banker *et al.*, 1989).

O presente estudo refere-se ao desempenho das UCC no ano de 2019, utilizando dados do Portal do BI-CSP, estes referem-se a dezembro de 2019 (ou seja, a data de referência final de todos os indicadores que servem de base à avaliação contratual final de todas as unidades funcionais).

Segundo o Portal BI_CSP, no ano contratual de 2019, existiam em funcionamento duzentas e sessenta e três UCC, distribuídas da seguinte forma por ARS:

- ✓ ARS Algarve – 14
- ✓ ARS Alentejo – 37
- ✓ ARS LVT – 55
- ✓ ARS Centro – 61
- ✓ ARS Norte – 96

Resultados ligeiramente diferentes dos apresentados no relatório do GT-UCC (SNS, 2019), o que se justifica pelo fato de existirem UCC com início de funcionamento posterior à data de conclusão do referido relatório.

Das duzentas e sessenta e três UCC iniciais, foram incluídas neste estudo duzentas e quarenta e uma, sendo os motivos de exclusão das restantes a não existência de ECCI em algumas UCC, o facto de algumas UCC terem iniciado funções no decorrer do ano de 2019 e a ausência de informações sobre a equipa multidisciplinar no PAUF, em termos de ETC. As UCC excluídas do estudo apresentam-se especificadas no Quadro 4.1.

Quadro 4. 1- UCC Excluídas por ARS e respetivo motivo

ARS	UCC excluída	Motivo de exclusão do estudo
Algarve	0	
Alentejo	0	
LVT	Cova da Iria	Sem ECCI
	Mira Zêzere	Sem ECCI
Centro	Lafões	Só apresenta resultados ECCI a partir de março de 2019
	Penacova	Início de atividade em junho de 2019
	Idanha-a-Nova	Sem ECCI
	Por Poiães	Sem ECCI
	Gois Vive	Sem ECCI
	Belmonte	Sem ECCI
	São Pedro do Sul	Sem ECCI
	Nelas com mais saúde	Sem informação sobre profissionais no PAUF
	Sertã	Sem informação sobre profissionais no PAUF
Norte	Barroselas	Sem ECCI
	Darque	Sem ECCI
	Entre Douro e Távora	Sem ECCI
	Lamego	Sem ECCI
	Terras de Camilo	Sem ECCI
	Arcos de Valdevez	Sem informação sobre profissionais no PAUF
	D. Maria II	Sem informação sobre profissionais no PAUF
	Colina	Sem informação sobre profissionais no PAUF
	Moimenta da Beira Saudável	Sem informação sobre profissionais no PAUF
	Santa Marta de Penaguião	Sem informação sobre profissionais no PAUF
	Paranhos	Sem informação sobre profissionais no PAUF
Total	22	

Fonte: Elaboração própria

É importante realçar que, na análise do desempenho das UCC nacionais, optámos por desenvolver dois modelos. Por um lado, o Modelo 1, que procura avaliar essencialmente o desempenho das UCC na vertente do acesso aos serviços de saúde, por outro lado, o Modelo 2, que analisa o desempenho das UCC nas vertentes da gestão da saúde e da doença.

Após a escolha dos modelos a aplicar (tendo por base a metodologia DEA), optou-se por realizar uma análise exploratória com a opção de super-eficiência. O objetivo foi o de identificar DMU com comportamento de *outlier*. Para o efeito, foram consideradas *outliers* todas as UCC que apresentaram uma taxa de eficiência superior a 120%, tal como sugerido por Banker & Chang (2006). Tendo por base este procedimento, foram identificadas oito UCC com comportamento de *outlier*, no

Modelo 1 (na vertente do acesso), e quinze no Modelo 2 (na vertente da gestão da saúde e da doença), a sua identificação é apresentada no Quadro 4.2, sendo que quatro dessas UCC são *outliers* em ambas as vertentes.

Quadro 4. 2- Identificação de *outliers* no modelo de super-eficiência, nas vertentes do Acesso e da Gestão da Saúde e da Doença

Modelo 1- Dimensão Acesso (Amostra Inicial - 241 UCC)	Modelo 2 - Dimensão Gestão de Saúde e Doença (Amostra Inicial - 241 UCC)
41- Ponte de Sor	63- Castelo Branco
63- Castelo Branco	79- Mirante do Seixo
79- Mirante do Seixo	97- Soure
91- Pinheiro dos Abraços	107- Albus Petra
99- Tondela	120- Caldas da Rainha
110- Almeirim e Alpiarça	140- Península Azul
188- Cuidar Mondim	145- Santarém
216- Paredes de Coura	180- Castelo da Maia
	188- Cuidar Mondim
	216- Paredes de Coura
	218- Póvoa do Varzim
	226- Saúde mais Perto
	235- Viana do Castelo
	236- Vila do Conde
	240- Vila Verde
Excluídas 8	Excluídas 15
Total de UCC analisadas - 233	Total de UCC analisadas- 226

Fonte: Elaboração própria

Tendo por base a informação do Quadro 4.2, é possível constatar que foram incluídas, na análise final de DEA, duzentas e trinta e três UCC no Modelo 1 e duzentas e vinte seis no Modelo 2.

4.3 Variáveis *inputs* e *outputs*

Relativamente a *Inputs*, optou-se pelos perfis profissionais que compõem a equipa multidisciplinar e que se encontram discriminados no PAUF da UCC, mais propriamente, os ETC%, correspondentes às horas de afetação de cada profissional às atividades da UCC onde exercem funções. Assim sendo, na categoria de *Inputs*, foi utilizado o seguinte:

- ✓ Horas de Enfermagem;
- ✓ Horas Médicas;
- ✓ Horas de Fisioterapia;
- ✓ Horas de Técnico de Serviço Social;
- ✓ Horas de Terapia Ocupacional;

- ✓ Horas de Terapia da Fala;
- ✓ Horas de Nutrição;
- ✓ Horas de Secretários Clínicos;
- ✓ Horas de Assistentes Operacionais;
- ✓ Horas de Higienista Oral;
- ✓ Horas de Psicologia;
- ✓ Horas de Técnica de Saúde Ambiental;
- ✓ Horas de Médico Dentista;
- ✓ Horas de Psicomotricista;
- ✓ Horas de Motorista;
- ✓ Horas de Cardiopneumologista.

Dada a enorme quantidade de perfis profissionais que compõem a equipa multiprofissional das UCC, optámos por agrupar algumas destas horas por categorias (por forma a facilitar a análise e a garantir que os resultados sejam apresentados de forma suficientemente destrinçada).

Para melhor entendimento do critério escolhido para agrupar os vários perfis profissionais, gostaríamos de esclarecer que recorreremos à base remuneratória de cada um dos perfis. De acordo com o Decreto-Lei nº 29/2019 de 20 de fevereiro, a base remuneratória para a Administração Pública, é correspondente ao 4º nível remuneratório da Tabela Remuneratória Única (TRU) cujo valor é de 635,07 euros. Este diploma foi aplicado a todos os trabalhadores da Administração Pública, independentemente do tipo de vínculo contratual, o que significa que as horas dos profissionais com a mesma base remuneratória de referência foram agrupadas na mesma categoria.

Segundo informação disponível na ACSS (2020a), o perfil médico apresenta uma base salarial de 2.746,24 euros, correspondente ao índice 45 da TRU (primeira posição remuneratória - médico assistente), para um horário de 40 horas semanais. Assim, o *Input 1* é constituído por: as Horas Médicas (HM), onde se incluem as horas dos médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) e as horas dos médicos dentistas.

Ainda segundo a ACSS (2020b), os TSS pertencem a uma carreira de regime especial, cujo estatuto legal consta do Decreto-Lei nº 414/91, de 22 de outubro,

posteriormente alterado pelo Decreto-Lei nº 501/99, de 19 de novembro. Esta carreira é estruturada com as seguintes categorias: assistente; assistente principal; assessor; assessor principal. Os ramos de atividade decorrentes destas categorias são: engenharia sanitária; farmácia; física hospitalar; genética; laboratório; nutrição; psicologia clínica; veterinária. A sua remuneração inicia-se no índice 23, correspondente à remuneração de 1.613,42 euros. Assim as horas dos psicólogos clínicos e nutricionistas foram agrupadas, passando a constituir o *Input 2 – Horas de Psicólogos Clínicos e Nutricionistas (HPN)*.

Relativamente ao perfil de Enfermagem, o Decreto-Lei nº 71/2019, de 27 de maio, estabelece o novo regime legal da Carreira de Enfermagem e cria três categorias: enfermeiro; enfermeiro especialista; enfermeiro gestor (artigo 2). O índice respeitante ao início da carreira de enfermagem corresponde ao índice 15 da TRU, do qual resulta uma remuneração de 1.201,48 euros.

O perfil correspondente aos TSDT constitui - segundo a ACSS (2020c) - uma carreira especial, que integra os trabalhadores cujas funções correspondam a profissões de saúde que envolvam o exercício de atividades técnicas de diagnóstico e terapêutica. Designadamente, as atividades técnicas relacionadas com: ciências biomédicas laboratoriais; imagem médica; radioterapia; fisiologia clínica e dos biosinais; terapia de reabilitação; visão; audição; saúde oral; farmácia; ortoprotesia; saúde pública (*cf.* n.º 3 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 110/2017 e n.º 3 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 111/2017, ambos de 31 de agosto).

No caso das equipas multidisciplinares das UCC, os TSDT são: Terapeutas Ocupacionais; Terapeutas da Fala; Fisioterapeutas; Higienistas Oraís; Técnicos de Saúde Ambiental; Cardiopneumologistas; Psicomotricistas. Para a categoria TSDT, segundo o Decreto-Lei nº25/2019 de 11 de fevereiro, o índice remuneratório base é também o 15, correspondente a uma remuneração de 1.201,48 euros.

Pelo fato dos perfis de Enfermagem e TSDT apresentarem a mesma base salarial, foram agrupados e formaram o *Input 3 – Horas Enfermagem e TSDT (HEnfTSDT)*.

Já a carreira dos Tss, ou seja, dos Assistente Sociais não foi enquadrada na carreira dos TSS, passou a integrar a carreira geral de TS da Administração Pública. Segundo a TRU, estes profissionais integram o índice remuneratório 11,

correspondente à remuneração de 995,51 euros. Por este motivo, constituíram o *Input* 4 - Horas de Técnico de serviço social (HTss).

Os Secretários Clínicos, também denominados AT, inserem-se nas carreiras gerais da Administração Pública e iniciam a carreira no índice remuneratório 5 da TRU, com uma remuneração correspondente a 683,13 euros, constituindo o *Input* 5 - Horas de Assistentes Técnicos (HAT).

O grupo profissional dos AO integra as carreiras gerais da Administração Pública e inicia a respetiva carreira no índice remuneratório 4 da TRU, com uma remuneração correspondente de 635,07 euros. Equivale ao ordenado mínimo para 2019, constituindo o *Input* 6 – Horas de Assistentes Operacionais (HAO).

O perfil profissional de Motorista, com características diferentes dos demais, constitui o *Input* 7 - Horas de Motorista (Hmot).

No que diz respeito aos *outputs*, a sua escolha baseou-se fundamentalmente nos indicadores de atividade das UCC, que estão disponíveis no Portal do BI-CSP. Inicialmente, optou-se por recolher dados para todas as variáveis, tendo-se posteriormente retirado a Taxa de Ocupação da ECCI, por existirem resultados aparentemente impossíveis (como taxas de ocupação acima dos 100%). Excluíram-se também da análise o Número de Internamentos por Fratura do Colo do Fémur em Indivíduos com 75 ou Mais Anos por não apresentar resultados para 2019 e o Tempo Médio de Permanência em ECCI, por ser um indicador com resultados cumulativos de difícil leitura e porque a sua análise deve ser feita em conjunto com outros indicadores (*e.g.* Taxa de Ocupação da ECCI, entretanto também excluído).

É importante clarificar que, no Portal do BI-CSP, os resultados para cada indicador se apresentam como um índice que pode ser desdobrado em numerador e denominador, consoante a leitura que se pretenda fazer do indicador. No caso das UCC, quer o numerador quer o denominador de cada um dos índices estão disponíveis no Portal para utilizadores autenticados (BI SELF-SERVICE, item Matriz de Indicadores CSP- UCC e no separador ACeS-VA).

Assim sendo, para os modelos de DEA analisados, foram escolhidos vinte e cinco dos vinte e oito indicadores de atividade das UCC no ano de 2019. Realçamos, no entanto, que os indicadores de *outputs* foram divididos em duas dimensões (Modelo 1 e Modelo 2), de acordo com a sistematização feita na matriz

multidimensional das UCC. Ou seja, os indicadores de atividade relacionados com a vertente de acesso foram considerados como *outputs* do Modelo 1, sendo que os indicadores de atividade relacionados com a vertente da Gestão da Saúde e da Doença foram considerados como *outputs* do Modelo 2. O Quadro 4.3 faz referência aos indicadores de referência para as UCC usados neste trabalho.

Quadro 4. 3- Indicadores usados para a definição dos *outputs* utilizados nos modelos DEA

Dimensões	
Acesso	Gestão da Saúde e da Doença
282- Proporção de turmas abrangidas pelo PNSE	371 - Proporção de grávidas com parto por cesariana
366 - Proporção de grávidas com intervenção na UCC	375 - Proporção de RN de termo de baixo peso
373- Proporção de utentes com DPOC e intervenção na UCC	370 - Proporção de crianças com amamentação exclusiva até 6 meses
368 - Proporção de crianças e jovens com intervenção na UCC	387 - Proporção de utentes com melhorias funcionais
283 - Número de crianças com diagnóstico de NSE e com intervenção pela equipa de SE	376 - Proporção de utentes com ganhos na gestão do stress do prestador de cuidados
369 - Proporção de consultas não presenciais na UCC	367 - Proporção de utentes com ganhos no controlo da dor (abordagem paliativa)
281 - Número médio de VD por utente, por mês	289 - Proporção de utentes com ganhos no controlo da dor
279 - Proporção de VD de enfermagem ao fim de semana e feriado	388 - Proporção de utentes com controlo de sintomas
280 - Proporção de utentes com avaliação pela equipa multidisciplinar nas primeiras 48 horas	387 - Proporção de utentes com melhorias funcionais
	329- Taxa de resolução da ineficácia/Compromisso da GRT
	284 - Proporção de utentes com alta da ECCI por objetivos atingidos
	285 - Taxa de efetividade na prevenção de UP
	377 - Proporção de utentes com UP melhoradas
	287 - Taxa de incidência de UP na ECCI
	290 - Proporção de utentes com melhoria da "dependência do autocuidado"
	291 - Proporção de utentes integrados em ECCI com internamento hospitalar

Fonte: Elaboração própria

De acordo com o referido anteriormente, é realizada em seguida uma sistematização dos *inputs* e *outputs* considerados nos dois modelos. Assim o Quadro 4.4 contém a informação referente ao Modelo 1 e no Quadro 4.5 é apresentada a informação referente ao Modelo 2. É possível verificar que o Modelo 1 visa essencialmente avaliar o desempenho das UCC na geração de atividade, já o Modelo 2, procura avaliar até que ponto é que os recursos usados permitiram maximizar os *outcomes*, podendo ser considerado um modelo de avaliação da efetividade das UCC. Contudo, por forma a facilitar a discussão, quer para o Modelo 1 quer para o Modelo 2, iremos utilizar sempre o conceito de “eficiência”, conceito que é tradicionalmente associado à própria técnica de DEA.

Como se pode constatar pela análise dos dois quadros seguintes, embora os *outputs* dos dois modelos difiram entre si, as variáveis de *input* são as mesmas.

Quadro 4. 4- *Inputs* e *Outputs* utilizados na avaliação do desempenho das UCC relativamente à dimensão Acesso (Modelo 1)

Inputs	Outputs
Input 1- Horas médicas (HM)	Output 1- Turmas abrangidas (T)
Input 2- Horas de psicólogos clínicos e nutricionistas (HPN)	Output 2- Contagem de grávidas com intervenção na UCC (G)
Input 3- Horas enfermagem e TSDT (HEnfTSDT)	Output 3- Contagem de utentes com asma ou DPOC com intervenção na UCC (AsDPOC)
Input 4- Horas Técnico serviço social (HTss)	Output 4- Contagem de crianças e jovens com intervenção na UCC (CrJov)
Input 5- Horas de assistentes técnicos (HAT)	Output 5- Crianças e jovens com NSE é que são alvo de intervenção (CrJovNSE)
Input 6- Horas de assistentes operacionais (HAO)	Output 6- Contagem de consultas não presenciais (CnP)
Input 7- Horas de motorista (Hmot)	Output 7- Contagem de consultas presenciais (CP)
	Output 8- Número médio de consultas ao domicílio, por mês (\bar{X} D)
	Output 9- Contagem de consultas ao domicílio realizadas em dias uteis (DdÚtil)
	Output 10- Contagem de consultas ao domicílio realizadas ao fim de semana e feriados (DFSf)
	Output 11- Contagem de utentes com contato nas primeiras 48 horas (C48H)

Fonte- Elaboração própria

Quadro 4. 5- *Inputs* e *Outputs* utilizados na avaliação de desempenho das UCC relativamente à dimensão Gestão da Saúde e da Doença (Modelo 2)

Inputs	Outputs
Input 1- Horas médicas (HM)	Output 1- Grávidas acompanhadas com parto natural (GPnat)
Input 2- Horas psicólogos clínicos e nutricionistas (HPN)	Output 2- Recém-Nascido (RN) de termo com "Peso Normal" (RNPesonor)
Input 3- Horas enfermagem e TSDT (HEnfTSDT)	Output 3- Crianças com amamentação exclusiva até aos 6 meses (AExc6M)
Input 4- Horas Técnico serviço social (HTss)	Output 4- Utentes com melhorias funcionais (MF)
Input 5- Horas de assistentes técnicos (HAT)	Output 5- Utentes com ganhos na gestão do stress do prestador de cuidados (GStressPC)
Input 6- Horas de assistentes operacionais (HAO)	Output 6- Utentes com ganhos no controlo da dor (CDorPal)
Input 7- Horas de motorista (Hmot)	Output 7- Utentes com ganhos no controlo de sintomas (CSint)
	Output 8- Utentes com modificação positiva no diagnóstico de GRT (MposGRT)
	Output 9- Utentes com alta da ECCL, por objetivos atingidos (AObjAtin)
	Output 10- Utentes com Risco de UP e sem registo de presença de UP (RUPsUP)
	Output 11- UP melhoradas (UPmelh)
	Output 12- Utentes a quem não foi documentado novo diagnóstico de UP (sUP)
	Output 13- Utentes com melhoria na dependência do "autocuidado" (MdepAutoc)
	Output 14- Utentes sem necessidade de internamento hospitalar (sIH)
	Output 15- Proporção de utentes com ganhos no controlo da dor (CDor)
	Output 16- Utentes com alta no período em análise (Alta)

Fonte: Elaboração própria

É importante relembrar que, de acordo com a metodologia DEA, os *outputs* devem estar descritos pela positiva (ou seja, quanto maior o valor do *output*, melhor é a situação). Porém, de entre os indicadores escolhidos, quatro deles não estavam formulados desta forma: Proporção de grávidas com parto por cesariana (371); Proporção de RN de baixo peso (375); Taxa de incidência de úlceras de pressão na

ECCI (287); Proporção de utentes integrados em ECCI com internamento hospitalar (291). Como tal, foi necessário transformar as respetivas variáveis, utilizando o seu complementar. Por exemplo, em vez de utilizarmos a informação sobre a Proporção de grávidas com parto por cesariana, utilizou-se a informação sobre a Proporção de grávidas com parto natural.

