



# **INDICADORES DE DESEMPENHO DAS UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE**

**Um Estudo Exploratório Sobre a Adequabilidade de um Grupo de  
Indicadores**

**Elsa Inês Esteves da Silva Maia**

Dissertação para a Obtenção do Grau de Mestre  
em Gestão de Unidades de Saúde

2013



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DAS UNIDADES DE CUIDADOS DA  
COMUNIDADE**

**Um Estudo Exploratório Sobre a Adequabilidade de um Grupo de Indicadores**

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

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora Doutora Carla Alexandra da Encarnação  
Filipe Amado e do Dr. José Carlos Queimado

2013

# **INDICADORES DE DESEMPENHO DAS UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE**

## **Um Estudo Exploratório Sobre a Adequabilidade de um Grupo de Indicadores**

### **Declaração da autoria do trabalho**

“Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.”

*Elsa Inês Esteves da Silva Maia*

«Copyright» Elsa Inês Esteves da Silva Maia: “A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar 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”.

## Índice Geral

	<b>Pag.</b>
Índice Tabelas.....	vi
Índice Figuras.....	viii
Lista de abreviaturas e siglas.....	ix
Agradecimentos.....	xii
Resumo.....	xiii
Abstract.....	xiv
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO DO ESTUDO.....</b>	<b>4</b>
<b>2.1 CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL.....</b>	<b>4</b>
<b>2.2 UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE.....</b>	<b>11</b>
<b>2.2.1 Missão e Objetivos da Unidade de Cuidados na comunidade.....</b>	<b>11</b>
<b>2.2.2 Características da Equipa e Articulação com os Staholders.....</b>	<b>12</b>
<b>2.2.3 Carteiras de Serviços.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2.4 Contributo da Unidade de Cuidados na Comunidade para a Execução do Plano Nacional de Saúde.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2.5 Contributo da Unidade de Cuidados na Comunidade para a Sustentabilidade Financeira Sistema Nacional de Saúde...</b>	<b>17</b>
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE DESEMPENHO NO SISTEMA DE SAÚDE.....</b>	<b>20</b>
<b>3.2 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO EM UNIDADES DE SAÚDE NA</b>	

COMUNIDADE.....	28
<b>4. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>35</b>
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>43</b>
<b>5.1 CARATERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE.....</b>	<b>43</b>
<b>5.2 ADEQUABILIDADE PERCIONADA DOS INDICADORES EM ESTUDO.....</b>	<b>51</b>
<b>5.3 APRESENTAÇÃO DOS INDICADORES SUGERIDOS.....</b>	<b>63</b>
<b>5.3.1 Proposta de Melhoria dos Indicadores Desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.....</b>	<b>64</b>
<b>5.3.2 Novos Indicadores.....</b>	<b>65</b>
<b>5.4 IMPLICAÇÕES DOS RESULTADOS PARA A AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DAS UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE.....</b>	<b>69</b>
<b>5.4.1 Proposta de Construção de BSC para a UCC.....</b>	<b>70</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>74</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>85</b>
<b>Anexo I - Questionário.....</b>	<b>86</b>
<b>Anexo II - Autorizações de Organismo de Saúde para a Aplicação do Questionário.....</b>	<b>108</b>
<b>Anexo III - Síntese dos Principais motivos apontados pelos coordenadores para ocorrer inadequabilidade do indicador.....</b>	<b>127</b>
<b>Anexo IV - Sugestões de Melhoria dos Indicadores de Desempenho Propostos pela MCSP (2010).....</b>	<b>138</b>
<b>Anexo V - Novos Indicadores.....</b>	<b>146</b>

## Índice de Tabelas

	<b>Pag.</b>
Tabela 3.1 - Matriz de indicadores de desempenho propostas para as UCC.....	31
Tabela 5.1 - Total de UCC participantes por região de Portugal continental.....	43
Tabela 5.2 - Nº de colaboradores em cada UCC da amostra.....	45
Tabela 5.3 - Projetos em desenvolvimento nas UCC por categoria.....	47
Tabela 5.4 - Projetos em desenvolvimento nas UCC hierarquizados.....	48
Tabela 5.5 - Outros projetos em desenvolvimento nas UCC.....	49
Tabela 5.6 - Projetos considerados como mais significativos pelos coordenadores...	50
Tabela 5.7 - Projetos considerados como prioritários para contratualização.....	51
Tabela 5.8 - Indicadores hierarquizados por percentagem de respostas positivas quanto ao grau de adequabilidade percecionada.....	52
Tabela 5.9 - Indicadores de acesso/acessibilidade.....	54
Tabela 5.10 - Indicadores de qualidade técnico científica.....	55
Tabela 5.11 - Indicadores de satisfação / produtividade / efetividade e resultado...	56
Tabela 5.12 - Principais motivos para classificar os indicadores como pouco adequados ou não adequados.....	57
Tabela 5.13 - Possível motivo de inadequabilidade - Falta de sistemas de informação adequados.....	58
Tabela 5.14 - Possível motivo de inadequabilidade - Indicador muito ambicioso....	60
Tabela 5.15 - Possível motivo de inadequabilidade - Inexistência de projeto compatível na UCC.....	61
Tabela 5.16 - Possível motivo de inadequabilidade – Projeto atribuído a outra UF.	63

Tabela 5.17 - Sugestão de alteração dos indicadores propostos pela MCSP (Ministério da Saúde, 2010).....	64
Tabela 5.18 - Indicadores na área da educação para a saúde.....	66
Tabela 5.19 - Indicadores na área do apoio materno-infantil.....	66
Tabela 5.20 - Indicadores na área de apoio na doença crónica.....	67
Tabela 5.21 - Indicadores na área da unidade móvel de saúde.....	67
Tabela 5.22- Indicadores na área de ajudas técnicas.....	67
Tabela 5.23 - Indicadores na área das parcerias na comunidade.....	68
Tabela 5.24 - Indicadores na área da reabilitação.....	68
Tabela 5.25 - Indicadores na área relacionada com pessoas com necessidades especiais.....	68
Tabela 5.26 - Indicadores na área da saúde escolar.....	69
Tabela 5.27 - Indicadores na área de apoio a grupos vulneráveis.....	69
Tabela 5.28 - Esboço de um BSC para as UCC.....	73

## Índice de Figuras

	<b>Pag.</b>
Figura 2.1 - Representação dos sistemas de informação na contratualização interna...	10
Figura 3.1 - Categorias dos indicadores de desempenho.....	22
Figura 3.2 - BCS versão original segundo Kaplan e Norton (1992). ....	25
Figura 3.3 - BCS modelo adaptado ao setor público e às organizações sem fins lucrativos.....	26
Figura 5.1 - Representação das várias regiões do país no total da amostra .....	43
Figura 5.2 - Ano de abertura das UCC da amostra.....	44
Figura 5.3 - Número de habitantes servidos pelas UCC da amostra.....	44
Figura 5.4 - Esboço de um mapa estratégico para as UCC .....	72

## **Lista de abreviaturas e siglas**

### **Abreviaturas**

Nº- Número

Pag.- Pagina

### **Siglas**

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BI - Bilhete de Identidade

BSC - Balance Score Card

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CPNP – CPNP

CS - Centros de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL - Equipa Coordenadora Local

EGS - Exame Global de Saúde

ERA - Equipas Regionais de Apoio

ESE - Equipa de Saúde Escolar

GTDCSP - Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários

ICES - Institute for Clinical Evaluative Science

IMC - Índice de Massa Corporal

IP - Intervenção Precoce

LVT - Lisboa e Vale do Tejo

MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários

NACJR - Núcleo de Crianças e Jovens em Risco  
NSE - Necessidades de Saúde Especiais  
OECD - Organisation for Economic Cooperation and Development  
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde  
PD - Plano de Desempenho  
PIAF - Plano Individualizado de Apoio à Família  
PIB - Produto Interno Bruto  
PIP - Programa de Intervenção Precoce  
PII - Plano de Intervenção Interdisciplinar  
PIIP - Plano Individual de Intervenção Precoce  
PNV - Plano Nacional de Vacinação  
PNS - Plano Nacional de Saúde  
PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar  
QTC - Qualidade Técnico Científica  
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados  
RSI - Rendimento Social de Inserção  
RNNACJR - Rede Nacional de Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco  
SAM - Sistema de Apoio ao Médico  
SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem  
SIDA - Síndrome de imunodeficiência adquirida  
SINUS - Sistema de Informação para as Unidades de Saúde.  
SNS - Serviço Nacional de Saúde  
SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância  
SRS - Sub-Regiões de Saúde  
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade  
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
UF - Unidade Funcional  
ULS - Unidade Local de Saúde  
UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund  
UP – Úlcera de Pressão  
USF - Unidades de Saúde Familiar  
USP - Unidade de Saúde Pública  
URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados  
VIH - Vírus de Imunodeficiência Humana

WHO - World Health Organization

RSI – Rendimento Social de Inserção

## **Agradecimentos**

Aos meus orientadores, Professora Doutora Carla Amado e Dr. José Queimado, devo os comentários críticos, as sugestões e o empenho para que este estudo chegasse a bom termo.

A toda a minha família, nas pessoas do meu filho Miguel, o meu marido Luís, da minha prima Bela como pedido de desculpas pelas minhas ausências.

Aos meus pais, Margarida e Adolfo, pelo seu apoio incondicional, especialmente nos momentos de desânimo.

Aos amigos Sara Brito, Henrique Feio, Emiliania Martins, Filomena Matos e Nuno Murcho pelo apoio técnico e amizade incondicional.

A todos os Coordenadores que participaram no estudo e a todos os facilitadores do processo, nomeadamente responsáveis que contatei aos níveis das ARS/ULS/ACES, a quem peço desculpa por não colocar os nomes, pois são muitos.

À Seção Regional do Sul pelo apoio na divulgação do estudo.

A toda a equipa da UCC Olhar +, pela inspiração e apoio que me deram.

A todos Vós, agradeço as colaborações que, direta ou indiretamente, me prestaram.

## Resumo

As Unidades de Cuidados de Saúde na Comunidade (UCC) foram criadas com a atual reforma dos Cuidados de Saúde Primários. A sua missão encaixa na nova filosofia de Governação Clínica e Cidadania em Saúde, realizando cuidados integrados e projetos para ganhos em saúde a curto, médio e longo prazo. Contudo, estas Unidades apresentam algumas dificuldades ao nível da avaliação de desempenho e da contratualização, não existindo um sistema integrado de avaliação de desempenho das mesmas a nível nacional. O único instrumento disponível é uma matriz de 35 indicadores de desempenho, cuja adequabilidade ainda não foi estudada.

Esta dissertação pretende explorar as várias dimensões da avaliação de desempenho destas unidades, dando especial atenção aos projetos desenvolvidos e à adequabilidade dos indicadores de desempenho propostos a nível nacional, contribuindo de forma humilde para melhor compreensão do fenómeno.

Com o objetivo de estudar a adequabilidade da matriz de indicadores de desempenho disponível, foi realizado um inquérito por questionário autoadministrado aos coordenadores das UCC. Com este inquérito obtivemos uma taxa de resposta global de 49,2%, o que corresponde a um total de 92 questionários preenchidos.

Os resultados obtidos revelam que a carteira de serviços das UCC em estudo é muito abrangente (foram mencionados 72 projetos diferentes pelos inquiridos) o que torna o processo de avaliação bastante complexo. Os projetos mais frequentes a nível nacional são desenvolvidos na área da saúde escolar, promoção de estilos de vida saudáveis e equipa de cuidados continuados integrados. Os indicadores de desempenho considerados mais adequados são os de acesso e de satisfação de utentes e profissionais. Os indicadores considerados menos adequados são os de qualidade técnico-científica. O estudo revela ainda os motivos indicados para a inadequabilidade percebida dos indicadores e apresenta sugestões de novos indicadores. Foi ainda proposto um esboço de um Balance Scorecard adaptado à UCC utilizando os resultados obtidos.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde Primários, Unidade de Cuidados na Comunidade, Avaliação de Desempenho, Carteira de Serviços, Indicadores, Contratualização

## **Abstract**

Community Health Units (CHUs) were introduced in the current reform of the primary health care services. Their mission fits the new philosophy of clinical governance and citizenship in health and they deliver integrated care aiming to achieve gains in health on short, medium and long term. However, the performance assessment of these units faces some challenges and there is no stable national framework appropriate to support a pay for performance programme with CHUs. The only available instrument is a list of 35 performance indicators whose suitability hasn't yet been studied.

The aim of this dissertation is to exploit in a global way the different dimensions of performance evaluation of these facilities, paying special attention to the ongoing projects and the suitability of the performance indicators proposed on a national level, contributing in a humble way to a better understanding of the phenomenon.

With the objective of studying the suitability of the list of performance indicators available, we have undertaken a survey through self-administered questionnaires to the CHUs' coordinators. An overall response rate of 49,2% was obtained, which corresponds to a total of 92 questionnaires received.