4.3.1 Variáveis externas/ambientais

Tal como referido anteriormente, as variáveis externas/ambientais podem ter influência direta nos resultados das unidades funcionais. Estas variáveis, ainda que não sejam consideradas como *inputs* ou *outputs* do processo de produção das UCC, podem, no entanto, ser importantes para explicar os resultados alcançados. De entre as variáveis que se encontram no Portal do BI-CSP, utilizaram-se as seguintes:

- ✓ População total abrangida pela UCC;
- ✓ Crianças com menos de 1 ano de vida;
- ✓ Proporção de população abrangida com 6 anos ou menos;
- ✓ Proporção de população abrangida entre os 7 e os 64 anos;
- ✓ Proporção de população abrangida entre os 65 e os 74 anos;
- ✓ Proporção de população abrangida com mais de 75 anos.

Foi ainda analisada informação sobre a densidade populacional, disponível no Portal INE.

4.4 Recolha de dados

Os dados utilizados na análise foram obtidos no Portal do BI-CSP, entre os meses de fevereiro e junho de 2020. Os dados relativos aos *inputs* foram recolhidos no PAUF das UCC, referente ao ano 2019, que contém informação relativa aos ETC% de cada profissional da equipa multidisciplinar (disponíveis no item contratualização).

As informações relativas aos *outputs* foram recolhidas, por sua vez, no item BI SELF-SERVICE / Matriz dos Indicadores CSP-UCC / ACES – VA. Por fim, as variáveis ambientais/exógenas foram extraídas do item BI UF / Quem servimos e do INE.

4.5 Formulação dos modelos em análise

Como já referimos, neste estudo foram definidos dois modelos de avaliação, que se distinguem pela forma como foram consideradas as variáveis de *output* existentes para as UCC e pela forma como estas se inserem na sua matriz multidimensional. Relembrando que esta matriz inclui quatro dimensões: Acesso, Gestão da Saúde, Gestão da Doença e Intervenção Comunitária (esta última sem indicadores de atividade em 2019).

Assim, e pela natureza dos *outputs*, optou-se pelos dois modelos de avaliação: um relativo à dimensão Acesso (Modelo 1) e um segundo, que incorpora as Dimensões da Gestão da Saúde e da Gestão da Doença (Modelo 2). De seguida, apresentamos as variáveis incluídas em cada um dos modelos, cujo significado foi apresentado nos Quadro 4. 4 e Quadro 4. 5, e as abreviaturas incluídas na lista de abreviaturas:

1. **Modelo 1 (Dimensão Acesso)** - Engloba todos os *outputs* relacionados com o acesso no âmbito das UCC (**T, G, AsDPOC, CrJov, CrJov NSE, CnP, CP, $\bar{X}D$, DdÚtil, DFSF e C48H**) e os *inputs* associados com as horas de serviço dos perfis profissionais (**HM, HPN, HEnfTSDT, HTss, HAT, HAO e Hmot**).
2. **Modelo 2 (Dimensão Gestão da Saúde e da Doença)** - Engloba os *outputs* relacionados com as dimensões Gestão da Saúde e Gestão da Doença no âmbito das UCC (**GPnat, RNpesonor, AEx6M, MF, GStressPC, CDorPal, CSint, MposGRT, AobjAtin, RUPsUP, UPmelh, sUP, MdepAutoc, sIH e CDor, Alta**) e os *inputs* associados com as horas de serviço dos perfis profissionais (**HM, HPN, HEnfTSDT, HTss, HAT, HAO e Hmot**).

4.6 Orientação dos modelos de avaliação, pressuposto de escala e restrições aos pesos

No caso da saúde e nos anos mais recentes, o objetivo tem sido prestar o máximo de cuidados à população com os recursos existentes (quase sempre escassos e abaixo das necessidades da população abrangida), ou seja, o objetivo tem sido produzir o máximo de *outputs* possível, sem, todavia, alterar os *inputs*. Nos CSP, apenas as USF conseguem dispor dos recursos humanos desejáveis e adequados à

população que servem, como tal, as UCSP e as UCC dependem dos gestores (Direção Executiva e Conselho Clínico dos ACeS) para alocação de recursos, sendo que muitos destes recursos são aliciados pelas USF. Isso faz com que a disponibilidade de recursos seja quase sempre inferior ao que seria suficiente para suprir as necessidades.

Face ao exposto, a orientação escolhida foi no sentido da maximização dos *outputs*, considerada a mais adequada face à realidade existente. Já quanto aos pressupostos de escala, optou-se por utilizar quer o pressuposto CRS quer o pressuposto VRS, por forma a calcular até que ponto a dimensão das UCC pode ser uma determinante nos níveis de desempenho observados.

Em ambos os modelos, foram incluídas restrições aos pesos, que permitiram obter resultados o mais fidedignos possível. Estas restrições resultaram de um trabalho de reflexão e análise relativamente às variáveis envolvidas e assumiram a forma de *trade-offs*, tal como sugerido por Podinovski (2004). Assim, considerou-se que o peso a atribuir a uma hora médica deverá ser igual ou superior ao peso a atribuir a uma hora de psicólogos clínicos e nutricionistas. Ou seja, o que esta restrição pressupõe é que, caso se substitua uma hora de psicólogo clínico e nutricionista (1 hora a menos) por uma hora médica (1 hora a mais), não será de esperar qualquer deterioração do nível de atividade em qualquer uma das variáveis de *output*. A lógica presente neste *trade-off* é a de que o médico pode, se for necessário, levar a cabo o mesmo tipo de atuação que um psicólogo e/ou nutricionista, no entanto, o inverso já não se verifica (por exemplo, o psicólogo ou o nutricionista não pode prescrever medicação).

O mesmo raciocínio foi utilizado para estabelecer restrições quanto aos restantes perfis profissionais. Está subentendido, por exemplo, que a atuação de um AT pode ser realizada por outros técnicos (enfermeiro, TSDT, nutricionista, psicólogo ou médico), embora o inverso não se verifique.

5. ANÁLISE GERAL DOS RESULTADOS DE EFICIÊNCIA

5.1. Caracterização da amostra

Em primeiro lugar, far-se-á uma análise breve com recurso a estatísticas descritivas (tais como média, desvio padrão, mínimo e máximo) aplicáveis às variáveis em estudo. Para melhor compreensão, os resultados são agrupados nas Tabelas 5.1, 5.2 e 5.3, sendo que a Tabela 5.1 reporta as estatísticas descritivas relativas às variáveis de *input* e as Tabelas 5.2 e 5.3 reportam as estatísticas descritivas relativas às variáveis de *output* dos Modelos 1 e 2, respetivamente. Os resultados obtidos encontram-se arredondados às decimas.

Tabela 5. 1- Estatísticas descritivas dos *Inputs*

Input	HM	HPN	HEnfTSDT	HTss	HAT	HAO	Hmot
Média	316,47	362,63	13647,78	506,23	980,22	669,14	7,78
Desvio padrão	398,31	477,33	7309,36	460,42	921,87	1682,54	118,72
Máximo	2912,00	3894,80	40149,20	2821,00	5460,00	10920,00	1820,00
Mínimo	0	0	2977,00	0	0	0	0

Fonte: Elaboração própria

Tabela 5. 2- Estatísticas descritivas dos *outputs* na Dimensão Acesso

Output	Média	Desvio padrão	Máximo	Mínimo
T	68,17	64	386	0
G	48,85	60	319	0
AsDPOC	91,04	79	428	4
CrJov	1179,27	1242	6 435	4
CrJovNSE	26,06	35	188	0
CnP	3540,06	2282	15 768	212
CP	628,63	480	2632	20
XD	1618,13	1072	5 890	70
DdÚtil	1783,74	1219	9258	144
DFSF	247,42	243	1454	0
C48H	31,81	27	169	0

Fonte: Elaboração própria

Tabela 5. 3- Estatísticas descritivas dos *outputs* na Dimensão Gestão da Saúde e da Doença

Output	Média	Desvio padrão	Máximo	Mínimo
GPnat	26,90	34,61	196	0
RNPesonor	35,07	43,09	283	0
AEx6M	7,24	10,03	53	0
MF	12,15	14,87	100	0
GStressPC	4,14	7,28	44	0
CDorPal	4,94	8,95	62	0
CSint	1,61	3,23	22	0
MposGRT	23,67	31,62	312	0
AObjAtin	31,81	25,80	179	2
RUPsUP	33,22	29,4	180	1
UPmelh	15,93	18,20	107	0
sUP	40,80	32,47	191	3
MdepAutoc	18,87	17,59	99	0
sIH	41,64	33,64	201	3
CDor	21,54	23,29	134	0
Alta	47,87	38,52	244	4

Fonte: Elaboração própria

Relativamente aos *inputs*, segundo a Tabela 5.1, aquele que apresenta maior média de horas é o *input* relativo às HEnfTSDT (com 13647,78 h/ano), a seguir, surge o *input* relativo às HAT, e em terceiro lugar, aparece o *input* correspondente às HAO, seguido pelas HTss. Sensivelmente com a mesma média, surgem os *inputs* relativos às HPN e às HM, respetivamente, sendo que os valores destas últimas se situam entre as 0 e as 2912 h/ano.

De acordo com a Tabela 5.2, referente aos *outputs* da dimensão Acesso, o *output* que apresenta média mais baixa é o relativo às crianças e jovens com NSE que são alvo de intervenção por parte das UCC (com uma média de 26). O *output* com a média mais elevada é relativo às consultas ao domicílio realizadas em dias úteis (com um resultado de 1784), o que, no caso das UCC, não constitui surpresa, dado o cariz das atividades desenvolvidas nestas unidades.

Pela observação da Tabela 5.3, referente aos *outputs* relativos à dimensão da Gestão da Saúde e da Doença, o *output* com média mais baixa é o relativo aos utentes com ganhos no controlo de sintomas (com uma média de 1,61). Em sentido inverso, aquele que apresenta a média mais elevada é o relativo aos utentes com alta no período em análise (com uma média de 47,87).

5.2 Análise da eficiência em termos da dimensão acesso

Optámos por utilizar o *software* EMS, desenvolvido por Scheel (2000), e, além disso, os modelos de DEA analisados estão orientados para a maximização dos *outputs*. Tal significa que, para efeitos do cálculo da taxa de eficiência de cada DMU, deveremos utilizar a seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de Eficiência} = (1/\text{score})$$

Em seguida, irá proceder-se à análise do desempenho das UCC, no que diz respeito à dimensão Acesso, tendo por base os resultados obtidos (Apêndice 1) e apresentados na Tabela 5.4, de forma resumida.

Tabela 5. 4- Resultados do Modelo 1 (Dimensão Acesso)

Modelo 1	Dimensão Acesso
Pressuposto CRS	
Média de Score	156,45%
Média ET	72,64%
UCC eficientes	18,19,26,32,33,34,37,38, 40,52,58,78,84,88,89,90,98,101,103,104, 107,109,120,121,128,144,145,158,161,180,183,185,194, 195,197,198,199,200,201,203,204,205,214,218,226,235,236
UCC Eficientes que não são <i>benchmarks</i> para outras UCC	26,90,101,104,144,158,161,180,198
<i>Benchmarks</i> mais robustos	235(101), 201(76), 18(72),120(56)
Pressuposto VRS	
Média de Score	139,22%
Média ETP	79,99%
UCC eficientes	5, 6, 9, 18, 19, 26, 28, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 40, 45, 52, 56, 58, 61, 65, 68, 72, 78, 81, 84, 88, 89, 90, 94, 96, 97,98, 100, 101, 102, 103, 104, 107, 109, 112, 116, 118, 120, 121, 127, 128, 138, 139, 142, 144, 145, 148, 150, 158, 161, 163, 166, 168, 171, 180, 182, 183, 185, 194, 195, 197, 198, 199, 200, 201, 203, 204, 205, 212, 214, 218, 223, 226, 233, 234, 235, 236
UCC Eficientes que não são <i>benchmarks</i> para outras UCC	26,28,31,45,61,68,72,94,97,100,101,104,116,118,127,142,148, 161,166,171,180,212,223,233
<i>Benchmarks</i> mais robustos	201(64),18(62),200(61), 235(53)

Fonte: Elaboração própria

Pela análise da tabela anterior, pode verificar-se que, para a amostra selecionada e para o modelo 1 sob o pressuposto CRS, identificámos quarenta e sete DMU eficientes. Isso representa cerca de 20% da amostra. Estas UCC podem, portanto, considerar-se tecnicamente eficientes e operam a uma escala ótima de produção.

A taxa média de eficiência técnica é de 72,64%, tal significa que existe ainda um potencial significativo de melhoria das UCC, ao nível da dimensão Acesso.

Entre as UCC ineficientes, 62,37% encontram-se abaixo da média da taxa de eficiência técnica, e apenas 37,63% apresentam classificações acima da média. Com uma orientação para o *output*, que é o caso deste estudo, os resultados indicam que cerca de 80% das duzentas e trinta e três UCC analisadas deveriam ser capazes de aumentar os seus *outputs* (tendo em conta os *inputs* que possuem).

A nossa análise também indica que existem nove UCC que, não obstante serem consideradas eficientes, não servem de *benchmark* ou de referência de aprendizagem para nenhuma UCC. Este facto indicia que estas UCC têm especificidades próprias que não são replicáveis em outras UCC, como tal, a sua relevância no contexto da construção de modelos de aprendizagem é muito limitada.

A UCC com pior classificação é a 157 (Vila Franca de Xira/ARS LVT), com uma taxa de eficiência técnica de 11,08%, estes resultados alertam para a necessidade de se analisar em pormenor os motivos deste desempenho. Esta UCC tem como *benchmarks* as seguintes UCC: 32 (Flor de Papel/ARS Alentejo); 34 (Gavião/ARS Alentejo); 40 (Ourique/ARS Alentejo); 185 (Coração de Ouro/ARS Norte) (Tabela 5.6).

Por outro lado, a UCC que serve de modelo a um maior número de UCC é a 235 (Viana do Castelo/ARS Norte), seguida das UCC 201 (Lousada/ARS Norte), 18 (Almoreg/ARS Alentejo) e 120 (Caldas da Rainha-Óbidos/ARS LVT), todas elas servem de referência a outras UCC no sentido da melhoria do seu desempenho, por serem mais eficientes no emprego das horas dos respetivos profissionais. Tomando como exemplo a UCC 235 (Viana do Castelo/ARS Norte), cento e uma UCC devem tê-la como referência em termos de *inputs* e *outputs*, no sentido de melhorarem o seu desempenho.

Sob o pressuposto VRS, o número de UCC eficientes sobe consideravelmente, o motivo é o facto de se tratar de um pressuposto que beneficia as DMU, dado que compara uma DMU com outras do mesmo tamanho, sendo que todas as que são eficientes pelo pressuposto CRS acabam por também ser consideradas eficientes sob o pressuposto VRS. Existem então oitenta e três UCC classificadas como eficientes, (sensivelmente 35,62% da amostra), com uma taxa de eficiência técnica pura na ordem dos 79,99%.

Neste caso, uma UCC é eficiente porque consegue produzir o melhor volume de *outputs* para o seu tamanho. Trata-se, portanto, de uma medida que nos permite avaliar a eficiência de gestão das UCC.

Das UCC ineficientes, 65,33% apresentam taxas de eficiência técnica pura abaixo da média, sendo que existem igualmente vinte e quatro UCC que não servem de *benchmark* a qualquer das UCC.

A UCC 157 (Vila Franca de Xira/ARS LVT) é também aquela que obtém o pior resultado sob o pressuposto VRS (com 16,12% de taxa de eficiência técnica pura) (Tabela 5.6). Em sentido oposto, as UCC que são *benchmark* para mais UCC são: 201 (Lousada/ARS Norte); 18 (Almoreg/ARS Alentejo); 200 (Leça da Palmeira/ARS Norte); 235 (Viana do Castelo/ARS Norte). Ou seja, são as que produzem o melhor volume de *outputs*, relativamente ao seu tamanho.

A título de síntese, podemos concluir que existe ainda um potencial de melhoria significativo, no que diz respeito ao Acesso, nomeadamente, os resultados sugerem que, com os recursos atuais, um número muito significativo de UCC deveria ser capaz de prestar um maior volume de serviços. O facto de os resultados sob o pressuposto VRS serem melhores do que os obtidos sob o pressuposto CRS, indicia que a razão associada à ineficiência de algumas UCC se poderá prender com o facto de não estarem a operar com a dimensão ideal. É o caso, por exemplo, de todas as UCC que apresentam uma taxa de eficiência técnica inferior a 100% (no modelo com o pressuposto de CRS), mas que são eficientes do ponto de vista da Gestão (*i.e.*, atingem uma taxa de eficiência de 100% no modelo com o pressuposto VRS).

Há, contudo, outras UCC cujos problemas parecem estar associados essencialmente com a sua gestão, como é o caso da UCC 66 (Celas/ARS Centro), que apresenta uma taxa de eficiência técnica da ordem dos 67,2% e uma taxa de eficiência de escala de aproximadamente 100%.

5.3 Análise da eficiência em termos da dimensão gestão da saúde e da doença

Nesta seção, proceder-se-á à análise do desempenho das UCC no que diz respeito à dimensão Gestão da Saúde e da Doença (Modelo 2) e que se apresentam na Tabela 5.5 de forma resumida, tendo por base os resultados obtidos (Apêndice 2).