The results show that the portfolio of service of CHUs in study is very wide (72 different projects were identified by the coordinators of the CHUs in the sample), which makes the evaluation process quite complex.

The most frequent projects are developed in school health, promotion of healthy lifestyles and teams of integrated continuum of care. The performance indicators considered more suitable are those related with the satisfaction of users and professionals. The indicators considered less suitable are those related with technical and scientific quality. This study also identifies some of the reasons for the perceived inadequacy of the indicators and presents some suggestions of new indicators. From the results obtained, it was also been proposed a sketch of a Balance ScoreCard adapted to the CHU.

Key words - Primary Health Care, Community Health Units, performance assessment, portfolio of service, indicators, pay for performance.

## 1. INTRODUÇÃO

As dificuldades que as nações enfrentam no contexto económico, nomeadamente ao nível da contenção orçamental, colocam novos desafios quanto à gestão estratégica dos sistemas de saúde para serem mais eficientes e criarem valor em saúde. Estas dificuldades incitam os países a efetuarem uma maior proximidade aos princípios da Declaração de Alma-Ata em 1978, colocando os Cuidados de Saúde Primários (CSP) no centro do sistema de saúde. Os CSP devem corresponder às expectativas das sociedades contemporâneas que exigem mais dos sistemas de saúde ao nível do cidadão, das famílias e da comunidade, exigindo uma maior equidade em saúde, com serviços de qualidade, centrados nas necessidades das pessoas (World Health Organization (WHO), 2008).

Esta nova abordagem, que coloca os CSP no centro do sistema, permitiu que se reunissem condições sociais e políticas para reformar os sistemas de saúde (WHO, 2008). De acordo com esse objetivo, Portugal, à semelhança de outros países, desenvolveu várias reformas ao longo do tempo. A partir de 2005, iniciou-se a atual reforma com importantes alterações a nível da conceitualização, organização e funcionamento dos CSP. Esta reforma assenta num novo paradigma de orientação estratégica e de responsabilização na descentralização e flexibilização das Unidades Funcionais (UF). Um dos principais aspetos desta reforma foi a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), constituídos por várias UF, cada uma delas assente em equipas multidisciplinares que desenvolvem a sua missão concorrendo para os seus objetivos estratégicos, que de um modo geral, ambiciona a melhoria do estado de saúde da comunidade, corroborando com os princípios dos CSP defendidos no País.

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), parte integrante dos ACES/Unidade Local de Saúde (ULS), presta cuidados integrados e de proximidade, especialmente a grupos vulneráveis e de risco, através da atuação de equipas multidisciplinares que potenciam o envolvimento e responsabilização das comunidades e das instituições, na promoção/adoção de comportamentos e atitudes saudáveis reforçando, deste modo, a filosofia dos CSP.

Escolhi a UCC, como foco deste estudo, por ser uma unidade recente, criada com a atual reforma dos CSP e por enfrentar múltiplos desafios, quer ao nível da afirmação da

sua missão no contexto comunitário (normalização das carteiras de serviços), quer ao nível do sistema de avaliação de desempenho instituído pela tutela através de indicadores de desempenho. Atualmente ainda parece existir dificuldade na monitorização desses indicadores ao nível dos sistemas de informação, não existindo a nível nacional nenhum *framework* estabilizado para auxiliar a avaliação de desempenho destas unidades de saúde com vista à contratualização.

A avaliação de desempenho é essencial para assegurar a qualidade e a sustentabilidade dos sistemas de saúde, pois permite conhecer se o desempenho das unidades de saúde corrobora com os objetivos estratégicos estabelecidos pela organização. Os desafios da avaliação da prestação de cuidados na comunidade são imensos, pois existe muita dificuldade em avaliar todas as dimensões envolvidas, agravada pela carência de diagnósticos de saúde na comunidade.

Neste trabalho irei analisar esta unidade, abordando aspetos relacionados com a definição e aperfeiçoamento das carteiras de serviços e indicadores de desempenho de suporte ao processo de contratualização. Neste sentido, constitui objetivo geral deste trabalho: avaliar o grau de adequabilidade percecionada pelos coordenadores das UCC, acerca dos indicadores de avaliação de desempenho propostos no documento de trabalho da Missão dos Cuidados de Saúde Primários (MCSP) (Ministério da Saúde, 2010a), face às carteiras de serviços em desenvolvimento nas UCC nacionais. Por forma a conseguir operacionalizar este objetivo geral, definimos os seguintes objetivos específicos: a) Fazer um levantamento dos principais projetos em desenvolvimento nas UCC estudadas; b) Enumerar os projetos desenvolvidos pelas UCC considerando a carteira de serviços prioritária, definida pelo despacho nº 10143/2009 de 16 de abril, que regulamenta a Organização e Funcionamento das UCC; c) Avaliar a adequabilidade percecionada pela população alvo dos indicadores de desempenho propostos anteriormente, para a contratualização interna com as UCC, através de questionários aos coordenadores; d) Identificar as principais razões apontadas pelos coordenadores das UCC para a falta de adequabilidade dos indicadores de desempenho estudados; e) Apresentar uma lista reformulada de indicadores de desempenho com base nas alterações que os coordenadores consideram pertinentes para aumentar a sua adequabilidade; f) Desenhar um esboço de um possível BSC para as UCC, de acordo com as áreas chave e os projetos mais referidos pelos inquiridos, a nível nacional.

Para além deste capítulo de introdução, a restante parte deste trabalho encontra-se estruturada em mais cinco capítulos.

No capítulo II efetuarei um breve enquadramento teórico, descrevendo alguns aspetos relacionados com a importância dos CSP em Portugal, abordando as alterações organizacionais sofridas ao longo do tempo, com especial enfoque na atual reforma. Irei caracterizar a UCC relativamente à sua missão, carteira de serviços, contributo para a execução do Plano Nacional de Saúde (PNS) em Portugal e para a sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

No capítulo III abordarei a importância da avaliação de desempenho nos sistemas de saúde e nos CSP, efetuando uma breve contextualização sobre o estado da arte em termos da literatura consultada. Irei apresentar também de forma sucinta algumas considerações acerca da avaliação de desempenho em cuidados na comunidade, incluindo um breve resumo do que tem sido feito nesta área em Portugal. Abordarei algumas experiências de contratualização interna efetuadas entre os ACES e as UCC em algumas regiões do País.

No capítulo IV irei descrever a metodologia de investigação utilizada, nomeadamente o paradigma seguido, tipo de estudo, instrumento de recolha de dados e métodos escolhidos para analisar os dados recolhidos.

No capítulo V apresentarei os resultados do estudo, caracterizando a amostra e analisando os projetos em desenvolvimento nas UCC. Examinarei a adequabilidade percebida pelos coordenadores acerca dos 35 indicadores. Apresentarei ainda as propostas de novos indicadores sugeridos pelos inquiridos, as quais não estavam contempladas no documento do MCSP (Ministério da Saúde, 2010a) e um esboço de um BSC para as UCC nacionais baseado nos resultados do estudo .

Por fim, no capítulo VI explanarei as principais conclusões do trabalho abordando os seus possíveis contributos e limitações, efetuando, simultaneamente, sugestões para futuras investigações.

## **2. ENQUADRAMENTO DO ESTUDO**

### **2.1 CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL**

Em Portugal, como no resto da Europa, os sistemas de saúde encontram-se em reestruturação desde a década de 70, para responder aos diversos problemas sociodemográficos e de saúde que foram surgindo, resultantes das necessidades crescentes da população, tais como: o aumento da esperança de vida, o aumento da prevalência de doenças crónicas, o aumento dos problemas associados ao envelhecimento, a inadequação de cuidados prestados face às expectativas dos cidadãos, os avanços tecnológicos, a falta de articulação entre os CSP e os hospitalares, entre outros (Observatório Português dos Sistemas da Saúde (OPSS), 2008; WHO, 2008).

Neste âmbito surge a Declaração de Alma-Ata, que é defendida pela WHO como o motor impulsionador para a promoção dos CSP em todo o mundo. Esta declaração foi escrita na Conferência Internacional realizada no Cazaquistão, em 1978 onde se afirma, no ponto VI, o seguinte:

“os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceites, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação.

Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, como do desenvolvimento social e económico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (tradução livre de WHO e United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), 1978:2).

Os CSP constituem o alicerce do sistema de saúde de qualquer país, prestam serviços ao longo de todo o ciclo de vida da pessoa, na saúde e na doença, privilegiando a promoção da saúde e prevenção da doença de modo individual e comunitário, contribuindo, deste modo, para o bem-estar económico e social (Afonso, 2010). Estes distinguem-se dos cuidados de saúde hospitalares, porque apresentam as seguintes características: preocupam-se com a população nas vertentes saúde e doença (quer aguda, quer crónica); fomentam a continuação de cuidados e gestão dos processos assistenciais; promovem a saúde dos cidadãos, famílias e comunidade; devem atingir uma capacidade

resolutiva muito elevada, diminuindo a necessidade de encaminhamentos para o hospital (Ministério da Saúde, 2012a).

Em Portugal os CSP têm um histórico de 42 anos. Os primeiros Centros de Saúde (CS) surgiram a partir de 1971. Têm sofrido diversas reformas ao longo dos anos, evoluindo de acordo com os enquadramentos histórico-políticos que foram surgindo. Identificam-se assim quatro momentos marcantes na organização dos CSP portugueses: o início dos CSP, a nova alteração organizacional, propostas inovadoras de reestruturação e a última reforma dos CSP (Branco e Ramos, 2001; Direção-Geral da Saúde (DGS), 2002; Ministério da Saúde, 2006a; OPSS, 2008; OPSS 2009; Escoval, Ribeiro e Matos, 2009c; Escoval, Ribeiro e Matos, 2009d; Afonso, 2010; Escoval, Ribeiro e Santos (2010a). Seguidamente irei abordar de forma sucinta esses momentos.

#### Início do desenvolvimento dos CSP (1971-1982)

Entende-se que a primeira grande reforma da saúde ocorreu em 1971 com a criação dos CS de primeira geração (Reforma de Gonçalves Ferreira), que apresentou o primeiro ensaio para a criação do SNS (OPSS, 2008). A primeira geração de CS durou até 1982. Neste período, existiu uma melhoria significativa nos principais indicadores de saúde materno-infantil e da incidência das doenças transmissíveis. O CS tinha um perfil de atuação prioritariamente ligado à prevenção e ao acompanhamento de alguns grupos de risco e desenvolvia a prática da saúde pública (vacinação, saúde escolar, vigilância materno infantil, etc.) (Branco e Ramos, 2001).

Em 1979 foi criado o SNS, como um serviço nacional, universal, geral e gratuito, que lutava pelo direito à proteção e promoção da saúde garantida pelo Estado Português (Branco e Ramos, 2001).

#### Nova Alteração na Organização dos CSP (1982-1995)

Outro período significativo ocorreu entre 1982 e 1995, com a implementação da segunda geração de CS que teve início em 1983, surgindo nesta altura os CS integrados (constituídos pelos CS de primeira geração e pelos postos das caixas de previdência). Esta fase caracteriza-se por apresentar um modelo organizativo normativista assente numa tutela centralista e distante das Sub-Regiões de Saúde (SRS) e Administrações Regionais de Saúde (ARS). Este modelo originou insatisfação e desmotivação de muitos dos profissionais de saúde e ainda o desajustamento em relação às expectativas e necessidades da comunidade (Branco e Ramos, 2001; DGS, 2002).

Para colmatar as debilidades do SNS, foi criada a Lei de Bases da Saúde em 1990 (Branco e Ramos, 2001).

#### Propostas Inovadoras de Reforma dos CSP (1996-2004)

Na tentativa de resolver alguns dos constrangimentos sentidos, surgiram a partir de 1996, por parte de alguns profissionais, sugestões de mudança através de debates e projetos experimentais de inovação organizativa, tais como os projetos *Alfa* (na Região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT)) (Branco e Ramos, 2001).

Em 1997 surgem os Despachos Normativos n.º 45/1997 e n.º 46/1997 de 8 de agosto. O primeiro define as normas de distribuição de recursos financeiros, humanos e tecnológicos para o ano de 1998, considerando: a importância da articulação da política de recursos e o plano de investimento com os objetivos estratégicos; a necessidade do controlo das despesas através da responsabilização de todos os serviços intervenientes, a estratégia de mudança através da introdução de instrumentos de contratualização e a separação gradual entre financiador e prestador com a implementação e desenvolvimento das agências de acompanhamento dos serviços de saúde. O segundo Despacho revela as orientações para a instalação e funcionamento das agências de acompanhamento dos serviços de saúde junto das ARS, considerando o cidadão como centro do sistema de saúde e que a missão da supracitada agência é defender os interesses dos cidadãos e da sociedade para potenciar a eficiência e equidade da prestação de cuidados.

Surgem a partir de 1998, novos modelos de trabalho em equipa que favorecem e permitem argumentos técnicos e políticos para originar o Regime Remuneratório Experimental (aprovado em 1998), o qual se baseou na atribuição de incentivos financeiros de acordo com o desempenho dos médicos de clínica geral, não abrangendo outros profissionais (Branco e Ramos, 2001).