Tabela 5. 5- Modelo 2 (Dimensão da Gestão da Saúde e da Doença)

Modelo 1	Dimensão Gestão da Saúde e Doença
Pressuposto CRS	
Média de Score	163,75%
Média ET	71,18%
UCC eficientes	7,9,17,21,23,32,37,45,52,60,81,88,89,94,98,99,108,109,110,121,124,126,127,136,144,150,155,158,159,165,168,171,177,183,184,189,194,197,198,200,201,202,203,205,214,215,223,224,232,233,242
UCC eficientes que são não <i>Benchmarks</i> para outras UCC	23, 32, 37, 60, 88, 89, 94, 109, 177, 202, 232, 242
<i>Benchmarks</i> mais robustos	110(119), 183(70), 201(69)
Pressuposto VRS	
Média de Score	145,98%
Média ETP	77,83%
UCC eficientes	6,7,9,12,17,18,21,23,32,33,35,37,45,52,56,60,61,68,78,81,88,89,90,91,94,96,98,99,101,102,108,109,110,112,116,121,124,126,127,132,136,141,144,150,155,158,159,165,166,168,170,171,173,177,183,184,189,194,197,198,200,201,202,203,205,207,209,214,215,223,224,227,232,233,241,242
UCC eficientes que não são <i>benchmarks</i> para outras UCC	12,18,33,35,37,68,89,90,96,101,116,132,141,170,173,177,232
<i>Benchmarks</i> mais robustos	110 (75),183 (48), 201 (44), 52 (40)

Fonte: Elaboração própria

O Modelo 2 aborda as vertentes de Gestão da Saúde e da Doença, e como se pode constatar pela análise da tabela anterior, foi possível, sob o pressuposto CRS, identificar cinquenta e uma UCC tecnicamente eficientes (o que constitui aproximadamente 22,57% da amostra). A média de eficiência técnica é de 71,18%, o que sugere também um potencial significativo de melhoria da prestação de serviços das UCC (em contexto de atividades relacionadas com a Gestão da Saúde e da Doença).

Também neste modelo, os resultados indicam que um número considerável de UCC deveria ser capaz, atendendo aos recursos humanos de que dispõe, de gerar resultados mais positivos relacionados com os processos de Gestão da Saúde e da Doença. Das cento e setenta e cinco UCC ineficientes, 64% encontram-se abaixo da média de ET (71,18%).

Existem também doze UCC que, não obstante serem classificadas como eficientes, não servem de *benchmark* a qualquer UCC.

A UCC com pior resultado em termos da taxa de eficiência técnica nesta dimensão foi a UCC 66 (Celas/ARS Centro), com uma taxa de eficiência de 18,44%, para efeitos de aprendizagem, esta UCC tem como referência a UCC 110 (Almeirim e Alpiarça/ARS LVT) (Tabela 5.6). As UCC que constituem exemplos do tipo de

práticas que as demais UCC deveriam seguir são: 110 (Almeirim e Alpiarça/ARS LVT); 183 (Cinfães/ARS Norte); 201 (Lousada/ARS Norte).

À semelhança do Modelo 1, o número de UCC eficientes sobe consideravelmente, sob o pressuposto VRS, ou seja, setenta e seis UCC passam a ser classificadas como eficientes (33,63% da amostra), sendo que a média conseguida quanto à taxa de eficiência técnica pura é de 77,83%. Pode dizer-se, neste caso, que as UCC que alcançam taxas de eficiência técnica pura de 100% estão a ser bem geridas.

Neste pressuposto, também existem dezassete UCC que não servem de *benchmark* a qualquer das demais UCC.

Do grupo das cento e cinquenta UCC ineficientes, 66,67% delas apresentam resultados de taxa de ETP abaixo da média, por outro lado, 33,33% delas obtêm resultados de eficiência acima da média da taxa de ETP. A UCC 66 (Celas/ARS Centro) também obtém o pior resultado de taxa de eficiência técnica pura (com 19,25%) (Tabela 5.6).

As UCC que oferecem práticas mais robustas para efeitos de *benchmarking* são: 110 (Almeirim e Alpiarça / ARS LVT); 183 (Cinfães / ARS Norte); 201 (Lousada/ARS Norte); 52 (Albaiaz-Alvaizere / ARS Centro).

Na Tabela 5.6 apresentamos mais pormenorizadamente os resultados das UCC que patenteiam um pior desempenho (quer ao nível do Modelo 1, quer ao nível do Modelo 2).

Tabela 5. 6- UCC ineficientes com piores resultados nos Modelos 1 e 2

Modelo 1				
UCC	Taxa de Eficiência Técnica	Taxa de Eficiência Técnica Pura	Taxa de Eficiência de Escala	Benchmarks
157- Vila Franca de Xira	11,08%	16,12%	68,70%	32 (1,08) 34 (0,51) 40 (2,82) 185 (0,30) λ4.71
66- Celas	67,22%	68,76%	97,76%	84 (1,02) 194 (0,13)
Modelo 2				
UCC	Score CRS	Taxa Eficiência Técnica Pura	Taxa de Eficiência de Escala	Benchmarks
66- Celas	18,44%	19,25%	95,77%	110 (0,63)
157- Vila Franca de Xira	19,61%	23,72%	82,66%	110 (1,89)

Fonte: Elaboração própria

Baseado nos dados apresentados nesta tabela, no Modelo 1, a UCC que obteve piores resultados foi a 157 (Vila Franca de Xira/ARS LVT), com uma taxa de eficiência técnica de 11,08%, estes resultados indiciam um enorme potencial de melhoria por parte desta UCC. Embora a taxa de eficiência desta UCC melhore ligeiramente quando se considera o pressuposto de rendimentos variáveis à escala, é notório que se trata de uma DMU com problemas significativos (não só ao nível da sua gestão, mas também ao nível da escala).

Pela observação da coluna de *benchmarks*, esta UCC deveria seguir o modelo das UCC: 32 (Flor de Papel/ARS Alentejo); 34 (Gavião/ARS Alentejo); 40 (Ourique/ARS Alentejo); 185 (Coração de Ouro/ARS Norte). Pela soma dos lambdas (4.71) - superior a 1 - percebe-se que é uma UCC de dimensão demasiado grande, pelo que poderia ser vantajoso considerar-se a possibilidade desta UCC dar origem a duas ou mais UCC de menor dimensão.

No Modelo 2 (Tabela 5. 6), o pior resultado foi o da UCC 66 (Celas/ARS Centro), com uma taxa de eficiência técnica de 18,44% e uma taxa de ETP de 19,25% (a que corresponde uma taxa de eficiência de escala de 95,77%). Ao contrário da UCC 157 (Vila Franca de Xira/ARS LVT), os resultados relativos a Celas sugerem que esta unidade é demasiado pequena, por isso, uma fusão com outra UCC (a prestar serviços na proximidade de Celas e que esteja também a operar com rendimentos crescentes à escala) poderia gerar ganhos importantes no desempenho destas unidades (ao nível da dimensão da Gestão da Saúde e da Doença). A UCC 66 (Celas/ARS Centro) deve seguir o exemplo da UCC 110 (Almeirim e Alpiarça/ARS Lisboa), no sentido de melhorar o seu desempenho.

No caso da UCC 157 (Vila Franca de Xira/ARS LVT) - que atinge o pior resultado no Modelo 1 (relacionado com o Acesso) - mantém os maus resultados no Modelo 2 (relacionado com a Gestão da Saúde e Doença), com uma taxa de eficiência técnica de 19,6%, uma taxa de ETP de 23,72% e uma taxa de EE de 82,66%.

Já a UCC 66 (Celas/ARS Centro), apesar de apresentar o pior resultado no Modelo 2, consegue obter melhores resultados no Modelo 1, com uma taxa de ET de 67,22%. Dado que a taxa de eficiência de escala desta UCC está próxima dos 100%, parece haver indícios de que os seus problemas de desempenho ao nível da Gestão da

Saúde e Doença possam estar associados essencialmente a problemas de gestão. Isto sugere que os seus recursos humanos poderão estar a ser mal geridos, devendo passar a ser distribuídos de forma mais equitativa e eficaz por todos os projetos da sua carteira de serviços.

Para uma melhor compreensão destes resultados, parece ser importante comparar as UCC com pior classificação nos modelos 1 e 2 com as respetivas *benchmarks* em termos de *inputs* (Tabela 5.7) e *outputs* (Tabela 5.8 e 5.9).

Pela análise da Tabela 5.7 é possível observar que a UCC 157 (Vila Franca de Xira/ARS LVT) apresenta um valor consideravelmente superior nos seus *inputs*, quando comparada com as outras UCC que lhe servem de referência. No entanto, como se pode constatar pela análise da Tabela 5.8, quanto aos *outputs*, a situação é inversa. Estes valores corroboram as considerações anteriores no sentido de que esta UCC possui enorme potencial de melhoria.

Tabela 5. 7- Valores dos *inputs* das UCC Vila Franca de Xira e de Celas e das respetivas UCC de referência

<i>Inputs</i>	Modelo 1					Modelo 2	
	UCC com pior classificação	Benchmarks				UCC com pior classificação	Benchmark
	157 Vila Franca de Xira	32 Flor de Papel	34 Gavião	40 Ourique	185 Coração de Ouro	66 Celas	110 Almeirim e Alpiarça
HM	998,4	83,2	124,8	208	473,2	0	0
HPN	928,2	400,4	400,4	0	618,8	218,4	0
HEnFTSDT	30830,80	5860,40	4750,20	6370,00	14560,00	11120,20	16835,00
HTSS	1274	200,2	200,2	0	509,6	364	1092
HAT	1820	18,2	54,6	182	327,6	163,8	1037,4
HAO	0	1820	0	0	0	1820	0
Hmot	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Elaboração própria

Tabela 5. 8- Valores dos *outputs* da UCC Vila Franca de Xira e das respetivas UCC de referência- Modelo 1

<i>Outputs</i>	UCC com pior classificação	Benchmarks mais robustos			
	157 Vila Franca de Xira	32 Flor de Papel	34 Gavião	40 Ourique	185 Coração de Ouro
T	0	57	2	22	136
G	0	35	48	0	15
AsDPCO	32	86	246	21	379
CrJov	34	190	2	228	913
CrJovNSE	0	4	3997	15	121
CP	2068	5073	1923	3281	6375
CnP	121	699	602	1151	954
$\bar{X}D$	372	1430	622	1308	3549
DdÚtil	931	1195	56	2076	3154
DFFS	51	271	8	362	485
C48h	7	28	8	13	49

Fonte: Elaboração própria

No caso do Modelo 2, a UCC com um pior desempenho é a UCC 66 (Celas/ARS Centro): no pressuposto de rendimentos constantes à escala, tem como *benchmark* apenas a UCC 110 (Almeirim e Alpiarça/ARS LVT), embora a UCC de Almeirim e Alpiarça apresente valores superiores em três dos *inputs*, é possível constatar que, ao nível dos *outputs*, o seu desempenho é muito superior, quando comparada com a UCC de Celas (Tabela 5.9). Esta última apresenta inclusivamente valores nulos em 9 das 16 variáveis consideradas na análise.

Estes resultados carecem de investigação futura, no sentido de se determinar a razão subjacente ao fraco desempenho e aos valores nulos, embora estes resultados sejam provavelmente causados por problemas relacionados com a alocação dos recursos humanos aos projetos da carteira de serviços, podem também justificar-se por problemas ao nível da produção de registos. Os registos requerem uma organização interna da equipa multidisciplinar, em termos de leitura de indicadores e aplicativos informáticos de registo clínico.

Tabela 5. 9- Valores dos *outputs* da UCC de Celas e da respetiva UCC de referência- Modelo 2

<i>Outputs</i>	UCC com pior classificação	Benchmark
	66 Celas	110 Almeirim e Alpiarça
GPnat	0	34
RNPesonor	0	51
AExc6M	0	4
MF	0	56
GStressPC	0	0
CDorPal	0	4
CSint	0	2
MposGRT	0	79
AObjAtin	7	121
RUPsUP	3	106
UPmelh	0	24
sUP	12	116
MdepAutoc	1	72
sIH	11	129
CDor	6	75
Alta	15	130

Fonte: Elaboração própria

Como se observa na Tabela 5.10, existem onze UCC que são simultaneamente eficientes nos Modelo 1 e 2, tendo como base os dois pressupostos (CRS e VRS), isto representa menos de 5% do total da amostra. Estes resultados permitem ainda confirmar que estas onze unidades, para além de conseguirem os melhores desempenhos com os recursos disponíveis, quer ao nível do Acesso quer ao nível da Gestão da Saúde e da Doença, estão também a operar com a dimensão ideal. Trata-se, portanto, de UCC cujos processos devem ser analisados em pormenor, para ser possível retirar ensinamentos que possam promover a melhoria do desempenho das outras UCC, os resultados da análise indicam também que a maioria destas UCC se encontra na ARS Norte (ou seja: oito).

No caso das UCC da ARS Norte (que são em maior número), é possível que os resultados sejam justificados pelos processos relativos aos registos clínicos (já que é através destes registos que são produzidos os resultados dos indicadores de atividade em estudo). Segundo o relatório do GT-UCC (SNS, 2019) - baseado em inquéritos aos coordenadores de todas as UCC do país - é a ARS Norte aquela que se revela mais satisfeita com os sistemas de informação (nomeadamente o SClínico), nesse sentido, estão estipulados processos para formação nesta área (tanto para novos profissionais como destinados à atualização e reciclagem de conhecimentos). Por

outro lado, a parametrização dos sistemas de informação de registo encontra-se em fase mais adiantada na ARS Norte do que no resto do país.

Tabela 5. 10- UCC eficientes no Modelo 1 e 2, sob os pressupostos CRS e VRS

UCC Eficientes	52 (Albaiaz-Alvaizere/ARS Centro)
	98 (Terras da Ria e Murtosa/ARS Centro)
	121 (Cartaxo/ARS LVT)
	183 (Cinfães/ARS Norte)
	194 (Ermesinde/ARS Norte)
	197 (Felgueiras/ARS Norte)
	200 (Leça da Palmeira/ARS Norte)
	201 (Lousada/ARS Norte)
	203 (Maia/ARS Norte)
	205 (Marco de Canavezes/ARS Norte)
	214 (Paços de Ferreira/ARS Norte)

Fonte: Elaboração própria

A interpretação destes resultados requer, no entanto, alguma cautela, por exemplo, um problema comum a todas as UCC (e que pode estar a influenciar os resultados) prende-se com o acesso às comunidades. Estas representam grupos de utentes com as mesmas características (*e.g.* grávidas, turmas, grupo RSI, etc.) e cujo acesso é exclusivo da enfermagem, o que constitui um constrangimento, uma vez que todos os perfis profissionais participam em projetos que envolvem estas comunidades, mas não têm possibilidade de realizar os respetivos registos. No entanto, acreditamos que este aspeto não influa significativamente nos resultados, dado que tende a afetar todas UCC de igual forma.

No Relatório GT-UCC (SNS, 2019), este aspeto é indicado como a recomendação número 4, acesso às comunidades por todos os perfis profissionais que exercem a sua atividade nas UCC.

A título de curiosidade procedeu-se à análise geral destas UCC em termos de dados de *inputs* e *outputs* para o Modelo 1 e 2, resultados que se apresentam nas Tabelas 5.11 e 5.12.

Tabela 5. 11- Dados de *Inputs* e *Outputs* das UCC eficientes no Modelo 1

UCC/ Inputs e outputs	Inputs							Outputs									
	HM	HPN	HEnf TSDT	HTss	HAT	HAO	Hmot	T	G	As DPCO	CrJov	CrJo vNSE	CnP	CP	$\bar{X}D$	DdÚt il	DFF S
Albaiaz- Alvaiázere	0	0	3694,60	200,2	218,4	260	0	22	0	14	531	3	1 167	234	1 068	880	29
Terras da Ria- Murtosa	0	18,2	5496,40	200,2	109,2	0	0	24	1	40	850	22	1 864	400	907	1064	254
Cartaxo	0	0	16380,00	0	1820	0	0	53	73	92	1 723	56	5 646	2552	2 623	2314	276
Cinfães	270,4	0	7807,80	527,8	527,8	0	0	75	56	110	1 625	65	5 403	1030	2 693	2584	675
Ermesinde	0	0	16380,00	418,6	1820	0	0	151	176	256	3 499	9	3 801	1126	2 302	2325	145
Felgueiras	374,4	109,2	16580,20	527,8	782,6	0	0	266	180	428	6 189	125	3 905	595	2 984	2656	359
Leça da Palmeira	249,6	309,4	26717,60	910	910	0	0	125	140	351	2 264	156	15 768	2464	3 661	4562	421
Lousada	291,2	309,4	14196,00	400,4	0	0	0	260	169	349	4 951	118	4 343	1008	3 443	3140	367
Maia	0	0	17672,20	200,2	1092	0	0	137	51	114	2 528	8	3 568	762	1 961	2077	170
Marca de Canavezes	291,2	0	8372,00	254,8	254,8	0	0	130	179	65	2 062	17	3 869	337	2 243	2119	287
Paços de Ferreira	270,4	309,4	14196,00	418,6	1092	0	0	226	142	276	5 332	29	3 330	928	2 783	2305	502

Fonte- Elaboração própria

Pela análise da Tabela 5.11, verifica-se que das onze UCC classificadas como eficientes nos dois modelos, por exemplo a UCC 200 (Leça da Palmeira/ARS Norte) que apresenta nos sete *inputs* considerados, maior volume em três, HPN, HEnfTSDT e HTss. Relativamente às HM é a UCC 197 (Felgueiras/ARS Norte) que tem um maior volume, sendo de salientar que só existe HAO na UCC 52 (Albaiaz-Alvaiázere/ARS Centro) e nenhuma delas tem alocado Hmot.

No que se refere à atividade gerada por estas UCC, e de acordo com os resultados apresentados na Tabela 5.11, é a UCC 200 (Leça da Palmeira/ARS Norte) também apresenta maior volume nos *outputs*: CrJovNSE, CnP, CP, $\bar{X}D$ e DdÚtil. De referir que os três últimos *outputs*, se referem a atividades diretamente relacionadas com o conteúdo funcional deste tipo de unidade (cariz domiciliário), mais especificamente com o projeto ECCI. Podendo deduzir-se que nesta UCC (200- Leça da Palmeira/ARS Norte), provavelmente existe uma maior alocação dos perfis profissionais subjacentes aos *inputs* de maior volume (psicólogos, nutricionistas, enfermagem, TSDT e Tss) ao projeto ECCI.

No Modelo 2, pela análise da Tabela 5.12 podemos afirmar que a UCC 200 (Leça da Palmeira/ARS Norte) também apresenta na generalidade, o maior volume de *outputs*. Dos dezasseis *outputs* considerados, produz mais atividade em doze (MF, GStressPC, CDorPal, CSint, MposGRT, AObjAting, RUPsUP, sUP, MdepAutoc, sIH, CDor, Alta), todos eles também relacionados com o projeto ECCI.