Em 1999 surgiu a primeira ULS instituída no Concelho de Matosinhos, com o intuito de promover a integração vertical dos CSP e hospitalares do SNS, existentes naquela área geográfica (Ministério da Saúde, 2006a; Decreto-Lei n.º 207/99 de 9 de Junho). Este modelo de organização dos Serviços de Saúde expandiu-se existindo atualmente oito ULS em funcionamento (Matosinhos, Nordeste, Alto Minho, Castelo Branco; Guarda; Nordeste Alentejano, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral) com efetiva autonomia técnica e financeira (Administração Central dos Sistemas da Saúde (ACSS), 2013).

O Ministério da Saúde diligenciou no sentido de originar estruturas de orientação estratégica centrada no cidadão numa abordagem multidisciplinar, orientada para a obtenção de ganhos em saúde surgindo em 1999 o conceito de CS de Terceira Geração (Branco e Ramos, 2001; DGS, 2002). Apesar da estratégia delineada, este modelo nunca chegou a ser implementado (OPSS, 2008).

Outra tentativa de reestruturação surgiu em 2003 com a criação da Rede de Cuidados de Saúde Primários, a qual nunca foi implementada, sobretudo por falta de envolvimento dos profissionais de saúde e outros *stakeholders* (parte interessada ou interveniente) (OPSS, 2008).

#### A última Reforma dos CSP (a partir de 2005)

Os CSP em 2005 caracterizavam-se por: CS medicocêntricos, com políticas do tipo “comando-controlo”, existência de muitos utentes sem médico de família, consultas com tempos de espera elevados, complicações na articulação interinstitucional, fracas infraestruturas, inexistência de marketing institucional, falta de equipamentos técnicos, sistemas de informação desadequados, política de recursos humanos pouco atrativa e fracas competências de liderança (OPSS, 2008).

Neste contexto surgiu o Decreto-Lei n.º 88/2005 que deu origem à atual reforma, existindo na época uma aposta na criação de uma forte base legislativa, política e social para orientar a transformação do complexo sistema de saúde (OPSS, 2008). Na época foram criados grupos de trabalho (como exemplo o Grupo Técnico para a Reforma dos CSP e o grupo MCSP), para conduzir o projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos CS e implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF), com o objetivo de desenvolver as ferramentas legais e operacionais necessárias para a reforma metodológica da estrutura dos CSP, e monitorizar o desenrolar da mesma (Ministério da Saúde, 2006a).

Com a criação dos ACES, através do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, os antigos CS são agrupados e reestruturados administrativa e hierarquicamente. Os ACES encontram-se orientados para obter ganhos em saúde na sua área de abrangência, possibilitando abordagens epidemiológicas organizadas e consideráveis economias de escala (Ministério da Saúde, 2012a). Possuem autonomia administrativa e tendem a desenvolver relações de contratualidade com todas as UF que os integram, designadamente: as USF e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), cuja missão é prestarem cuidados à pessoa e família; as UCC que prestam cuidados a grupos

vulneráveis, com necessidades especiais e intervêm na comunidade, as Unidades de Saúde Pública (USP) que têm a missão de observatório local de saúde, proteção/promoção da saúde da população e intervenção comunitária. Existem ainda as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) que são constituídas por vários profissionais que proporcionam apoio assistencial às outras unidades (Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro). No entanto, todas as unidades em especial a UCC, a USP e a URAP devem funcionar com plasticidade, privilegiando a dinâmica de equipa funcional, transversal e em rede para responder eficientemente às necessidades reais da comunidade que servem (Ministério da Saúde, 2011).

O OPSS (2009) refere que a atual reforma proporcionou: a formação das UF; a origem de estratégias reformadoras do tipo “*bottom up*” (de baixo para cima); a formação de uma matriz de indicadores associados às carteiras básicas de serviços das USF (em termos de acesso, desempenho assistencial, qualidade e eficiência); a formação de profissionais; um novo modelo estrutural de arquitetura organizacional em rede nos ACES; o trabalho em equipa multiprofissional; maior ênfase nas atividades de promoção da saúde e prevenção da doença; uma vigilância epidemiológica; a investigação em saúde (controlo e avaliação de resultados); a formação de estruturas para a coordenação dos processos de governação clínica e a criação de estruturas para a participação da comunidade.

Escoval et al. (2010a) referem que com esta reforma foi possível a transformação de um modelo de gestão baseado no tipo “comando-controlo” para “um modelo contratual”. A presença da contratualização no contexto das reformas em vários países é constante (Escoval et al., 2009c). Este modelo promove a separação institucional entre as funções de financiador e prestador de serviços. Apesar de algumas diferenças significativas das diversas formas de contratualização desenvolvidas em cada país, todos apontam a contratualização como meio para alcançar maior eficiência nos recursos utilizados, maior equidade e integração dos cuidados, impõe-se contudo a necessidade de aquisição de formação e competências próprias por parte dos intervenientes (Escoval et al., 2010a).

Segundo Afonso (2010), a contratualização em CSP, inicia-se com a negociação de propostas de objetivos de desempenho com as unidades, firmando-se um compromisso entre a administração em saúde e os prestadores. Esta estimula a prestação de cuidados de elevada qualidade, com enfoque na promoção da saúde e na prevenção da doença. É declarada como uma ferramenta estratégica, pois incentiva as boas práticas ao nível clínico e económico; permite melhorar a acessibilidade; fomenta a responsabilização e confiança

no sector; permite aumentar a qualidade; promove a aquisição de ganhos em saúde e facilita o aumento da eficiência do sistema (Escoval et al., 2009d).

O Ministério da Saúde Português, através da ACSS, do grupo MCSP e do Grupo de Coordenação Estratégica, publicou diversos documentos de orientação/avaliação acerca da reforma dos CSP e da contratualização. Em 2006 foi publicado o documento “Contratualização com as Unidades de Saúde Familiares para 2007” (Ministério da Saúde, 2006b). Este instrumento abordava as diversas fases do processo, tais como: definição de indicadores (matriz constituída por indicadores nas dimensões: acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho económico); negociação de metas da carteira de serviço (metas definidas com base no histórico); processo de auditoria interna (implementação de um processo de autoavaliação e realização de relatório de atividades); monitorização de indicadores (realizada de forma automatizada) e a métrica de avaliação das metas contratualizadas que conferem incentivo institucional.

No ano de 2010 foram implementados experimentalmente dois instrumentos junto dos ACES: o Plano de Desempenho e o Contrato-programa para promover a autonomização e a responsabilização dos prestadores. Só em 2010 “...os Diretores Executivos/Conselhos Clínicos com o apoio dos Departamentos de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde, desencadearam a respetiva contratualização interna com as USF, dando continuidade ao processo iniciado em 2006.” (Ministério da Saúde, 2010b:4).

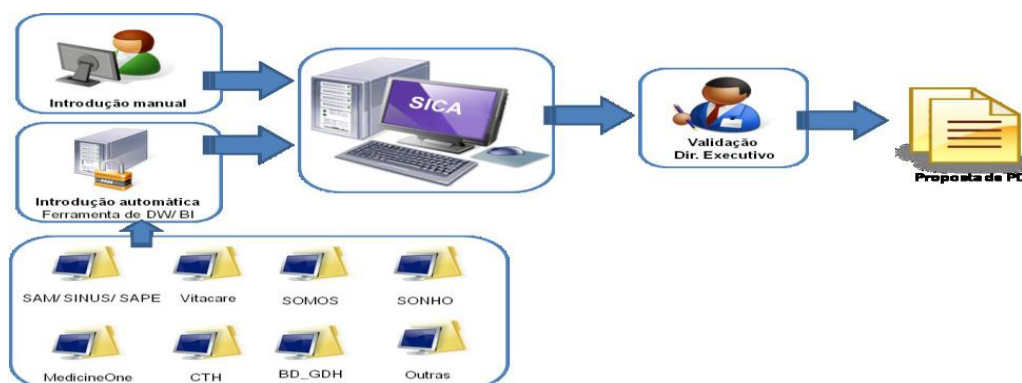
O processo de contratualização com as UF tem, segundo o Ministério da Saúde, duas modalidades distintas, a externa (ACES/ARS), vinculada com a assinatura do contrato programa e a contratualização interna (ACES/UF), formalizada com a assinatura de cartas de compromisso (Ministério da Saúde, 2010b).

De acordo com OPSS (2010), para que o mecanismo de contratualização funcione é imprescindível uma aposta na qualidade dos sistemas de informação, de modo a que seja possível realizar a monitorização, acompanhamento e avaliação sistemática de resultados com o maior rigor e transparência. Esta reforma permitiu, sobretudo após a criação das USF, um maior investimento nos sistemas informáticos, possibilitando, para além do sistema de informação de apoio à prática clínica obrigatória, o acesso a outras duas aplicações distintas das utilizadas pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira (Vitacare e Medicineone). Esta possibilidade, para lá dos benefícios, acarretou riscos e provocou constrangimentos ao nível da comunicabilidade entre os sistemas informáticos de registo em saúde e entre unidades. Os constrangimentos ainda não foram ultrapassados,

pois observam-se atualmente a prevalência da incomunicabilidade entre os sistemas SINUS (Sistema de Informação para as Unidades de Saúde), SAM (Sistema de Apoio ao Médico), SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), Vitacare e MedicineOne, o que provoca muitas dificuldades e impossibilita por vezes a continuidade dos cuidados nomeadamente entre as UCC e as USF.

A figura 2.1 apresenta os sistemas de informação utilizados nos CSP em Portugal.

Figura 2.1- Representação dos sistemas de informação na contratualização interna



Fonte: Ministério da Saúde (2009a) in ACES Proposta de Plano de Desempenho (PD).

No estudo de investigação realizado por Escoval et al. (2010a), no âmbito da perceção dos profissionais dos CSP, acerca da experiência de contratualização, os autores verificaram que, de um modo geral, as experiências relatadas pelos intervenientes foram positivas, mas salientam alguns pontos fracos, tais como:

- Persistente défice na qualidade dos sistemas de informação em saúde e de uma cultura de *benchmarking* nas organizações.
- O processo de contratualização que deveria respeitar a equidade na distribuição dos recursos não respeita as assimetrias regionais.
- A medição dos indicadores não respeita os diferentes estádios de experiência e desenvolvimento das equipas. Existe dificuldade na monitorização desses indicadores o que origina perdas de efetividade e perceção de fraca qualidade dos dados.
- O processo de contratualização pode ser posto em causa por processos de negociação impositivos e inflexíveis.
- Verificam-se falhas ao nível da formação das equipas e competências de liderança que colocam em causa o espírito reformista.
- O sistema de incentivos não permite uma correta ligação ao desempenho e resultados.

- O desajuste no modelo de financiamento do SNS.
- A inexistência de um processo de governação clínica, que assegure que os profissionais se responsabilizem pelos atos da sua prestação de serviços.
- Os sistemas de acreditação e de garantia da qualidade, apesar de terem uma importância estratégica na atual reforma, são uma realidade distante das organizações.

O Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (GTDCSP) (Ministério da Saúde, 2012b) salienta que para alcançar os objetivos estratégicos propostos na atual reforma dos CSP é fundamental investir nas seguintes áreas: sistemas de informação (arquitetura e tecnologias); capacitação dos recursos humanos; estruturas físicas e equipamentos dos CS; governação clínica e de saúde; controlo interno da gestão; descentralização da gestão das ARS para os ACES; desenvolvimento das UF e órgãos do ACES; contratualização; sistemas retributivos, inovação, qualidade, acreditação e auditorias.

Em Portugal, a reorganização dos CSP ainda se encontra em desenvolvimento, sendo necessário aperfeiçoar a estratégia nacional para a implementação do processo de contratualização com as diversas equipas funcionais intervenientes (Ministério da Saúde, 2010b). Atualmente nas UF dos ACES/ULS existem profissionais e equipas com diferentes percursos e experiências de contratualização, com interesses diferentes e em diversas fases de desenvolvimento organizacional. Assim “... é necessário, em primeiro lugar, uniformizar a linguagem de contratualização e encontrar, na diversidade, um caminho indistinto partilhado por todos.” (Escoval et al., 2010a:5). No próximo subcapítulo vou dar a conhecer de forma mais abrangente a UCC, UF pertencente ao ACES/ULS que surgiu com a atual reforma e que, como já referi, é o objeto deste estudo.

## **2.2 UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE**

A UCC é uma das unidades funcionais dos ACES/ULS, cujo funcionamento se processa com autonomia técnica, em articulação interinstitucional e intersectorial, no desenvolvimento da sua missão (Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro).

### **2.2.1 Missão e Objetivos da Unidade de Cuidados na Comunidade**

A missão da UCC é colaborar 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 modo direto para o cumprimento da missão do ACES em que

se integra” (artigo 3.º, ponto 1 do Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril).