Tabela 5. 12 - Dados de Inputs e Outputs das UCC eficientes no Modelo 2

Inputs e Outputs/UCC		Albaiz- Alvalázere	Terras da Ria- Murtosa	Cartaxo	Cinfães	Ermesinde	Felgueiras	Leça da Palmeira	Lousada	Maia	Marco de Canavezes	Paços de Ferreira
Inputs	HM	0	0	0	270.4	0	374.4	249.6	291.2	0	291.2	270.4
	HPN	0	18.2	0	0	0	109.2	309.4	309.4	0	0	309.4
	HEntTSDT	3694.60	5496.40	16380.00	7807.80	16580.20	16380.20	26717.60	14196.00	17672.20	8372.00	14196.00
	HTss	200.2	200.2	0	527.8		527.8	910	400.4	200.2	254.8	418.6
	HAT	218.4	109.2	1820	527.8	1820	782.6	910	0	1092	254.8	1092
	HAO	260	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hmat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Outputs	Gnat	0	0	39	44	121	123	91	120	33	121	103
	RNPesonor	0	3	64	57	126	154	92	125	48	124	107
	AExcGM	0	3	2	23	21	42	12	28	22	15	47
	MF	7	13	20	29	33	17	100	10	10	5	13
	GStressPC	4	3	0	0	0	9	25	8	5	0	24
	CDorPal	1	0	33	0	5	2	46	16	8	0	13
	CSint	0	0	1	0	0	0	17	9	5	0	4
	MposGRT	1	17	18	45	52	21	137	49	30	9	40
	AObjAtin	17	14	69	46	47	41	123	47	49	28	26
	RUPsUP	9	19	68	49	40	51	122	49	51	31	32
	UPmelh	6	14	21	24	7	24	16	89	25	1	44
	sUP	21	19	69	50	52	51	131	49	60	33	32
	MdepAutoc	7	11	42	44	40	38	90	34	20	24	31
	siH	21	18	76	49	53	50	133	49	60	34	32
	CDor	2	13	67	4	30	43	121	39	31	12	29
	Alta	21	19	80	54	58	54	135	50	67	37	35

Fonte- Elaboração própria

Pelos resultados agora analisados, parece existir uma relação positiva entre a maior produção dos *outputs* relacionados com o projeto ECCI, e os resultados de eficiência destas unidades. A pesquisa bibliográfica confirma que, o projeto ECCI é o que tem maior alocação de profissionais, conforme os resultados apresentados pelo GT-UCC (SNS, 2019) e apresentados na Tabela 2. 1.

5.4 Análise de eficiência por ARS

No âmbito da análise realizada, pareceu-nos importante perceber se existem diferenças significativas de desempenho entre as UCC pertencentes às cinco ARS, quer em termos do Modelo 1 quer do Modelo 2. Segundo a Tabela 5.13, que nos faculta uma perspetiva global da média de eficiência por ARS, é possível confirmar a ideia anterior (segundo a qual as UCC pertencentes à ARS Norte apresentam melhores resultados nos dois modelos).

No que diz respeito às UCC pertencentes à ARS Algarve, é possível constatar que estão entre as UCC com pior desempenho em termos de Acesso, no entanto, apresentam um desempenho comparativamente melhor, no que diz respeito à vertente de Gestão da Saúde e da Doença. Mais concretamente, as UCC pertencentes a esta ARS conseguem o pior resultado no Modelo 1, de entre as UCC das cinco

ARS (com um valor médio de 56,69%), obtêm, contudo, um resultado intermédio no que diz respeito ao Modelo 2 (com um valor médio de 70,54%).

Tabela 5. 13- Análise de resultados de eficiência (média) dos modelos Acesso e Gestão da Saúde e da Doença (apresentado por ARS)

ARS	Acesso	Gestão da Saúde e da Doença
Algarve	56,69%	70,54%
Alentejo	70,24%	62,47%
Centro	74,55%	66,07%
Lisboa e Vale do tejo	72,98%	72,69%
Norte	75,03%	77,83%

Fonte: Elaboração própria

Na sequência destes resultados, pareceu-nos importante perceber porque acontece este resultado no Modelo 1 com as UCC da ARS Algarve, de entre os resultados por ARS, este é aquele que demonstra ser o mais divergente. Na ARS Algarve, existem catorze UCC (todas ineficientes segundo o Modelo 1 e tendo o CRS como pressuposto), já sob o pressuposto VRS, existem três UCC eficientes (5-Faro, 6-Gentes de Loulé e 9-Olhar+). Estes resultados mais favoráveis do modelo VRS são compreensíveis, se nos ativermos às razões apontadas anteriormente, ou seja, com este pressuposto, as UCC são comparadas apenas com unidades de dimensão semelhante (Tabela 5.14).

Tabela 5. 14- Resultados das UCC da ARS Algarve para o Modelo 1, em termos de ET, ETP, EE e benchmarks

UCC	Taxa ET	Taxa de Eficiência Técnica Pura	Taxa de Eficiência de Escala	Benchmarks
1-UCC Al-Buhera	36,99%	49,68%	74,45%	18 (0,34) 37 (0,68) 40 (0,59) 120 (0,19) 183 (0,57) 235 (0,10) $\Sigma\lambda = 2.47$
2-UCC Al-Portellus	53,71%	68,06%	78,91%	18 (0,55) 32 (0,67) 52 (0,17) 226 (0,46) 235 (0,44) $\Sigma\lambda = 2.29$
3-UCC D'Alagoa	34,05%	47,25%	72,06%	18 (0,26) 33 (0,53) 201 (0,81) 235 (0,26) $\Sigma\lambda = 2.2$
4-UCC Dunas	55,74%	83,07%	67,09%	34 (0,23) 109 (0,27) 214 (1,53) $\Sigma\lambda = 1.73$
5-UCC Faro	73,92%	100%	73,92%	18 (0,61) 33 (0,12) 120 (1,33) 201 (0,09) 236 (0,42) $\Sigma\lambda = 2.57$
6-UCC Gentes de Loulé	78,95%	100%	78,95%	37 (2,36) 52 (1,17) 120 (1,20) 183 (0,04) $\Sigma\lambda = 4.77$
7-UCC Infante	60,12%	65,95%	91,15%	18 (0,38) 40 (0,11) 120 (0,11) 205 (0,37) 235 (0,56) $\Sigma\lambda = 1.53$
8-UCC Mons Cicus	32,16%	32,19%	99,92%	18 (0,04) 19 (0,02) 32 (0,39) 33 (0,09) 40 (0,03) 120 (0,01) 183 (0,14) 235 (0,31) $\Sigma\lambda = 1.03$
9-UCC Olhar Mais	92,54%	100%	92,54%	18 (0,60) 120 (0,23) 145 (0,16) 183 (1,31) 235 (0,40) $\Sigma\lambda = 2.7$
10-UCC Ribat	32,51%	32,51%	99,98%	18 (0,07) 34 (0,16) 40 (0,50) 201 (0,20) 235 (0,07) $\Sigma\lambda = 1$
11-UCC Rio Arade	54,12%	77,45%	69,88%	18 (0,99) 33 (0,56) 145 (0,07) 183 (1,33) 235 (0,28) 236 (0,01) $\Sigma\lambda = 3.24$
12-UCC Santo António de Arenilha	77,01%	86,12%	89,42%	18 (0,42) 120 (0,77) 145 (0,35) $\Sigma\lambda = 1.54$
13-UCC Talábriga	70,07%	86,84%	80,70%	18 (0,42) 120 (0,77) 145 (0,35) $\Sigma\lambda = 1.54$
14-UCC Vicentina	41,78%	43,26%	96,59%	18 (0,20) 32 (0,27) 40 (0,06) 183 (0,08) 235 (0,15) $\Sigma\lambda = 0.76$

Fonte: Elaboração própria

Como se pode observar na tabela anterior, existem diferenças consideráveis, quanto à eficiência técnica entre as várias UCC, apenas três UCC (6-Gentes de Loulé, 9-Olhar+ e 12-Santo António de Arenilha) apresentam resultados de taxa de ET acima da média (72,64%). Não obstante os resultados destas três UCC se

situarem acima da média, sugerem, ainda assim, um potencial de melhoria, ao nível do Acesso aos serviços.

As UCC com os piores resultados relativamente à eficiência técnica são as UCC: 1 (Al-Bhuera); 2 (D'Alagoa); 8 (Mons Circus); 10 (Ribat), com 36,99%, 47,25%, 32,16% e 32,51%, respetivamente.

Os fatores subjacentes ao fraco desempenho destas quatro UCC parecem, no entanto, ser muito diferentes, se repararmos com mais atenção, as UCC: 1 (Al-Bhuera), 2 (D'Alagoa) apresentam taxas de eficiência de escala de 74,45% e 72,06%, respetivamente, indiciando que a sua dimensão poderá ser (pelo menos, parcialmente) um fator justificativo dos seus problemas de desempenho.

O facto de o somatório dos lambdas associado às UCC que lhes servem de *benchmark* ser superior a 1 indica que, quanto ao acesso, os serviços das UCC: 1 (Al-Bhuera) e 2 (D'Alagoa) poderão estar a ser prejudicados pelo facto de as mesmas serem unidades de grande dimensão. Já as UCC: 8 (Mons Circus) e 10 (Ribat) apresentam resultados de eficiência de escala muito próximos de 100%, sugerindo que a sua ineficiência em termos de Acesso é causada essencialmente por problemas de gestão.

No caso da UCC 14 (Vicentina), esta unidade apresenta uma taxa de ETP de 43,26% e uma taxa de EE de 96,59%, com um valor inferior a 1 relativamente ao somatório dos lambdas associado às UCC que lhe servem de *benchmark*, estes resultados sugerem que esta UCC tem problemas de gestão e problemas de escala, sendo que os primeiros são claramente predominantes.

Em suma, os resultados obtidos sugerem que todas as UCC da ARS Algarve deveriam estar a apresentar melhores resultados ao nível do Acesso (dado os recursos disponíveis), o problema parece estar em parte associado a questões de gestão, à exceção das UCC: 5-Faro; 6-Gentes de Loulé; 9-Olhar+, que conseguem ser eficientes tendo o VRS como pressuposto. No caso particular destas três UCC, a causa da sua ineficiência parece ser facilmente compreensível, já que as mesmas não estão a operar numa escala ideal (sendo todas elas de dimensão demasiado grande).

Existem três aspetos que podem ser fundamentais para justificar parte destes resultados, em primeiro lugar, a questão já referida anteriormente dos sistemas de informação e registo clínico, onde a ARS Algarve é a que está mais insatisfeita com

este aspeto e indica como necessidade: Formação; Parametrização; Acesso às comunidades, por todos os perfis profissionais (SNS, 2019).

Em segundo lugar, a participação de vários perfis profissionais em alguns projetos da carteira de serviços das UCC, o que pressupõe uma atuação junto de comunidades às quais não têm acesso para efeitos de registo, dado tratar-se de um exclusivo da enfermagem, por isso, alguma atuação pode não transparecer nos resultados obtidos, por falta de registos.

Em terceiro lugar, estas UCC podem estar a ser prejudicadas por existir uma particularidade regional e específica da ARS Algarve: o Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil (GASMI). Este projeto consome horas dos seguintes *inputs*: HM, HPN, HEnfTSDT, HTss e HAT. Essas horas não são contabilizadas nos seus resultados, uma vez que não existem indicadores de atividade associados a este projeto, ou seja, às UCC da ARS Algarve, são contabilizadas horas nos *inputs* referidos e que são canalizadas para este projeto específico (sem que posteriormente sejam contabilizados os *outputs* correspondentes). É importante realçar que esta situação se alterou, no decorrer do ano de 2019, dado que o projeto GASMI passou para a alçada da URAP e que, no ano contratual de 2020, as horas dos vários perfis profissionais deixaram de estar adstritas às UCC para ficarem alocadas à URAP, por este motivo, pode ser interessante proceder, em estudos futuros, à comparação da eficiência das UCC em anos posteriores a 2019.

5.5 *Targets* ou valores alvo a atingir

Uma vantagem importante da técnica de DEA é o facto de permitir estabelecer *targets* que as unidades ineficientes devem procurar alcançar. Para o cálculo de cada *target* é necessário fazer uma soma ponderada do valor de *input* ou *output* das *benchmarks* multiplicado pelo respetivo coeficiente lambda.

As Tabelas 5.15 e 5.16, ilustram os valores ideais que cada uma das UCC pertencentes à ARS Algarve deveriam apresentar para as variáveis de *input* e *output* relacionadas com o Acesso (Modelo 1), respetivamente. O objetivo é o de poderem ser consideradas eficientes, tendo por referência os dados de 2019.

Dado que os modelos utilizados procuraram maximizar os *outputs*, os dados da Tabela 5. 15, sugerem que os *inputs* que apresentam maiores folgas (e que, como

tal, são passíveis de diminuir) são, por ordem decrescente de valor, as horas dos: AO, AT, PN, Tss e as médicas. Já no caso das horas de enfermagem e de TSDT, os resultados apontam para a necessidade de um reforço, ou seja, os resultados parecem sugerir a necessidade de uma redistribuição mais eficiente das horas por perfil profissional.

Tabela 5. 15- *Targets* para os *Inputs* no Modelo 1 relativos à ARS Algarve

UCC\Inputs		HM	HPN	HEnfTSDT	HTss	HAT	HAO	Hmot
Al-Bhuera	Target	665,6	530,33	21418,82	671,95	2351,96	1592,83	0
	Valor atual	665,6	2657,2	19292,00	1346,8	3640	3640	0
Al-Portellus	Target	228,80	584,10	19008,92	369,82	2297,64	1267,70	0
	Valor atual	228,8	564,2	18928,00	728	3276	5460	0
D'Alagoa	Target	347,66	580,65	18371,48	521,64	736,42	0	0
	Valor atual	1081,6	982,8	17235,40	1037,4	1820	0	0
Dunas	Target	471,68	813,14	26355,93	932,59	1787,79	2000,40	0
	Valor atual	624	1874,6	25139,40	1201,2	1820	1820	0
Faro	Target	345,03	506,09	31292,77	403,08	1878,59	2425,55	0
	Valor atual	1040	1456	29647,80	1820	5460	7280	0
Gentes de Loulé	Target	990,89	1286,92	42993,44	1112,64	4565,73	6778,27	0
	Valor atual	1227,2	3894,8	40149,20	2256,8	3640	9100	0
Infante	Target	249,60	179,87	14070,71	233,27	1324,29	194,87	0
	Valor atual	249,6	618,8	13631,80	1037,4	1820	7280	0
Mons Circus	Target	96,73	215,27	7389,13	185,46	442,45	722,87	0
	Valor atual	312	0	7389,20	1092	1820	1820	0
Olhar +	Target	540,80	307,55	26573,90	1137,51	2633,06	411,19	285
	Valor atual	540,8	2038,4	24843,00	1820	5460	10920	0
Ribat	Target	203,66	157,97	8067,54	137,04	296,56	0	0
	Valor atual	457,6	200,2	7771,40	455	254,8	0	0
Rio Arade	Target	703,75	729,82	26462,77	1280,31	2953,46	0	133,3
	Valor atual	1040	364	26462,80	1456	3640	5460	0
Santo António de Arenilha	Target	130,64	259,79	22918,57	662,98	1527,93	1407,32	638,2
	Valor atual	312	728	22932,00	0	1820	7280	0
Talabriga	Target	324,82	389,64	24601,83	430,04	1642,26	2126,74	0
	Valor atual	436,8	1747,2	23132,20	728	1547	8736	0
Vicentina	Target	119,94	203,85	5911,09	170,53	568,45	495,53	0
	Valor atual	374,4	0	5860,40	364	400,4	3640	0
Média Target		387,11	481,78	21102,64	589,21	1786,19	1387,38	75,46
Média Valores atuais		613,6	1223,3	20172,47	1095,9	2601,3	5174	0
Diferença		-226,49	-741,52	930,7	-506,48	-815,11	-3786,62	75,46

Fonte: Elaboração própria

No que respeita aos *outputs*, os resultados apresentados na Tabela 5.16 sugerem um potencial significativo para melhoria em todos os *outputs*. Os *outputs* relacionados com as CnP, DdÚtil, $\bar{X}D$ e CrJov são os que mais podem aumentar, para que as UCC da ARS Algarve venham a alcançar a eficiência em termos de Acesso.

Tabela 5. 16- *Targets* para *outputs* no Modelo 1 relativos à ARS Algarve

UCC _{outputs}		T	G	As DPCO	CrJov	CrJovNSE	CnP	CP	\bar{X} D	DdÚtil	DFFS	C48H
Al-Bhuera	Target	125,03	58,15	130,44	2438,48	129,8	9150,96	1811,29	5524,03	5798,82	1227,36	89,21
	Valor atual	22	2	30	902	1	3 092	670	1 696	2145	454	33
Al-Portellus	Target	111,84	160,16	210,93	3996,85	54,83	10877,39	1629,14	5 185	4431,18	1234,22	78
	Valor atual	29	52	84	1 630	13	5 974	211	1 789	2380	596	42
D'Alagoa	Target	245,74	180,23	383,35	5231,04	223,27	7359,62	2273,35	4336,47	531,28	654,98	65,32
	Valor atual	65	35	113	1 781	41	2 311	774	536	1099	223	21
Dunas	Target	360,76	220,79	465,64	9166,74	49,89	8237,32	2,36	4663,54	3969,86	805,4	59,59
	Valor atual	175	6	176	5 109	23	4 591	1116	1 547	1659	437	21
Faro	Target	226,33	136,69	181,81	2537,31	225,91	12438,54	1181,08	714	6826,07	1186,73	146
	Valor atual	82	121	75	774	167	7 846	1290	3 304	5046	806	108
Gentes de Loulé	Target	197,11	2,53	116,47	1423,66	144,59	16401,19	2896,23	11 679	11726,2	2362,23	181
	Valor atual	118	2	60	1 124	21	12 808	1297	5 890	9258	1454	143
Infante	Target	109,45	148,04	159,72	2917,17	53,7	6412,68	1179,28	1 397	1133,33	218,01	24
	Valor atual	31	89	96	1 571	3	3 554	538	1 752	2091	176	35
Mons Circus	Target	58,15	50,1	111,06	1305,88	15,55	3957,56	939	2 153	951,85	145,5	22
	Valor atual	19	1	32	420	5	1 273	302	528	492	0	11
Olhar+	Target	217,94	172,45	315,09	5716,6	123,44	9535,97	1372,35	6 585	5546,94	933,68	146
	Valor atual	156	158	259	5 290	95	7 210	1238	3 788	5133	864	135
Ribat	Target	69,88	44,41	104,75	1433,57	37,34	3790,04	1196,67	1 832	2088,83	358,42	23
	Valor atual	23	3	24	466	1	1 232	389	336	679	13	6
Rio Arade	Target	211,51	162,68	320,78	5867,17	125,64	11709,68	2059,12	6 541	5607,29	1167,94	133
	Valor atual	114	31	123	2 892	68	3 743	1264	2 549	2259	632	72
Santo António de Arenilha	Target	131,39	44,88	213,61	2237,34	128,36	7817,57	911,87	549	4563,12	790,82	126
	Valor atual	24	30	47	871	25	5 064	682	2 761	3514	609	96
Talabriga	Target	155,41	30,03	144,14	3337,51	171,48	10413,81	924	7 261	5979,77	1169,32	118
	Valor atual	28	22	101	994	43	6 566	335	2 622	4190	803	83
Vicentina	Target	42,86	38,9	74,5	983,1	21,3	3456,35	567,28	1 619	1409,83	349,44	26
	Valor atual	13	7	31	401	1	1 444	237	320	589	0	11
Média Target		161,67	103,57	209,45	3470,89	107,51	8682,76	1353,07	4 289	4326,03	900,29	88
Média Valor atual		64	40	89	1 730	36	4 765	738,79	2 101	2895,29	504,79	58
Diferença		97,7	63,57	120,45	1740	71,51	3197,76	614,28	2188	1430,74	395,5	30

Fonte: Elaboração Própria

5.6 Análise da correlação entre os resultados e algumas variáveis externas/ambientais

No sentido de verificar até que ponto a densidade populacional e as características demográficas da população, identificadas no subcapítulo 4.3.1, influenciam os níveis de desempenho das UCC, realizámos uma análise de correlação. Utilizou-se para tal o índice de correlação de Pearson e o de Spearman, tendo-se obtido os resultados documentados nas Tabelas 5.17 e 5.18.