Estas unidades, de acordo com o artigo 3.º do referido Despacho, têm como objetivos:

- Prestar cuidados de saúde e apoio psicológico/social ao nível domiciliário e comunitário, principalmente às pessoas, famílias/grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco de dependência física e funcional ou patologia, que requeira cuidados de proximidade.
- Intervir na educação para a saúde da comunidade.
- Desenvolver e integrar redes de apoio à família.
- Implementar unidades móveis de intervenção.
- Garantir a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.
- Participar na formação de diversos grupos de profissionais nas fases: pré-graduada, pós-graduada e contínua.

### **2.2.2 Características da Equipa e Articulação com os *Stakeholders***

A UCC dirige a sua atuação seguindo o plano de ação, o regulamento interno e a carta de qualidade. Esta unidade é preferencialmente multidisciplinar, constituída por vários profissionais (enfermeiros, médicos, nutricionistas/dietistas, psicólogos, fisioterapeutas, higienistas orais, terapeutas ocupacionais, assistentes operacionais, assistentes técnicos, entre outros), responsáveis pelo desenvolvimento das atividades em curso na unidade. Os profissionais da UCC exercem as suas funções com autonomia técnica, sob a liderança do coordenador da unidade (Artigo 3, ponto 1 do Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril).

Esta unidade encarrega-se de prestar cuidados de saúde integrados, articulados, diferenciados e de proximidade à comunidade que serve. De acordo com o artigo 4º, ponto 3 do Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril, apresenta os seguintes princípios:

“a) Cooperação, exigida a todos os elementos da equipa para a concretização dos objectivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde; b) Solidariedade e trabalho de equipa; c) Autonomia, assente na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do plano de acção; d) Articulação com as outras unidades funcionais do ACES; e) Parceria com estruturas da comunidade local (autarquias, segurança social, instituições privadas de solidariedade social, associações e outras); f) Avaliação contínua que, sendo objectiva e permanente, visa a adopção de medidas correctivas dos desvios susceptíveis de pôr em causa os objectivos do plano de acção e da qualidade dos cuidados; g) Gestão participativa assente num sistema de comunicação e de relações entre todos os seus profissionais, promotores de ganhos de motivação e satisfação profissional.”

A área geográfica de intervenção da UCC é a zona territorial abrangida pelo CS local, na qual a UCC assume o compromisso assistencial de prestar cuidados, de acordo

com a sua missão, abrangendo toda a população. As suas instalações físicas situam-se frequentemente nas instalações desse CS, normalmente na sede de Concelho (Ministério da Saúde, 2010a).

O compromisso assistencial da UCC é estabelecido pela execução da carteira de serviços, referida no seu plano de ação. Este deverá ser 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).

### **2.2.3 Carteira de Serviços**

O compromisso assistencial da UCC é influenciado por várias características, tais como: características sociodemográficas; carências da comunidade; acessibilidade geográfica; horário de funcionamento e cobertura assistencial (com os projetos constantes da carteira de serviços) (artigo 5.º do Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril).

Relativamente à carteira de serviços da UCC, encontra-se normalizada no artigo 9º do Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril que, no seu ponto 2, começa por salientar que: “os cuidados de saúde por ela prestados devem ser definidos considerando o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas no PNS e centrando a sua organização numa coordenação efetiva entre os programas em desenvolvimento”. Para melhor compreensão da carteira de serviços da UCC importa clarificar o conceito de programa e projeto no contexto dos CSP. Assim:

Programa - Grupo de atividades organizado, que permite concretizar objetivos e metas num contexto mais geral (ex.: Programas Nacionais). Usualmente concretizam-se a médio-longo prazo, e podem ser constituídos por projetos (DGS, 2002).

Projeto - Conjunto organizado de atividades, que permitem concretizar objetivos, dentro de um programa. Usualmente concretizam-se a curto prazo (DGS, 2002).

Como já referido anteriormente, a carteira de serviços das UCC, deve ter como base as estratégias definidas no PNS. Neste âmbito foram definidos para o PNS 2012-2016 nove Programas Nacionais Prioritários, nomeadamente, o programa nacional para a: Diabetes; Infecção Vírus Imunodeficiência Humana (VIH)/Síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA); Prevenção e Controle do Tabagismo; Promoção da Alimentação Saudável; Saúde Mental; Doenças Cérebro-cardiovasculares; Doenças Oncológicas; Doenças Respiratórias e de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antibióticos (Ministério da Saúde, 2012c).

As UCC, no âmbito da sua carteira de serviços, colaboram para a operacionalização de algumas dimensões do PNS através da execução de projetos de saúde, que elaboram, de acordo com as necessidades identificadas na comunidade que abrangem. Apesar de todos os programas poderem ser utilizados pelas UCC (ainda que de forma parcial) os seus planos de ação devem ser alinhados com a estratégia nacional do PNS e com as prioridades locais, através do desenvolvimento de estratégias locais de saúde. Assim, pela sua importância, iremos enumerar os programas nacionais que, à luz da missão da UCC, poderão ser considerados no desenvolvimento da carteira de serviços desta UF. Assim podem ser considerados o Programa Nacional de: Saúde Oral; Saúde Escolar; Saúde Reprodutiva; Promoção da Saúde em Crianças e Jovens; Saúde das Pessoas Idosas; Vacinação; Luta contra a Tuberculose; Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares; Controlo da Asma; Prevenção e Controlo das Doenças Pulmonares Obstrutivas Crónicas; Luta contra a Obesidade; Luta contra as Doenças Reumáticas; Luta contra a Depressão; Prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool; Prevenção do Consumo de Drogas Ilícitas; Luta contra a Dor; Cuidados Paliativos; Prevenção de Acidentes e Intervenção Integradas sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida (Portal da Saúde, 2013).

Existem ainda outros programas na área da saúde, que embora tenham recebido outra designação, também possuem uma grande expressão na carteira de serviços da UCC, nomeadamente: a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI), através da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI); o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), através do Programa de Intervenção Precoce (PIP); e a Rede Nacional de Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (RNNACJR), através do Núcleo de Crianças e Jovens em Risco (NACJR).