Em particular, procurámos avaliar em que medida as seguintes variáveis se relacionam com os níveis de eficiência técnica e de eficiência técnica pura (quer ao nível do Acesso quer ao nível da Gestão da Saúde e da Doença): População total abrangida pela UCC; densidade populacional; crianças com menos de 1 ano de vida; proporção da população abrangida com 6 anos ou menos; proporção da população abrangida entre os 7 e os 64 anos; proporção da população abrangida entre os 65 e os 74 anos; proporção da população abrangida com mais de 75 anos.

Tabela 5. 17- Resultados da Análise de Correlação com o coeficiente de Pearson

		Correlations										
		CRS_Mod1	VRS_Mod1	CRS_Mod2	VRS_Mod2	Pop_Abr	Dens_Pop	Criançasmenos1	Per_Pop_Menos6	Per_Pop_7e64	Per_Pop_65e74	Per_Pop_Mais75
CRS_Mod1	Pearson Correlation	1	,902**	,532**	,508**	,073	-,009	,054	-,023	,116	-,067	-,106
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,269	,894	,415	,729	,077	,308	,107
	N	234	234	223	223	234	226	234	234	234	234	234
VRS_Mod1	Pearson Correlation	,902**	1	,508**	,564**	,210**	,094	,198**	,088	,145*	-,120	-,140*
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,001	,159	,002	,182	,027	,067	,032
	N	234	234	223	223	234	226	234	234	234	234	234
CRS_Mod2	Pearson Correlation	,532**	,508**	1	,915**	,145*	,087	,129	,071	,219**	-,146*	-,230**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,029	,201	,051	,286	,001	,028	,000
	N	223	223	227	227	227	219	227	227	227	227	227
VRS_Mod2	Pearson Correlation	,508**	,564**	,915**	1	,127	,119	,116	,043	,127	-,093	-,133*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,055	,079	,080	,523	,056	,164	,045
	N	223	223	227	227	227	219	227	227	227	227	227
Pop_Abr	Pearson Correlation	,073	,210**	,145*	,127	1	,454**	,983**	,569**	,511**	-,370**	-,566**
	Sig. (2-tailed)	,269	,001	,029	,055		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	234	234	227	227	242	233	242	242	242	242	242
Dens_Pop	Pearson Correlation	-,009	,094	,087	,119	,454**	1	,437**	,396**	,132*	-,067	-,214**
	Sig. (2-tailed)	,894	,159	,201	,079	,000		,000	,000	,045	,308	,001
	N	226	226	219	219	233	233	233	233	233	233	233
Criançasmenos1	Pearson Correlation	,054	,198**	,129	,116	,983**	,437**	1	,637**	,515**	-,398**	-,575**
	Sig. (2-tailed)	,415	,002	,051	,080	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	234	234	227	227	242	233	242	242	242	242	242
Per_Pop_Menos6	Pearson Correlation	-,023	,088	,071	,043	,569**	,396**	,637**	1	,630**	-,643**	-,703**
	Sig. (2-tailed)	,729	,182	,286	,523	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	234	234	227	227	242	233	242	242	242	242	242
Per_Pop_7e64	Pearson Correlation	,116	,145*	,219**	,127	,511**	,132*	,515**	,630**	1	-,822**	-,962**
	Sig. (2-tailed)	,077	,027	,001	,056	,000	,045	,000	,000		,000	,000
	N	234	234	227	227	242	233	242	242	242	242	242
Per_Pop_65e74	Pearson Correlation	-,067	-,120	-,146*	-,093	-,370**	-,067	-,398**	-,643**	-,822**	1	,707**
	Sig. (2-tailed)	,308	,067	,028	,164	,000	,308	,000	,000	,000		,000
	N	234	234	227	227	242	233	242	242	242	242	242
Per_Pop_Mais75	Pearson Correlation	-,106	-,140*	-,230**	-,133*	-,566**	-,214**	-,575**	-,703**	-,962**	,707**	1
	Sig. (2-tailed)	,107	,032	,000	,045	,000	,001	,000	,000	,000	,000	
	N	234	234	227	227	242	233	242	242	242	242	242

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 5. 18- Resultados da Análise de Correlação com o Coeficiente de Spearman

		Correlations											
		CRS_Mod1	VRS_Mod1	CRS_Mod2	VRS_Mod2	Pop_Abr	Dens_Pop	Criancasmen os1	Per_Pop_Me nos6	Per_Pop_7e6 4	Per_Pop_65e 74	Per_Pop_Mai s75	
Spearman's rho	CRS_Mod1	Correlation Coefficient	1,000	,886**	,532**	,512**	,115	,113	,110	-,005	,112	-,058	-,107
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000	,079	,090	,094	,937	,087	,379	,101
		N	234	234	223	223	234	226	234	234	234	234	234
VRS_Mod1		Correlation Coefficient	,886**	1,000	,484**	,554**	,200**	,167*	,198**	,086	,144*	-,114	-,146*
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000	,002	,012	,002	,192	,027	,082	,026
		N	234	234	223	223	234	226	234	234	234	234	234
CRS_Mod2		Correlation Coefficient	,532**	,484**	1,000	,907**	,198**	,213**	,189**	,092	,206**	-,128	-,225**
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000	,003	,002	,004	,168	,002	,054	,001
		N	223	223	227	227	227	219	227	227	227	227	227
VRS_Mod2		Correlation Coefficient	,512**	,554**	,907**	1,000	,109	,159**	,100	,048	,116	-,065	-,139*
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.	,101	,018	,132	,476	,081	,332	,036
		N	223	223	227	227	227	219	227	227	227	227	227
Pop_Abr		Correlation Coefficient	,115	,200**	,198**	,109	1,000	,773**	,982**	,609**	,662**	-,455**	-,719**
		Sig. (2-tailed)	,079	,002	,003	,101	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000
		N	234	234	227	227	242	233	242	242	242	242	242
Dens_Pop		Correlation Coefficient	,113	,167*	,213**	,159*	,773**	1,000	,780**	,573**	,647**	-,389**	-,722**
		Sig. (2-tailed)	,090	,012	,002	,018	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000
		N	226	226	219	219	233	233	233	233	233	233	233
Criancasmenos1		Correlation Coefficient	,110	,198**	,189**	,100	,982**	,780**	1,000	,697**	,699**	-,515**	-,758**
		Sig. (2-tailed)	,084	,002	,004	,132	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000
		N	234	234	227	227	242	233	242	242	242	242	242
Per_Pop_Menos6		Correlation Coefficient	-,005	,086	,092	,048	,609**	,573**	,697**	1,000	,614**	-,646**	-,688**
		Sig. (2-tailed)	,937	,192	,168	,476	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000
		N	234	234	227	227	242	233	242	242	242	242	242
Per_Pop_7e64		Correlation Coefficient	,112	,144*	,206**	,116	,662**	,647**	,699**	,614**	1,000	-,830**	-,958**
		Sig. (2-tailed)	,087	,027	,002	,081	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000
		N	234	234	227	227	242	233	242	242	242	242	242
Per_Pop_65e74		Correlation Coefficient	-,058	-,114	-,128	-,065	-,455**	-,389**	-,515**	-,646**	-,830**	1,000	,720**
		Sig. (2-tailed)	,379	,082	,054	,332	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000
		N	234	234	227	227	242	233	242	242	242	242	242
Per_Pop_Mais75		Correlation Coefficient	-,107	-,146*	-,225**	-,139*	-,719**	-,722**	-,758**	-,688**	-,958**	,720**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,101	,026	,001	,036	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.
		N	234	234	227	227	242	233	242	242	242	242	242

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Como se pode constatar pela análise das tabelas anteriores, quer o coeficiente de Pearson quer o coeficiente de Spearman indicam que (ao nível do Acesso) a população abrangida pelas UCC se relaciona positivamente com a eficiência técnica destas unidades. Estes resultados parecem sugerir que, quanto maior for a população abrangida pelas UCC, maior será a tendência para que se registre (em termos de Acesso) um nível qualitativo superior, relativamente aos serviços prestados. Como tal, o desempenho das UCC resultará igualmente melhorado.

No que diz respeito à variável relativa à densidade populacional, os valores são inconclusivos, dado que a correlação desta variável apresenta sinais contrários, quando contrastamos o coeficiente de Pearson com o de Spearman. De assinalar, no entanto, que nenhuma destas correlações é estatisticamente significativa.

No que diz respeito à eficiência técnica pura (ou seja, à denominada eficiência de gestão), a correlação entre a população abrangida e a taxa de eficiência é também positiva, e neste caso, estatisticamente significativa.

Também ao nível do acesso, quer o coeficiente de correlação de Pearson quer o de Spearman indicam que, quanto maior for a proporção populacional abrangida nas faixas etárias de menores de 6 anos e de maiores de 65 anos, menor tende a ser o nível de desempenho das UCC, no entanto, o facto de se registar a existência de proporções mais

elevadas de população abrangida na faixa etária dos 7 aos 64 anos parece refletir-se positivamente no desempenho das UCC. De realçar, no entanto, que nenhuma das correlações observadas é estatisticamente significativa.

No caso da Gestão da Saúde e da Doença, os resultados do coeficiente de correlação de Pearson e de Spearman parecem sugerir que as variáveis anteriores são particularmente relevantes para explicar a eficiência técnica, mas não tanto a eficiência técnica pura.

Mais especificamente, os resultados sugerem que as UCC que servem populações mais jovens (64 ou menos anos) tendem a apresentar resultados de nível superior ao daquelas que servem populações mais idosas (65 ou mais anos). Neste caso, os resultados relativos aos estratos etários de 7 a 64 anos e de mais de 75 anos apresentam coeficientes estatisticamente significativos (com um nível de relevância de 1%).

Embora estes resultados permitam perceber um pouco melhor o impacto de algumas variáveis externas/ambientais no desempenho das UCC, sugere-se que, em investigações futuras, se explore também o impacto exercido por outros fatores.

6. CONCLUSÃO, LIMITAÇÕES E TRABALHO FUTURO

A avaliação do desempenho das pessoas e organizações é essencial para uma efetiva alocação dos recursos humanos e serve para suportar os gestores, na sua tomada de decisão. Com a recorrente escassez de recursos humanos de que o SNS padece, é ainda mais premente esta avaliação.

O estudo que aqui apresentamos dá um contributo particularmente importante para esta área do conhecimento, dada a ausência de estudos de eficiência relativos às UCC. Tratam-se de unidades funcionais relativamente recentes e ainda com pouca visibilidade (em relação às restantes unidades que integram os centros de saúde). Neste sentido, é importante perceber quais as estratégias a adotar (rumo à promoção de uma melhoria contínua), bem como apoiar os gestores na tomada de decisão e no planeamento.

Desta forma, este estudo teve como objetivo principal avaliar a eficiência e a efetividade das UCC a nível nacional (fê-lo recorrendo à técnica de DEA). Para além disso, o estudo visa também identificar um grupo de UCC que possam ser úteis para efeitos de *benchmarking* (e com as quais as UCC ineficientes possam aprender boas práticas).

Em termos de eficiência, das duzentas e trinta e três UCC que constituíram a amostra no Modelo 1 (relativo ao Acesso), foram identificadas quarenta e sete UCC eficientes sob o pressuposto CRS, e oitenta e três sob o pressuposto VRS. Isto corresponde a aproximadamente 20,17% e 35,62%, respetivamente, das UCC avaliadas.

No Modelo 2, relativo a atividades relacionadas com a Gestão da Saúde e da Doença, das duzentas e vinte e seis UCC que constituíram a amostra, foram identificadas cinquenta e uma UCC tecnicamente eficientes (aproximadamente 22,57% da amostra). Já tendo o VRS como pressuposto, existem setenta e seis UCC que estão a ser bem geridas (cerca de 33,63% da amostra).

Em suma, é baixa a percentagem de UCC identificadas como estando nas respetivas fronteiras de boas práticas (em todas as dimensões avaliadas). Isso aponta para uma margem de manobra alargada, no sentido de melhorar a eficiência e a efetividade destas unidades funcionais, a nível nacional.

Em ambos os modelos, e tendo o CRS e o VRS como pressupostos, foram identificadas algumas UCC eficientes, que não servem, todavia, de *benchmark* a qualquer das UCC. O que aqui parece estar sugerido é a possibilidade de, ao nível das UCC, poderem existir unidades dotadas de especificidades próprias (o que faz com que não sirvam como modelos de aprendizagem para as restantes).

A análise pormenorizada das UCC com pior classificação nos dois modelos - a 157 (Vila Franca de Xira/ARS LVT), no Modelo 1, e a 66 (Celas/ARS Alentejo), no Modelo 2 - demonstrou que ambas apresentam problemas de gestão e de dimensão. A primeira, por ser de dimensão demasiado grande, podendo beneficiar de uma eventual divisão. Já no caso da segunda, o problema é ser de pequena dimensão.

Um outro resultado encontrado que não constituiu surpresa foi o facto de a ARS Norte apresentar um maior número de UCC eficientes no Modelo 1 e 2 (e sob ambos os pressupostos). Das onze UCC simultaneamente eficientes nos dois modelos, oito delas pertencem à ARS Norte, esta ARS também apresenta o maior número de UCC classificadas como *benchmarks* mais robustas. É provável que isto aconteça porque, em matéria de aplicativos informáticos para os registos clínicos e segundo o relatório do GT-UCC (SNS, 2019), esta ARS parece estar melhor organizada (com processos de parametrização e formação bem implantados).

A título de curiosidade, procedeu-se à análise das onze UCC classificadas como eficientes em ambos os modelos, e verificou-se, por exemplo, para a UCC 200 (Leça da Palmeira/ARS Norte) a existência de uma relação positiva entre o maior volume de *outputs* relacionados com o projeto ECCI (Modelo 1: CP; $\bar{X}D$; DdÚtil – Modelo 2: MF, GStressPC, CDorPal, CSint, MposGRT, AObjAting, RUPsUP, sUP, MdepAutoc, sIH, CDor, Alta) e os resultados de eficiência obtidos por esta UCC. Para a produção do seu volume de *outputs* nos dois modelos, esta UCC apresenta o maior volume (entre as onze UCC) dos inputs: HPN; HEnfTSDT; HTss.

Nos resultados comparativos por ARS (em termos de eficiência geral), confirmaram-se os bons resultados da ARS Norte, já no que respeita aos piores resultados, existe um que se evidencia (alcançado pela ARS Algarve, na vertente do Acesso dos utentes aos cuidados).

Muito provavelmente, este resultado da ARS Algarve está associado à falta de organização e de sistematização (em termos de aplicativos informáticos de

registos clínicos), às dificuldades sentidas no âmbito da formação dos profissionais e da parametrização (SNS, 2019), bem como ao deficiente Acesso às comunidades - questão apontada por profissionais de determinados perfis profissionais (TSDT, TSS e TS), que participam ativamente em projetos como a SE e cursos de preparação para a parentalidade. Estes projetos funcionam junto das comunidades de alunos e de grávidas, mas não se traduzem em resultados (devido à falta de registos).

Existe ainda a influência do projeto regional GASMI, que aumenta o volume de horas alocadas às UCC pertencentes à ARS Algarve (nomeadamente nos *inputs* HM, HPN, HTss e HAT), sem que se verifique a respetiva contrapartida ao nível dos *outputs*. O motivo reside no facto de estarmos em presença de um projeto que não apresenta indicadores de atividade (e que, como tal, não tem expressividade nos resultados das UCC).

Com o recurso ao cálculo dos *targets*, foi possível apurar que os *inputs* que mais deveriam progredir são HEnfTSDT, e os que mais deveriam regredir são HAO, HAT, HPN, HTSS e as HM. Isto vem corroborar a conclusão anterior, relativa à especificidade regional da ARS Algarve (com o projeto GASMI).

No Modelo 1, o cálculo dos *targets* para os *outputs* das UCC da ARS Algarve permitiu, por sua vez, concluir que as UCC (com os recursos disponíveis para se tornarem eficientes quanto ao Acesso aos cuidados) deveriam aumentar significativamente os *outputs* relativos às consultas presenciais, às consultas o domicílio, às intervenções junto de crianças e jovens e às visitas domiciliárias em dias úteis.

Alertamos, no entanto, para o facto de que as conclusões retiradas quanto às UCC pertencentes à ARS Algarve podem ser diferentes, em anos subsequentes. Isto porque, em 2019, o projeto GASMI passou para a alçada da URAP e, como tal, o número de horas alocadas às UCC deverá então diminuir, nesse sentido, julgamos dever salientar a importância de se proceder a estudos futuros que procurem avaliar o impacto desta alteração no nível da eficiência das UCC da região do Algarve.

Esses estudos deverão também procurar incluir na sua análise outros aspetos relacionados com a qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente, deverão contemplar informação relativa à satisfação dos utentes, dos prestadores de cuidados e dos profissionais (cuja motivação pode ter influência nos resultados de eficiência).

O recurso a questionários já validados para a realidade portuguesa poderá permitir recolher esta informação.

No sentido de perceber o impacto de algumas variáveis externas/ambientais nos resultados das UCC, desenvolvemos também uma análise de correlação, que nos permitiu concluir o seguinte: as UCC que servem populações mais jovens (64 ou menos anos) tendem a apresentar níveis de efetividade mais elevados do que aquelas que servem populações mais idosas (65 ou mais anos). Estudos futuros deverão, no entanto, explorar o impacto exercido por outros fatores externos/ambientais em contexto do desempenho das UCC.

A título de síntese, gostaríamos de realçar que não se procurou, com este estudo, estabelecer um *ranking* entre as UCC, mas antes identificar as melhores práticas, dando assim um modesto contributo para o desenvolvimento de estratégias conducentes a um incremento da eficiência/efetividade das UCC a operar em território nacional. Entre estas estratégias, há que referir o estabelecimento de redes de aprendizagem entre as UCC: as que se destacam pelo seu bom desempenho, e aquelas que apresentam potencial significativo de melhoria, bem como entre ARS. Essas mesmas redes de aprendizagem podem concretizar-se, por exemplo, em estágios, reuniões periódicas entre coordenadores de unidade e em ações de formação realizadas pela ARS Norte, juntamente com as restantes ARS (no que respeita a aplicativos informáticos de registo clínico).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amado, C. & Dyson, R. (2008) On comparing the performance of primary care providers, *European Journal of Operational Research*, 185, 915-932.

Amado, C. & Dyson, R. (2009) Exploring the use of DEA for formative evaluation in primary diabetes care: An application to compare English practices, *Journal of the Operational Research Society*, 60, 1469-1482.

Amado, C. & Santos, S. (2009) Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: The case of the Portuguese health centres, *Health Policy*, 91, 43-56.

Banker, R. & Chang H. (2006) The super-efficiency procedure for outlier identification, not for ranking efficient units, *European Journal of Operation Research*, 175, 1311-1320.

Banker, R., Charnes, A. & Cooper, W. (1984) Some Models for Estimating Technical and scale inefficiencies in Data Envelopment Analysis, *Management Science*, 30 (9), 1078- 1092.

Banker, R., Charnes, A., Cooper, W., Swarts, J. & Thomas, D. (1989) An introduction to Data Envelopment Analysis with some models and their uses, *Research in Governmental and Non-profit Accounting*, 5, 125-163.

Biscaia, A. & Heleno, L. (2017) A reforma dos Cuidados Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora, *Ciências e Saúde Coletiva*, 22(3), 701-711.

Branco, A. & Ramos, V. (2001) Cuidados de Saúde Primários em Portugal, *Revista de Saúde Pública*, 2, 5- 12.

Burgess, J. & Wilson, P. (1998) Variation in inefficiency among US Hospitals, *Canadian Journal of Operational Research, and Information Processing (INFOR)*, 36 (3), 84-102.

Charnes, A., Cooper, W. (1980) Auditing and accounting for program efficiency and management efficiency in not-for-profit entities, *Accounting Organizations and Society*, 5 (1), 87-107.

Charnes, A., Cooper, W. & Rhodes, E. (1978) Measuring the efficiency of decision-making units, *European Journal of Operational Research*, 2, 429-444.

Cariço, A. (2012) *Eficiência dos Agrupamentos de Centros de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo - Uma abordagem por Data Envelopment Analysis*, Tese de mestrado, Instituto Superior Técnico.

Cordero-Ferrera, J., Cebada, E. & Zamorano, L. (2014) The effect of quality and socio-demographic variables on efficiency measures in primary healthcare, *The European Journal of Health Economics*, 15, 289-302.

- Cordero-Ferrera, J., Pedraja-Chaparro, F. & Salinas-Jimenez, J. (2008) Measuring efficiency in education: an analysis of different approaches for incorporating non-discretionary inputs, *Applied Economics*, 40, 1323-1339.
- Daraio, C. & Simar, L. (2005) Introducing environmental variables in Nonparametric Frontier Models: A probabilistic Approach, *Journal of Productivity Analysis*, 24, 93-121.
- Dyson, R. & Thanassoulis, E. (1988) Reducing weight flexibility in Data Envelopment Analysis, *Journal of the Operational Research Society*, 39(6), 563-576.
- Draper, D., Solti, I. & Ozcan, A. (2000) Characteristics of health maintenance Organizations and their influence on efficiency, *Health Services Management Research*, 13, 40-56.
- Escoval, A. (2009) O Processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005), *Revista de Saúde Pública*, 9, 7-24.
- Farrel, M. (1957) The Measurement of Productive Efficiency, *Journal of the Royal Statistical Society*, 20 (3), 253-290.
- Ferreira, C., Marques, R. & Nicola, P. (2013) On evaluation health centres groups in Lisbon and Tagus Valley: efficiency, equity, and quality, *Health Services Research*, 13 (529), 1-17.
- Fried, H., Lovell, C., Schmidt, S. & Yaisawarng, S. (2002) Accounting for environmental effects and statistical noise in Data Envelopment Analysis, *Journal of Productivity Analysis*, 17, 157-174.
- Garcia F., Marcuello, C., Serrano, D. & Urbina, O. (1999) Evaluation of Efficiency in Primary Health Care Centres: An application of Data Envelopment Analysis, *Financial Accountability and Management*, 15(1), 67-83.
- Goñi, S. (1999) An Analysis of the effectiveness of Spanish primary health care teams, *Health Policy*, 48, 107-117.
- Hollingsworth, B. & Smith, P. (2003) Use of ratios in Data Envelopment Analysis, *Applied Economics Letters*, 10, 733-735.
- Huguenin (2012) *Data Envelopment Analysis (DEA) A pedagogical guide for decision makers in the public sector*, Lausanne, Institut de Heutes Études en Administration Publique Swiss Graduate School of Public Administration.
- Hussey, P., Vries, H., Romley, J., Wang, M., Chen, S., Shekelle, P. & McGlynn, E. (2009) A Systematic Review of Health Care Efficiency Measures, *Health Services Research*, 44(3), 784-805.
- Kohl, S., Schoenfelder, J., Fugener, A. & Brunner, J. (2019) The use of Data Envelopment Analysis (DEA) in healthcare with a focus on hospitals, *Health Care Management Science*, 22, 245-286.

Kontodimopoulos, N., Moschovakis, G., Aletras, V. & Niakas, D. (2007) The Effect environmental factors on technical and Scale efficiency on primary health care providers in Greece, *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 5 (14), 1-11.

Magalhães, A. (2015) *A importância dos ACeS na reforma dos cuidados de saúde primários: estudo de caso do ACeS de Gondomar*. Relatório de Estágio para obtenção do Grau de Mestre, Instituto Politécnico do Porto.

Mello, J., Meza, L., Gomes, E. & Neto, L. (2005) Curso de Análise Envolutória de Dados. XXXVII Simpósio Brasileiro de Pesquisa Operacional, *Pesquisa Operacional e o Desenvolvimento Sustentável*, Brasil.

Monteiro, B., Pisco, A., Candoso, F., Bastos, S. & Reis, M. (2017) Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na região de Lisboa, *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (3), 725-736.

Ozcan, Y. (2008) *Health care Benchmarking and performance evaluation- An Assessment using Data Envelopment Analysis (DEA)*, New York, Springer Series Editor.

Pelone, F., Kringos, D., Romanielo, A., Archibugi, M., Salsiri, C. & Ricciardi, W. (2015) Primary Care Efficiency Measurement Using Data Envelopment Analysis: A systematic Review, *J Med Syst*, 39 (156), 1-14.

Podinovski, V.V. (2004) Production trade-offs and weight restrictions in data envelopment analysis, *Journal of the Operational Research Society*, 55:12, 1311-1322.

Rabetti, A. & Freitas, S. (2011) Evaluation of actions concerning systemic arterial hypertension in primary healthcare, *Revista de Saúde Pública*, 45(2), 258- 268.

Ramirez-Valdivia, M., Maturana, S. & Salvo-Garrido, S. (2011) A multiple Stage Approach for performance improvement of primary healthcare practice, *J Med Syst*, 35, 1015-1028.

Rouse, P., Harrison, J. & Turner, N. (2010) Coast and performance: Complements for improvement, *J Med Syst*, 35, 1063-1074.

Sá (2011) *Implementação da Equipa de cuidados Continuados Integrados*, Trabalho de Projeto para obtenção do grau de mestre, Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Sakellarides, C. (2000) Direção estratégica e gestão de expectativas no sistema de saúde português: O papel de um observatório para os sistemas de saúde, *Revista de Saúde Pública*, 18 (1), 27-34.

Salinas-Jiménez, J. & Smith, P. (1996) Data envelopment analysis applied to quality in primary health care, *Annals of Operations Research*, 67, 141-161.

Scheel, H. (2000). EMS: Efficiency Measurement System User's Manual.

Sherman, H. (1986) Managing Productivity of Health Care Organizations, *New Directions for Program Evaluation*, 32, 31-46.

Thrall, R. (1989) Classification transitions under expansion of inputs and outputs in Data Envelopment Analysis, *Managerial and Decision Economics*, 10, 159-162.

Legislação consultada:

Acordo coletivo de trabalho nº 106/2019 de 27 novembro. *Diário da República, II Série, Parte J3*, nº 228, 309- 315. Ministério das Finanças.

Decreto-Lei nº 189/1991 de 17 maio. *Diário da República, I Série - A*, nº 113, 2635-2640. Ministério da Justiça.

Decreto-Lei nº 414/1991 de 22 de outubro. *Diário da República, I Série – A*, nº 243, 5448, 5459. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei nº 501/1999 de 19 de novembro. *Diário da República, I Série – A*, nº 270, 8229-8233. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei nº 157/1999 de 10 de maio. *Diário da República, I Série - A*, nº 108, 2424-2435. Ministério da Justiça.

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 junho. *Diário da República, I Série - A*, nº 109, 3856-3865. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto. *Diário da República, I Série*, nº 161, 5587-5596. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro. *Diário da República, I Série*, nº 38, 1182-1189. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 outubro. *Diário da República, I Série-B*, nº 193, 7298-7301. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei nº 110/2017 de 31 de agosto. *Diário da República, I Série Nº* 168, 5240-5244. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei nº 111/2017 de 31 agosto. *Diário da República, 1ª Série*, nº 168, 5244-5249. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei nº 25/2019 de 11 de fevereiro. *Diário da República, I Série*, nº 29, 1021-1023. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei nº 29/2019 de 20 fevereiro. *Diário da República, 1ª Série*, nº 36, 1293-1294. Ministério das Finanças.

Decreto-Lei nº 71/2019 de 27 de maio. *Diário da República, 1ª Série*, nº 101, 2626-2642. Ministério da Saúde.

Despacho nº 31292/2008 de 5 dezembro. *Diário da República, II Série*, nº 236, 49207- 49231. Ministério da Saúde.

Despacho nº 10143/2009 de 16 abril. *Diário da República, II Série*, nº 74, 15438-15440. Ministério da Saúde.

Despacho nº 3823/2016 de 15 de março. *Diário da República, II Série*, nº 52, 9138-9140. Ministério da Saúde.

Despacho nº 7359/2017 de 25 agosto. *Diário da República, Série II*, nº 164, 18578-16579. Ministério da Saúde.

Lei nº 18/2016 de 20 junho. *Diário da República, I Série*, nº 116, 1904-1905. Assembleia da República.

Lei nº 95/2019 de 4 de setembro. *Diário da República, I Série*, nº 169, 55-66. Assembleia da República.

Portaria 174/2014 de 10 setembro. *Diário da República, I Série*, nº 174, 4865- 4882. Ministério das Finanças.

Portaria 50/2017 de 2 de fevereiro. *Diário da República, I Série*, nº 24, 608- 629. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança e Saúde.

Portaria 212/2017 de 19 julho. *Diário da República, I Série*, nº 138, 3840-3847. Ministério das Finanças e Saúde.

Regulamento 127/2011 de 18 de fevereiro de 2011. *Diário da República, II Série*, nº 35, 8662- 8666. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento nº 743/2019 de 25 setembro. *Diário da República, Série II*, nº 184, 128- 155. Ordem dos Enfermeiros.

Resolução conselho de ministros nº 197/1997 de 18 de novembro. *Diário da República, I Série-B*, nº 267, 6253-6255. Presidência do Conselho de Ministros.

Documentos eletrónicos consultados:

ACSS (2013) Bilhete de Identidade dos Indicadores de monitorização dos Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/R_DOC_BI_DETALHADO_2013_10_01.pdf (acedido em 4 de agosto de 2020).

ACSS (2020a) Profissionais - Carreira médica, disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/2016/09/19/medica/> (acedido em 2 de novembro de 2020).

ACSS (2020b) Profissionais - Técnicos superiores de saúde. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/2016/07/22/tecnico-superior-de-saude/> (acedido em 2 de novembro de 2020).

ACSS (2020c) Profissionais - Técnicos de superiores de diagnóstico e terapêutica. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/2016/07/22/tecn-diag-e-terapeutica/> (acedido em 2 de novembro de 2020).

ARS (2020) Relatórios de caracterização ACES ARS LVT. Disponível em: <https://www.arslvt.min-saude.pt/pages/575> (acedido em 4 de agosto de 2020).

Carta de Ottawa (1986). Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx> (acedido a 25 setembro de 2020).

Declaração de Alma-Ata (1978). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf, (acedido em 1 de outubro de 2020).

DGS (2008) Maus tratos em crianças e jovens - Intervenção da Saúde (Documento técnico). Disponível em: <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/a-accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/documentos.aspx> (acedido em 17 de janeiro de 2021).

INE (2000) Definição Equivalente a Tempo Completo. Disponível em: <https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/4958> (acedido em 1 de agosto de 2020).

ONU (2019) Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2019- Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage. Disponível em: <https://undocs.org/en/A/RES/74/2> (acedido em 5 de janeiro de 2021).

OPSS (2018) Relatório primavera 2018, Meio caminho andado, Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Disponível em: <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf> (acedido em 23 de junho de 2019).

OPSS (2019) *Relatório primavera 2019 - Saúde um direito humano*, Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Disponível em: <http://opss.pt/wp-content/uploads/2019/07/RP2019.pdf> (acedido em 8 de agosto de 2020).

SNS (2020) Portal do BI-CSP, Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx> (acedido em 20 de outubro de 2020).

Outra documentação consultada:

ACSS (2014) *Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no ano 2014*. Lisboa, Administração Central dos Sistemas de Saúde.

ACSS (2017a) *Termos de referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS par 2018*. Lisboa, Administração Central dos Serviços de Saúde.

ACSS (2017b) *Operacionalização da contratualização dos cuidados de saúde primários 2018*. Lisboa, Administração Central dos sistemas de Saúde.

ACSS (2018) *Termos de referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2019*. Lisboa, Administração Central do Sistema de Saúde.

ACSS (2019) *Operacionalização da contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2019*. Lisboa, Administração Central dos Sistemas de saúde.

DGS (2006) *Programa Nacional de Saúde Escolar- Circular normativa N° 7/DSE 29 de junho*. Lisboa, Direção Geral da Saúde.

DGS (2015) *Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020*. Lisboa, Direção Geral de Saúde.

DGS (2016) *Programa Nacional para vigilância da gravidez de baixo risco*. Lisboa, Direção Geral da Saúde.

MCSP (2006) *Linhas de ação prioritária para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Ministério da Saúde.

OPSS (2006) *Relatório Primavera 2006 - Um Ano de Governação em Saúde: Sentidos e Significados*. Coimbra, Observatório Português dos Sistemas de Saúde.

OPSS (2009) *Relatório de Primavera 2009- 10/30 anos: Razões para continuar*. Coimbra, Observatório Português dos Sistemas de Saúde.

Ordem dos Enfermeiros (2016) *Sessão e tempo de duração dos cursos de preparação para o nascimento e recuperação pós-parto- Parecer n° 4 da Mesa do colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.

SNS (2017) *Contratualização CSP 2017*, Coordenação Nacional para a reforma na área dos CSP. Lisboa, Sistema Nacional de Saúde.

SNS (2019) *Relatório de atividades 2017-2019 do Grupo de trabalho para o desenvolvimento das Unidades de Cuidados na Comunidade*. Lisboa, Sistema Nacional de Saúde.

APENDICES

APÊNDICE 1

Scores e Taxas de Eficiência Modelo 1

ARS		DMU	CRS Score	VRS Score	ET	ETP	EE
Algarve	1	UCC Al-Buhera	270,34%	201,28%	0,369905	0,49682	0,744544
	2	UCC Al-Portellus	186,18%	146,92%	0,537115	0,680643	0,789129
	3	UCC D'Alagoa	293,71%	211,65%	0,340472	0,472478	0,720609
	4	UCC Dunas	179,42%	120,38%	0,557351	0,830703	0,67094
	5	UCC Faro	135,28%	100,00%	0,739208	1	0,739208
	6	UCC Gentes de Loulé	126,66%	100,00%	0,789515	1	0,789515
	7	UCC Infante	166,34%	151,62%	0,601178	0,659544	0,911507
	8	UCC Mons Cicus	310,93%	310,68%	0,321616	0,321875	0,999196
	9	UCC Olhar Mais	108,06%	100,00%	0,925412	1	0,925412
	10	UCC Ribat	307,63%	307,58%	0,325066	0,325119	0,999837
	11	UCC Rio Arade	184,77%	129,11%	0,541213	0,774533	0,698761
	12	UCC Santo António de Arenilha	129,86%	116,12%	0,77006	0,861178	0,894194
	13	UCC Talábriga	142,71%	115,16%	0,700722	0,868357	0,806951
	14	UCC Vicentina	239,36%	231,20%	0,417781	0,432526	0,965909
Alentejo	15	UCC Alandroal	444,82%	383,30%	0,22481	0,260892	0,861697
	16	UCC Alcácer do Sal	361,26%	358,79%	0,276809	0,278715	0,993163
	17	UCC Almodôvar	169,92%	168,35%	0,588512	0,594001	0,99076
	18	UCC Almoreg	100,00%	100,00%	1	1	1
	19	UCC Alter do Chão	100,00%	100,00%	1	1	1
	20	UCC Ammaya	126,96%	123,12%	0,78765	0,812216	0,969754
	21	UCC Arraiolos	125,29%	114,27%	0,798148	0,87512	0,912044
	22	UCC Arronches	144,42%	136,67%	0,692425	0,731689	0,946337
	23	UCC Avis	125,94%	120,26%	0,794029	0,831532	0,954899
	24	UCC Beja	148,18%	122,26%	0,674855	0,817929	0,825078
	25	UCC Borba	240,24%	219,92%	0,41625	0,454711	0,915418
	26	UCC Castelo de Vide	100,00%	100,00%	1	1	1
	27	UCC Crato	211,54%	211,52%	0,472724	0,472769	0,999905
	28	UCC Cuidar Ferreira	101,64%	100,00%	0,983865	1	0,983865
	29	UCC Elvas.com	169,00%	167,23%	0,591716	0,597979	0,989527
	30	UCC Estremoz	191,66%	185,01%	0,521757	0,540511	0,965303
	31	UCC Évora	149,17%	100,00%	0,670376	1	0,670376
	32	UCC Flor de Papel	100,00%	100,00%	1	1	1
	33	UCC Fronteira	100,00%	100,00%	1	1	1
	34	UCC Gavião	100,00%	100,00%	1	1	1
	35	UCC Marvão	248,06%	212,19%	0,403128	0,471276	0,855398
	36	UCC Monforte	126,24%	100,00%	0,792142	1	0,792142
	37	UCC Monte Mor	100,00%	100,00%	1	1	1
	38	UCC Nisa	100,00%	100,00%	1	1	1
	39	UCC Odemira	279,27%	270,81%	0,358076	0,369263	0,969707
	40	UCC Ourique	100,00%	100,00%	1	1	1
	41						

	42	UCC Portel	213,71%	174,03%	0,467924	0,574614	0,814328
	43	UCC Redondo	262,36%	261,90%	0,381156	0,381825	0,998247
	44	UCC Santiago do Cacém	147,08%	131,30%	0,679902	0,761615	0,892711
	45	UCC Serpa	105,54%	100,00%	0,947508	1	0,947508
	46	UCC Serra Mar - Grândola	186,08%	166,24%	0,537403	0,60154	0,893379
	47	UCC Sines com Saúde	155,03%	153,94%	0,645036	0,649604	0,992969
	48	UCC Sousel	109,67%	101,00%	0,911826	0,990099	0,920945
	49	UCC Vendas Novas	132,08%	126,71%	0,757117	0,789204	0,959343
	50	UCC Viana do Alentejo	258,15%	251,00%	0,387372	0,398406	0,972303
	51	UCC Vila Viçosa	191,38%	190,85%	0,522521	0,523972	0,997231
Centro	52	UCC Al Baiaz - Alvaiázere	100,00%	100,00%	1	1	1
	53	UCC Albergaria-a-Velha	126,17%	110,24%	0,792581	0,907112	0,873742
	54	UCC Anadia	126,33%	125,59%	0,791578	0,796242	0,994142
	55	UCC Arganil	153,64%	143,26%	0,650872	0,698032	0,932439
	56	UCC Aristides Sousa Mendes	151,74%	100,00%	0,659022	1	0,659022
	57	UCC Arnaldo Sampaio - Leiria	413,78%	293,87%	0,241674	0,340287	0,710208
	58	UCC Arouce	100,00%	100,00%	1	1	1
	59	UCC Aveiro	137,71%	123,31%	0,726164	0,810964	0,895432
	60	UCC Bairradina	133,14%	120,59%	0,751089	0,829256	0,905738
	61	UCC Belmonte	164,39%	100,00%	0,60831	1	0,60831
	62	UCC Cantanhede	118,18%	113,48%	0,846167	0,881213	0,96023
	63						
	64	UCC Castelo de Penela	164,19%	162,95%	0,60905	0,613685	0,992448
	65	UCC Cava Juliana	112,80%	100,00%	0,886525	1	0,886525
	66	UCC Celas	148,76%	145,43%	0,672224	0,687616	0,977615
	67	UCC Coimbra Saúde	165,00%	140,23%	0,606061	0,713114	0,849879
	68	UCC Condeixa	177,66%	100,00%	0,562873	1	0,562873
	69	UCC D. Fuas Roupinho	205,65%	188,15%	0,486263	0,531491	0,914904
	70	UCC Farol do Mondego	288,70%	261,81%	0,34638	0,381956	0,906858
	71	UCC Figueiró dos Vinhos	110,20%	100,53%	0,907441	0,994728	0,91225
	72	UCC Fundão	123,94%	100,00%	0,806842	1	0,806842
	73	UCC Gouveia	116,30%	116,09%	0,859845	0,861401	0,998194
	74	UCC Grei de Águeda	157,52%	156,36%	0,63484	0,63955	0,992636
	75	UCC Laços de Mar e Ria	125,03%	100,09%	0,799808	0,999101	0,800528
	76	UCC Mangualde	125,30%	115,22%	0,798085	0,867905	0,919553
	77	UCC Marinha Grande	183,10%	155,62%	0,54615	0,642591	0,849918
	78	UCC Mira	100,00%	100,00%	1	1	1
	79						
	80	UCC Montemor-o-Velho	196,68%	196,39%	0,50844	0,509191	0,998526
	81	UCC Mortágua	100,91%	100,00%	0,990982	1	0,990982
	82	UCC Nabão	133,95%	116,77%	0,746547	0,856384	0,871743
	83	UCC Norton de Matos	123,65%	120,61%	0,808734	0,829119	0,975414
	84	UCC Nós	100,00%	100,00%	1	1	1
	85	UCC Nova D'Aire	171,26%	140,54%	0,583908	0,711541	0,820624
86	UCC Oliveira do Bairro	152,81%	134,24%	0,654407	0,744934	0,878477	

	87	UCC Ovar	189,21%	160,40%	0,528513	0,623441	0,847735
	88	UCC Pedra da Sé - Tábua	100,00%	100,00%	1	1	1
	89	UCC Pena D'Alva	100,00%	100,00%	1	1	1
	90	UCC Peragrande	100,00%	100,00%	1	1	1
	91						
	92	UCC Pombal	326,22%	273,21%	0,306542	0,366019	0,837502
	93	UCC Santa Comba Dão	229,47%	153,76%	0,435787	0,650364	0,670066
	94	UCC São Martinho	108,55%	100,00%	0,921234	1	0,921234
	95	UCC Seia	273,83%	271,20%	0,36519	0,368732	0,990396
	96	UCC Sever do Vouga	112,98%	100,00%	0,885112	1	0,885112
	97	UCC Soure	106,33%	100,00%	0,940468	1	0,940468
	98	UCC Terras da Ria - Murtosa	100,00%	100,00%	1	1	1
	99						
	100	UCC Torre de Sinos	116,75%	100,00%	0,856531	1	0,856531
	101	UCC Vagos	100,00%	100,00%	1	1	1
	102	UCC Vila de Rei	245,78%	100,00%	0,406868	1	0,406868
	103	UCC Viseense	100,00%	100,00%	1	1	1
	104	UCC Viseu	100,00%	100,00%	1	1	1
LVT	105	UCC Abraçar Queluz	181,75%	154,73%	0,550206	0,646287	0,851334
	106	UCC Abrantes	196,18%	196,02%	0,509736	0,510152	0,999184
	107	UCC Albus Petra	100,00%	100,00%	1	1	1
	108	UCC Alcobaça / Nazaré	104,76%	103,56%	0,954563	0,965624	0,988545
	109	UCC Alenquer	100,00%	100,00%	1	1	1
	110						
	111	UCC Almourol	147,27%	130,83%	0,679025	0,764351	0,888368
	112	UCC Amadora Mais	140,49%	100,00%	0,711794	1	0,711794
	113	UCC Arruda dos Vinhos	148,82%	138,97%	0,671953	0,71958	0,933813
	114	UCC Azambuja	135,19%	132,18%	0,7397	0,756544	0,977735
	115	UCC Barreiro	149,61%	121,51%	0,668405	0,822978	0,812178
	116	UCC Benavente	103,88%	100,00%	0,962649	1	0,962649
	117	UCC Bombarral / Peniche	147,30%	143,98%	0,678887	0,694541	0,977461
	118	UCC Cacém Care	110,25%	100,00%	0,907029	1	0,907029
	119	UCC Cadaval	211,36%	194,80%	0,473126	0,513347	0,92165
	120	UCC Caldas da Rainha / Óbidos	100,00%	100,00%	1	1	1
	121	UCC Cartaxo	100,00%	100,00%	1	1	1
	122	UCC Cascais Care	180,73%	123,38%	0,553312	0,810504	0,682676
	123	UCC Chamusca e Golegã	146,31%	145,34%	0,68348	0,688042	0,99337
	124	UCC Consigo	113,62%	110,05%	0,880127	0,908678	0,968579
	125	UCC Cruzeiro de Algueirão e Rio de Mouro	212,12%	171,20%	0,471431	0,584112	0,80709
	126	UCC Cuidar Mais	115,33%	102,78%	0,867077	0,972952	0,891182
	127	UCC de Almada "A Outra Margem"	137,53%	100,00%	0,727114	1	0,727114
	128	UCC Girassol - Parede	100,00%	100,00%	1	1	1
	129	UCC Integrar na Saúde	171,60%	140,66%	0,582751	0,710934	0,819697
	130	UCC Loures	196,78%	145,61%	0,508182	0,686766	0,739963
	131	UCC Lourinhã	127,25%	124,01%	0,785855	0,806387	0,974538

	132	UCC Mafra	163,54%	125,68%	0,611471	0,795672	0,768497
	133	UCC Maria Dias Ferreira	150,60%	149,65%	0,664011	0,668226	0,993692
	134	UCC Montijo / Alcochete	203,73%	178,37%	0,490846	0,560632	0,875522
	135	UCC Nostra Pontinha	202,45%	167,17%	0,493949	0,598193	0,825735
	136	UCC Olhos de Água	109,30%	108,02%	0,914913	0,925754	0,988289
	137	UCC Oriente	200,28%	157,20%	0,499301	0,636132	0,784901
	138	UCC Ourém	112,89%	100,00%	0,885818	1	0,885818
	139	UCC Palmela	112,06%	100,00%	0,892379	1	0,892379
	140	UCC Península Azul	128,47%	100,04%	0,778392	0,9996	0,778703
	141	UCC Ponte para a Saúde	122,42%	119,80%	0,81686	0,834725	0,978598
	142	UCC Rio Maior	106,22%	100,00%	0,941442	1	0,941442
	143	UCC Sacavém	105,93%	105,85%	0,94402	0,944733	0,999245
	144	UCC Salvaterra de Magos	100,00%	100,00%	1	1	1
	145	UCC Santarém	100,00%	100,00%	1	1	1
	146	UCC Saúdar	144,70%	115,17%	0,691085	0,868282	0,795923
	147	UCC Saúde à Beira Tejo	129,85%	100,36%	0,770119	0,996413	0,772892
	148	UCC Saúde a Seu Lado	156,88%	100,00%	0,63743	1	0,63743
	149	UCC Saúde na Rua	314,11%	239,34%	0,31836	0,417816	0,761962
	150	UCC Seixal	107,34%	100,00%	0,931619	1	0,931619
	151	UCC Sesimbra	144,99%	140,51%	0,689703	0,711693	0,969101
	152	UCC Sete Rios	135,14%	109,80%	0,739973	0,910747	0,812491
	153	UCC Sintra Saludem	187,41%	149,05%	0,533589	0,670916	0,795315
	154	UCC Sobral de Monte Agraço	208,91%	177,36%	0,478675	0,563825	0,848978
	155	UCC Torres Novas	114,09%	111,68%	0,876501	0,895415	0,978876
	156	UCC Torres Vedras	149,33%	101,32%	0,669658	0,986972	0,678497
	157	UCC Vila Franca de Xira	902,91%	620,26%	0,110753	0,161223	0,686957
Norte	158	UCC Águas Santas	100,00%	100,00%	1	1	1
	159	UCC Alfândega da Fé	259,61%	143,60%	0,385193	0,696379	0,553137
	160	UCC Alijó	188,77%	183,80%	0,529745	0,54407	0,973672
	161	UCC Amarante	100,00%	100,00%	1	1	1
	162	UCC Amares	139,85%	129,09%	0,715052	0,774653	0,92306
	163	UCC Âncora	139,28%	100,00%	0,717978	1	0,717978
	164	UCC Arcozelo / Espinho	176,05%	120,63%	0,56802	0,828981	0,685203
	165	UCC Arouca	209,78%	208,29%	0,47669	0,4801	0,992897
	166	UCC Assucena Lopes Teixeira	144,36%	100,00%	0,692713	1	0,692713
	167	UCC Atalaia do Vimioso	252,00%	238,07%	0,396825	0,420045	0,944722
	168	UCC Aveiro Norte	112,20%	100,00%	0,891266	1	0,891266
	169	UCC Baião	131,20%	130,30%	0,762195	0,76746	0,99314
	170	UCC Baixa do Porto	162,40%	140,87%	0,615764	0,709874	0,867426
	171	UCC Barcelinhos	100,28%	100,00%	0,997208	1	0,997208
	172	UCC Barcelos Norte	171,98%	133,21%	0,581463	0,750694	0,774567
	173	UCC Boavista	140,25%	117,83%	0,713012	0,84868	0,840143
	174	UCC Boticas	170,91%	169,71%	0,585103	0,58924	0,992979
	175	UCC Braga Saudável	188,51%	153,80%	0,530476	0,650195	0,815872
	176	UCC Cabeceiras de Basto	170,76%	145,78%	0,585617	0,685965	0,853713

177	UCC Caminha	131,07%	126,40%	0,762951	0,791139	0,96437
178	UCC Campanhã	150,28%	141,27%	0,665425	0,707864	0,940045
179	UCC Carvalhos	221,62%	205,91%	0,451223	0,485649	0,929113
180	UCC Castelo da Maia	100,00%	100,00%	1	1	1
181	UCC Chaves I	136,98%	123,35%	0,730034	0,810701	0,900496
182	UCC Chaves II	107,08%	100,00%	0,933881	1	0,933881
183	UCC Cinfães	100,00%	100,00%	1	1	1
184	UCC ConVidaSaúde	121,56%	120,75%	0,822639	0,828157	0,993337
185	UCC Coração de Ouro	100,00%	100,00%	1	1	1
186	UCC Coração do Minho	189,14%	188,50%	0,528709	0,530504	0,996616
187	UCC Cuidar	249,77%	155,22%	0,400368	0,644247	0,621452
188						
189	UCC Cuidar Penafiel	130,63%	117,08%	0,765521	0,854117	0,896272
190	UCC Deu-La-Deu - Monção	128,73%	128,09%	0,77682	0,780701	0,995028
191	UCC do Cávado ao Ave II	143,05%	138,57%	0,699056	0,721657	0,968682
192	UCC Domus	139,47%	122,41%	0,717	0,816927	0,87768
193	UCC Douro	186,61%	174,21%	0,535877	0,57402	0,933551
194	UCC Ermesinde	100,00%	100,00%	1	1	1
195	UCC FafeSaúde	100,00%	100,00%	1	1	1
196	UCC Feira Norte	146,06%	141,44%	0,68465	0,707014	0,968369
197	UCC Felgueiras	100,00%	100,00%	1	1	1
198	UCC Guimarães	100,00%	100,00%	1	1	1
199	UCC Inovar	100,00%	100,00%	1	1	1
200	UCC Leça da Palmeira	100,00%	100,00%	1	1	1
201	UCC Lousada	100,00%	100,00%	1	1	1
202	UCC Macedo de Cavaleiros	121,73%	116,67%	0,82149	0,857118	0,958433
203	UCC Maia	100,00%	100,00%	1	1	1
204	UCC Mãos Amigas	100,00%	100,00%	1	1	1
205	UCC Marco de Canaveses	100,00%	100,00%	1	1	1
206	UCC Mateus	162,47%	159,29%	0,615498	0,627786	0,980427
207	UCC Matosinhos	122,45%	113,18%	0,81666	0,883548	0,924296
208	UCC Melgaço	181,44%	166,69%	0,551146	0,599916	0,918706
209	UCC Miranda do Douro	147,70%	123,32%	0,677048	0,810898	0,834936
210	UCC Mirandela	193,11%	191,75%	0,51784	0,521512	0,992957
211	UCC Mogadouro	345,70%	329,57%	0,289268	0,303426	0,953341
212	UCC Montalegre	100,59%	100,00%	0,994135	1	0,994135
213	UCC Murça	267,40%	243,93%	0,373972	0,409954	0,912229
214	UCC Paços de Ferreira	100,00%	100,00%	1	1	1
215	UCC Paredes / Rebordosa	111,34%	104,26%	0,89815	0,959141	0,936411
216						
217	UCC Ponte da Barca	125,49%	114,18%	0,796876	0,87581	0,909873
218	UCC Póvoa de Varzim	100,00%	100,00%	1	1	1
219	UCC Provida	145,66%	131,06%	0,68653	0,763009	0,899767
220	UCC Ribeira de Pena	179,72%	179,05%	0,556421	0,558503	0,996272
221	UCC Sabrosa	162,30%	161,28%	0,616143	0,62004	0,993715

222	UCC Santa Maria da Feira	147,61%	111,85%	0,677461	0,894055	0,75774
223	UCC Santo Tirso	125,55%	100,00%	0,796495	1	0,796495
224	UCC São Mamede Infesta	126,63%	126,62%	0,789702	0,789765	0,999921
225	UCC Saúde em Movimento	215,89%	208,11%	0,463199	0,480515	0,963963
226	UCC Saúde Mais Perto	100,00%	100,00%	1	1	1
227	UCC Senhora da Hora	119,00%	107,61%	0,840336	0,929282	0,904286
228	UCC Sol Invictus	147,28%	144,06%	0,678979	0,694155	0,978137
229	UCC Tarouca	139,85%	118,36%	0,715052	0,84488	0,846335
230	UCC Tempus	139,40%	138,45%	0,71736	0,722282	0,993185
231	UCC Terras de Bouro	290,55%	276,38%	0,344175	0,361821	0,95123
232	UCC Trofa	156,46%	143,29%	0,639141	0,697885	0,915825
233	UCC Vallis Longus	125,96%	100,00%	0,793903	1	0,793903
234	UCC Valpaços	117,64%	100,00%	0,850051	1	0,850051
235	UCC Viana do Castelo	100,00%	100,00%	1	1	1
236	UCC Vila do Conde	100,00%	100,00%	1	1	1
237	UCC Vila Flor - Carrazeda	220,33%	219,40%	0,453865	0,455789	0,995779
238	UCC Vila Pouca de Aguiar	128,34%	117,94%	0,77918	0,847889	0,918965
239	UCC Vila Real I	129,88%	110,42%	0,769941	0,905633	0,850169
240	UCC Vila Verde	109,86%	102,80%	0,910249	0,972763	0,935736
241	UCC Vinhais	123,67%	119,33%	0,808604	0,838012	0,964907
242	UCC Vizela	122,76%	112,68%	0,814598	0,887469	0,917889

APENDICE 2

Scores e Taxas de Eficiência Modelo 2

ARS		DMU	CRS Score	VRS Score	ET	ETP	EE
Algarve	1	UCC Al-Buhera	148,22%	126,97%	0,674673	0,787588	0,856632
	2	UCC Al-Portellus	229,76%	208,68%	0,435237	0,479203	0,908252
	3	UCC D'Alagoa	186,01%	168,32%	0,537606	0,594106	0,904898
	4	UCC Dunas	225,97%	148,75%	0,442537	0,672269	0,658273
	5	UCC Faro	121,20%	102,12%	0,825083	0,97924	0,842574
	6	UCC Gentes de Loulé	125,07%	100,00%	0,799552	1	0,799552
	7	UCC Infante	100,00%	100,00%	1	1	1
	8	UCC Mons Cicus	169,22%	132,20%	0,590947	0,75643	0,781232
	9	UCC Olhar Mais	100,00%	100,00%	1	1	1
	10	UCC Ribat	155,92%	137,91%	0,641355	0,725111	0,884492
	11	UCC Rio Arade	182,15%	132,11%	0,548998	0,756945	0,725281
	12	UCC Santo António de Arenilha	105,10%	100,00%	0,951475	1	0,951475
	13	UCC Talábriga	119,52%	101,46%	0,83668	0,98561	0,848896
	14	UCC Vicentina	168,96%	162,05%	0,591856	0,617093	0,959103
Alentejo	15	UCC Alandroal	214,19%	193,00%	0,466875	0,518135	0,901069
	16	UCC Alcácer do Sal	336,92%	323,01%	0,296806	0,309588	0,958714
	17	UCC Almodôvar	100,00%	100,00%	1	1	1
	18	UCC Almoreg	100,18%	100,00%	0,998203	1	0,998203
	19	UCC Alter do Chão	159,58%	107,51%	0,626645	0,930146	0,673706
	20	UCC Ammaya	120,54%	119,93%	0,8296	0,83382	0,994939
	21	UCC Arraiolos	100,00%	100,00%	1	1	1
	22	UCC Arronches	380,97%	253,43%	0,262488	0,394586	0,665223
	23	UCC Avis	100,00%	100,00%	1	1	1
	24	UCC Beja	161,45%	159,74%	0,619387	0,626017	0,989408
	25	UCC Borba	199,81%	196,80%	0,500475	0,50813	0,984936
	26	UCC Castelo de Vide	373,90%	278,92%	0,267451	0,358526	0,745975
	27	UCC Crato	223,30%	182,06%	0,447828	0,549269	0,815316
	28	UCC Cuidar Ferreira	248,93%	237,13%	0,401719	0,42171	0,952597
	29	UCC Elvas.com	294,15%	282,68%	0,339963	0,353757	0,961006
	30	UCC Estremoz	141,61%	140,86%	0,706165	0,709925	0,994704
	31	UCC Évora	232,22%	188,35%	0,430626	0,530926	0,811084
	32	UCC Flor de Papel	100,00%	100,00%	1	1	1
	33	UCC Fronteira	269,37%	100,00%	0,371237	1	0,371237
	34	UCC Gavião	302,41%	198,43%	0,330677	0,503956	0,656162
	35	UCC Marvão	154,74%	100,00%	0,646245	1	0,646245
	36	UCC Monforte	187,45%	123,96%	0,533476	0,806712	0,661296
	37	UCC Monte Mor	100,00%	100,00%	1	1	1
	38	UCC Nisa	200,22%	153,11%	0,499451	0,653125	0,764709
	39	UCC Odemira	256,70%	233,05%	0,38956	0,429092	0,907869
	40	UCC Ourique	133,47%	111,25%	0,749232	0,898876	0,833521
	41	UCC Ponte de Sor	125,21%	109,88%	0,798658	0,910084	0,877566
	42	UCC Portel	213,17%	152,40%	0,469109	0,656168	0,714922
	43	UCC Redondo	202,22%	167,78%	0,494511	0,596019	0,82969

	44	UCC Santiago do Cacém	131,51%	127,14%	0,760398	0,786535	0,966771
	45	UCC Serpa	100,00%	100,00%	1	1	1
	46	UCC Serra Mar - Grândola	178,02%	176,66%	0,561735	0,566059	0,99236
	47	UCC Sines com Saúde	121,79%	120,77%	0,821085	0,82802	0,991625
	48	UCC Sousel	342,99%	166,33%	0,291554	0,601214	0,484941
	49	UCC Vendas Novas	100,88%	100,36%	0,991277	0,996413	0,994845
	50	UCC Viana do Alentejo	211,57%	207,08%	0,472657	0,482905	0,978778
	51	UCC Vila Viçosa	135,17%	132,76%	0,739809	0,753239	0,982171
Centro	52	UCC Al Baiaz - Alvaiázere	100,00%	100,00%	1	1	1
	53	UCC Albergaria-a-Velha	121,57%	112,38%	0,822571	0,889838	0,924406
	54	UCC Anadia	157,34%	153,18%	0,635566	0,652827	0,97356
	55	UCC Arganil	280,74%	278,90%	0,356201	0,358551	0,993446
	56	UCC Aristides Sousa Mendes	185,51%	100,00%	0,539054	1	0,539054
	57	UCC Arnaldo Sampaio - Leiria	490,38%	383,82%	0,203923	0,260539	0,782699
	58	UCC Arouce	148,26%	116,93%	0,674491	0,855213	0,788682
	59	UCC Aveiro	104,78%	103,04%	0,954381	0,970497	0,983394
	60	UCC Bairradina	100,00%	100,00%	1	1	1
	61	UCC Belmonte	146,11%	100,00%	0,684416	1	0,684416
	62	UCC Cantanhede	104,09%	102,86%	0,960707	0,972195	0,988183
	63						
	64	UCC Castelo de Penela	141,10%	133,36%	0,708717	0,74985	0,945145
	65	UCC Cava Juliana	115,89%	110,37%	0,862887	0,906043	0,952369
	66	UCC Celas	542,29%	519,36%	0,184403	0,192545	0,957716
	67	UCC Coimbra Saúde	259,50%	220,05%	0,385356	0,454442	0,847977
	68	UCC Condeixa	125,61%	100,00%	0,796115	1	0,796115
	69	UCC D. Fuas Roupinho	167,58%	161,42%	0,59673	0,619502	0,963241
	70	UCC Farol do Mondego	285,11%	283,64%	0,350742	0,35256	0,994844
	71	UCC Figueiró dos Vinhos	265,94%	165,64%	0,376025	0,603719	0,622847
	72	UCC Fundão	210,87%	192,50%	0,474226	0,519481	0,912885
	73	UCC Gouveia	143,09%	127,14%	0,698861	0,786535	0,888532
	74	UCC Grei de Águeda	187,45%	187,37%	0,533476	0,533703	0,999573
	75	UCC Laços de Mar e Ria	128,18%	124,25%	0,780153	0,804829	0,96934
	76	UCC Mangualde	213,10%	171,29%	0,469263	0,583805	0,803801
	77	UCC Marinha Grande	178,84%	178,26%	0,559159	0,560978	0,996757
	78	UCC Mira	110,22%	100,00%	0,907276	1	0,907276
	79						
	80	UCC Montemor-o-Velho	208,98%	188,94%	0,478515	0,529269	0,904106
	81	UCC Mortágua	100,00%	100,00%	1	1	1
	82	UCC Nabão	148,98%	148,37%	0,671231	0,673991	0,995905
	83	UCC Norton de Matos	155,15%	145,43%	0,644538	0,687616	0,937351
	84	UCC Nós	148,45%	145,05%	0,673627	0,689417	0,977097
	85	UCC Nova D'Aire	312,76%	285,64%	0,319734	0,350091	0,913288
	86	UCC Oliveira do Bairro	341,17%	335,95%	0,293109	0,297663	0,9847
	87	UCC Ovar	126,36%	122,30%	0,79139	0,817661	0,96787
	88	UCC Pedra da Sé - Tábua	100,00%	100,00%	1	1	1

	89	UCC Pena D'Alva	100,00%	100,00%	1	1	1
	90	UCC Peragrande	127,60%	100,00%	0,783699	1	0,783699
	91	UCC Pinheiro dos Abraços	132,01%	100,00%	0,757518	1	0,757518
	92	UCC Pombal	325,64%	293,43%	0,307088	0,340797	0,901087
	93	UCC Santa Comba Dão	264,06%	215,16%	0,378702	0,46477	0,814815
	94	UCC São Martinho	100,00%	100,00%	1	1	1
	95	UCC Seia	388,41%	363,29%	0,25746	0,275262	0,935326
	96	UCC Sever do Vouga	131,78%	100,00%	0,75884	1	0,75884
	97						
	98	UCC Terras da Ria - Murtosa	100,00%	100,00%	1	1	1
	99	UCC Tondela	100,00%	100,00%	1	1	1
	100	UCC Torre de Sinos	304,19%	234,82%	0,328742	0,425858	0,771952
	101	UCC Vagos	103,17%	100,00%	0,969274	1	0,969274
	102	UCC Vila de Rei	145,19%	100,00%	0,688753	1	0,688753
	103	UCC Viseense	160,47%	160,10%	0,623169	0,62461	0,997694
	104	UCC Viseu	126,01%	121,85%	0,793588	0,820681	0,966987
LVT	105	UCC Abraçar Queluz	208,04%	161,52%	0,480677	0,619118	0,776389
	106	UCC Abrantes	263,46%	257,15%	0,379564	0,388878	0,976049
	107						
	108	UCC Alcobaça / Nazaré	100,00%	100,00%	1	1	1
	109	UCC Alenquer	100,00%	100,00%	1	1	1
	110	UCC Almeirim e Alpiarça	100,00%	100,00%	1	1	1
	111	UCC Almourol	142,18%	131,51%	0,703334	0,760398	0,924954
	112	UCC Amadora Mais	117,65%	100,00%	0,849979	1	0,849979
	113	UCC Arruda dos Vinhos	170,97%	161,49%	0,584898	0,619233	0,944552
	114	UCC Azambuja	244,88%	241,35%	0,408363	0,414336	0,985585
	115	UCC Barreiro	114,35%	105,02%	0,874508	0,9522	0,918408
	116	UCC Benavente	107,73%	100,00%	0,928247	1	0,928247
	117	UCC Bombarral / Peniche	148,40%	148,38%	0,673854	0,673945	0,999865
	118	UCC Cacém Care	172,28%	161,53%	0,58045	0,61908	0,937602
	119	UCC Cadaval	349,47%	253,75%	0,286148	0,394089	0,7261
	120						
	121	UCC Cartaxo	100,00%	100,00%	1	1	1
	122	UCC Cascais Care	135,26%	113,08%	0,739317	0,88433	0,83602
	123	UCC Chamusca e Golegã	112,21%	109,02%	0,891186	0,917263	0,971571
	124	UCC Consigo	100,00%	100,00%	1	1	1
	125	UCC Cruzeiro de Algueirão e Rio de Mouro	194,48%	165,10%	0,514192	0,605694	0,84893
	126	UCC Cuidar Mais	100,00%	100,00%	1	1	1
	127	UCC de Almada "A Outra Margem"	100,00%	100,00%	1	1	1
	128	UCC Girassol - Parede	104,70%	103,05%	0,95511	0,970403	0,984241
	129	UCC Integrar na Saúde	167,83%	155,70%	0,595841	0,642261	0,927724
	130	UCC Loures	137,73%	129,74%	0,726058	0,770772	0,941988
	131	UCC Lourinhã	172,47%	167,27%	0,579811	0,597836	0,96985
	132	UCC Mafra	113,61%	100,00%	0,880204	1	0,880204
	133	UCC Maria Dias Ferreira	201,45%	176,94%	0,496401	0,565163	0,878332

	134	UCC Montijo / Alcochete	230,00%	214,52%	0,434783	0,466157	0,932696
	135	UCC Nostra Pontinha	232,65%	211,56%	0,42983	0,472679	0,909349
	136	UCC Olhos de Água	100,00%	100,00%	1	1	1
	137	UCC Oriente	142,39%	142,33%	0,702297	0,702593	0,999579
	138	UCC Ourém	133,71%	121,56%	0,747887	0,822639	0,909132
	139	UCC Palmela	136,13%	127,43%	0,734592	0,784745	0,936091
	140						
	141	UCC Ponte para a Saúde	106,70%	100,00%	0,937207	1	0,937207
	142	UCC Rio Maior	121,63%	117,62%	0,822166	0,850196	0,967031
	143	UCC Sacavém	112,79%	112,68%	0,886603	0,887469	0,999025
	144	UCC Salvaterra de Magos	100,00%	100,00%	1	1	1
	145						
	146	UCC Saúdar	125,55%	106,06%	0,796495	0,942863	0,844763
	147	UCC Saúde à Beira Tejo	172,77%	152,73%	0,578804	0,65475	0,884008
	148	UCC Saúde a Seu Lado	171,25%	123,25%	0,583942	0,811359	0,719708
	149	UCC Saúde na Rua	352,99%	308,41%	0,283294	0,324244	0,873707
	150	UCC Seixal	100,00%	100,00%	1	1	1
	151	UCC Sesimbra	169,54%	163,82%	0,589831	0,610426	0,966262
	152	UCC Sete Rios	130,28%	111,34%	0,767578	0,89815	0,854621
	153	UCC Sintra Saludem	181,56%	160,59%	0,550782	0,622704	0,884501
	154	UCC Sobral de Monte Agraço	143,87%	108,12%	0,695072	0,924898	0,751512
	155	UCC Torres Novas	100,00%	100,00%	1	1	1
	156	UCC Torres Vedras	132,74%	117,53%	0,753352	0,850847	0,885415
	157	UCC Vila Franca de Xira	509,98%	421,54%	0,196086	0,237225	0,826581
Norte	158	UCC Águas Santas	100,00%	100,00%	1	1	1
	159	UCC Alfândega da Fé	100,00%	100,00%	1	1	1
	160	UCC Alijó	241,60%	215,49%	0,413907	0,464059	0,891929
	161	UCC Amarante	133,55%	131,92%	0,748783	0,758035	0,987795
	162	UCC Amares	204,62%	198,89%	0,488711	0,50279	0,971997
	163	UCC Âncora	196,07%	106,01%	0,510022	0,943307	0,540674
	164	UCC Arcozelo / Espinho	166,64%	146,57%	0,600096	0,682268	0,879561
	165	UCC Arouca	100,00%	100,00%	1	1	1
	166	UCC Assucena Lopes Teixeira	108,61%	100,00%	0,920726	1	0,920726
	167	UCC Atalaia do Vimioso	175,24%	105,00%	0,570646	0,952381	0,599178
	168	UCC Aveiro Norte	100,00%	100,00%	1	1	1
	169	UCC Baião	148,59%	141,50%	0,672993	0,706714	0,952285
	170	UCC Baixa do Porto	125,58%	100,00%	0,796305	1	0,796305
	171	UCC Barcelinhos	100,00%	100,00%	1	1	1
	172	UCC Barcelos Norte	111,30%	106,33%	0,898473	0,940468	0,955346
	173	UCC Boavista	145,84%	100,00%	0,685683	1	0,685683
	174	UCC Boticas	192,57%	168,52%	0,519292	0,593401	0,87511
	175	UCC Braga Saudável	148,04%	116,13%	0,675493	0,861104	0,78445
	176	UCC Cabeceiras de Basto	113,41%	113,08%	0,881756	0,88433	0,99709
	177	UCC Caminha	100,00%	100,00%	1	1	1
	178	UCC Campanhã	132,78%	131,67%	0,753125	0,759474	0,99164

179	UCC Carvalhos	199,55%	185,40%	0,501128	0,539374	0,92909
180						
181	UCC Chaves I	148,95%	148,48%	0,671366	0,673491	0,996845
182	UCC Chaves II	119,72%	114,45%	0,835282	0,873744	0,955981
183	UCC Cinfães	100,00%	100,00%	1	1	1
184	UCC ConVidaSaúde	100,00%	100,00%	1	1	1
185	UCC Coração de Ouro	152,40%	152,33%	0,656168	0,65647	0,999541
186	UCC Coração do Minho	125,44%	109,04%	0,797194	0,917095	0,86926
187	UCC Cuidar	310,28%	196,54%	0,32229	0,508802	0,633428
188						
189	UCC Cuidar Penafiel	100,00%	100,00%	1	1	1
190	UCC Deu-La-Deu - Monção	110,70%	105,96%	0,903342	0,943752	0,957182
191	UCC do Cávado ao Ave II	184,36%	170,88%	0,542417	0,585206	0,926882
192	UCC Domus	165,41%	155,71%	0,604558	0,64222	0,941358
193	UCC Douro	106,27%	102,21%	0,940999	0,978378	0,961795
194	UCC Ermesinde	100,00%	100,00%	1	1	1
195	UCC FafeSaúde	121,25%	100,68%	0,824742	0,993246	0,830351
196	UCC Feira Norte	159,32%	158,96%	0,627668	0,629089	0,99774
197	UCC Felgueiras	100,00%	100,00%	1	1	1
198	UCC Guimarães	100,00%	100,00%	1	1	1
199	UCC Inovar	154,61%	136,25%	0,646789	0,733945	0,88125
200	UCC Leça da Palmeira	100,00%	100,00%	1	1	1
201	UCC Lousada	100,00%	100,00%	1	1	1
202	UCC Macedo de Cavaleiros	100,00%	100,00%	1	1	1
203	UCC Maia	100,00%	100,00%	1	1	1
204	UCC Mãos Amigas	116,96%	115,80%	0,854993	0,863558	0,990082
205	UCC Marco de Canaveses	100,00%	100,00%	1	1	1
206	UCC Mateus	101,17%	101,08%	0,988435	0,989315	0,99911
207	UCC Matosinhos	108,75%	100,00%	0,91954	1	0,91954
208	UCC Melgaço	157,03%	153,69%	0,636821	0,65066	0,97873
209	UCC Miranda do Douro	120,08%	100,00%	0,832778	1	0,832778
210	UCC Mirandela	158,00%	155,71%	0,632911	0,64222	0,985506
211	UCC Mogadouro	131,96%	121,77%	0,757805	0,82122	0,92278
212	UCC Montalegre	172,27%	171,67%	0,580484	0,582513	0,996517
213	UCC Murça	266,63%	250,32%	0,375052	0,399489	0,938829
214	UCC Paços de Ferreira	100,00%	100,00%	1	1	1
215	UCC Paredes / Rebordosa	100,00%	100,00%	1	1	1
216						
217	UCC Ponte da Barca	112,32%	109,71%	0,890313	0,911494	0,976763
218						
219	UCC Provida	126,09%	122,10%	0,793084	0,819001	0,968356
220	UCC Ribeira de Pena	159,10%	136,26%	0,628536	0,733891	0,856442
221	UCC Sabrosa	274,03%	263,34%	0,364924	0,379737	0,96099
222	UCC Santa Maria da Feira	143,62%	104,81%	0,696282	0,954107	0,729773
223	UCC Santo Tirso	100,00%	100,00%	1	1	1

224	UCC São Mamede Infesta	100,00%	100,00%	1	1	1
225	UCC Saúde em Movimento	336,05%	333,11%	0,297575	0,300201	0,991251
226						
227	UCC Senhora da Hora	106,36%	100,00%	0,940203	1	0,940203
228	UCC Sol Invictus	171,03%	167,59%	0,584693	0,596694	0,979887
229	UCC Tarouca	134,80%	108,16%	0,74184	0,924556	0,802374
230	UCC Tempus	228,27%	221,81%	0,438078	0,450836	0,9717
231	UCC Terras de Bouro	268,84%	267,81%	0,371968	0,373399	0,996169
232	UCC Trofa	100,00%	100,00%	1	1	1
233	UCC Vallis Longus	100,00%	100,00%	1	1	1
234	UCC Valpaços	145,95%	144,73%	0,685166	0,690942	0,991641
235						
236						
237	UCC Vila Flor - Carrazeda	182,89%	182,41%	0,546777	0,548216	0,997375
238	UCC Vila Pouca de Aguiar	104,16%	102,13%	0,960061	0,979144	0,980511
239	UCC Vila Real I	183,86%	170,98%	0,543892	0,584864	0,929947
240						
241	UCC Vinhais	116,53%	100,00%	0,858148	1	0,858148
242	UCC Vizela	100,00%	100,00%	1	1	1