A carteira de serviço prioritária a contratualizar com o ACES encontra-se legislada, no ponto 4 do artigo 9º do Despacho n.º 10143/2009, e define de forma muito abrangente as seguintes atividades:

- Contribuir para o diagnóstico de saúde da comunidade em parceria com a USP e a Rede Social.
- Intervir em programas no âmbito da proteção da doença e promoção da saúde na comunidade, como por exemplo o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE).
- Efetuar projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis e submetidos a exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de

competências, violência ou negligência. De acordo com o ponto 4, alínea c) do artigo 9º, do Despacho n.º 10143/2009, estes projetos inserem-se no âmbito de:

“ i) Acompanhar utentes e famílias de maior risco e vulnerabilidade; ii) Cooperar com outras unidades funcionais, no tocante a ações dirigidas aos utentes, às suas famílias e à comunidade, nomeadamente na implementação de programas de intervenção especial, na criação de redes de apoio às famílias e no recurso a unidades Móveis; iii) Promover, organizar e participar na formação técnica externa, designadamente nas áreas de apoio domiciliário e familiar, bem como no voluntariado; iv) Participar nas actividades inerentes à rede social, na vigilância de saúde e acompanhamento social das famílias com deficientes recursos socioeconómicos; v) Participar nas actividades do programa de intervenção precoce a crianças, nomeadamente na Comissão de Protecção de Crianças e Jovens.”

- Intervir com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, no âmbito da RNCCI. Segundo o ponto 4 alínea c) do artigo 9º, do Despacho n.º 10143/2009, estas intervenções inserem-se nos seguintes âmbitos:

“ i) Cuidados de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas; ii) Cuidados de reabilitação física; iii) Apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; iv) Educação para a saúde dos utentes, familiares e cuidadores informais; v) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais; vi) Produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos CSP e da RNCCI.”

- Desenvolver projetos de promoção de estilos de vida saudável, intervindo no âmbito de programas de saúde presentes ou futuros, em parceria com outras organizações que podem ajudar na aquisição de hábitos de vida saudáveis, da comunidade ao longo do ciclo de vida.

Analisando o descrito, no referido Despacho, surgiram mais dois programas como campo de intervenção da UCC com grupos vulneráveis e de risco nomeadamente a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) e a Rede Social.

Relativamente à CPCJ, foram estabelecidas por portaria conjunta do Ministro da Justiça e do Ministro do Trabalho e da Solidariedade e são definidas como “ instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral (Lei n.º 147/99, de 1 de setembro). A comissão de protecção é, de acordo com a referida Lei, composta por equipas multidisciplinares, que estabelecem sinergias na rede social da comunidade onde se integram, em defesa da sua missão. Funciona na modalidade alargada, que desenvolve actividades de promoção dos direitos e prevenção das situações de perigo para a criança e jovem, ou restrita, que funciona em permanência na defesa da protecção desse grupo alvo.

Relativamente à Rede Social, esta é definida como:

“o conjunto das diferentes formas de entre ajuda, bem como das entidades particulares sem fins lucrativos e dos organismos públicos que trabalham no domínio da acção social e

articulem entre si e com o Governo a respectiva actuação, com vista à erradicação ou atenuação da pobreza e exclusão social e à promoção do desenvolvimento social.” (ponto 1 da Resolução do Conselho de Ministros N.º 197/1997 de 18 de novembro).

A nível local, a rede permite que, em cada comunidade, os agentes intervenientes das entidades públicas e privadas conheçam e partilhem os problemas sociais existentes; decidam em parceria sobre metas, prioridades, estratégias e atividades tendo em atenção a utilização de forma racional e sustentada dos recursos disponíveis (Segurança Social, 2013).

Conforme se verifica pela discussão anterior, as UCC têm uma área de intervenção muito alargada, o que permite o desenvolvimento de ações uniformes a nível nacional sem prejuízo das especificidades das necessidades regionais e locais. O GTDCSP (Ministério da Saúde, 2012a) refere a necessidade de se efetuar estudos de investigação que permitam pesquisar a nível nacional a adequação das carteiras de serviço das UCC às necessidades e prioridades de saúde da comunidade que servem e de clarificar a nível nacional o delineado no Despacho 10143 de 16 de abril, no âmbito das referidas carteiras. Contudo, deverá ser salvaguardada a necessidade da carteira de serviços considerar um conjunto de atividades que sejam comuns a nível nacional, de modo a viabilizar a parametrização, monitorização e avaliação (Ministério da Saúde, 2010a).

#### **2.2.4 Contributo da Unidade de Cuidados na Comunidade para a Execução do Plano Nacional de Saúde**

O PNS tem como objetivo final aumentar de uma forma global a saúde de todos os elementos da comunidade. Para isso, exerce influência nos vários níveis de planeamento do sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2012c). É definido pelos seus autores como:

“um conjunto de orientações, recomendações e ações concretas, de carácter estratégico, destinados a capacitar e a promover o empowerment do Sistema de Saúde para cumprir o seu potencial. Porque parte substancial, senão maioritária, da capacidade de manter e promover o potencial de saúde está sob a responsabilidade do cidadão, famílias, comunidades, organizações da sociedade civil ou do setor privado e social, o PNS propõe recomendações e envolve estes agentes, procurando demonstrar como os seus esforços são decisivos para a missão social e para a concretização de uma visão comum de Sistema de Saúde ...” (Ministério da Saúde, 2012c:4, 5).

Como já referi anteriormente, as UCC têm o compromisso assistencial de capacitar os indivíduos da comunidade para a cidadania em saúde, promovendo a responsabilização do cidadão na promoção e melhoria da saúde individual e coletiva. Estas unidades promovem também a equidade e o acesso dos cidadãos através de cuidados de continuidade e proximidade (apoio domiciliário, cuidados continuados pela ECCI e outros projetos).

Outra contribuição da UCC prende-se com a resposta que o PNS 2012-2016 deseja dar no atual contexto socioeconómico do País. Neste âmbito o PNS:

- 1 - “(...) afirma o reforço da capacidade do Sistema de Saúde como uma resposta fundamental para a crise económica e um fator de garantia do suporte social e do desenvolvimento económico (...);
- 2 - (...) orienta o Sistema de Saúde para a melhoria constante, aprendizagem e reforço de comportamentos de rede, redução das iniquidades, resposta a necessidades globais e específicas, incluindo grupos socialmente vulneráveis (...);
- 3- (...) assegura manter-se como um instrumento vivo e útil para o Sistema de Saúde, capaz de responder a novos desafios, de contribuir para corrigir trajetões, incorporar e disseminar inovação (...);
- 4- (...) vai muito além da prestação de cuidados de saúde, para mobilizar recursos e capacidades de outros setores sociais chave para a obtenção de ganhos sustentáveis em saúde (...)” (Ministério da Saúde, 2012c:4).

De acordo com o exposto, considero existirem evidências que comprovam a importância das UCC na execução do PNS, nomeadamente ao nível da promoção de uma comunidade salutogénica em alguns dos aspetos abordados. A UCC poderá dar o seu contributo para atenuar os efeitos sociais decorrentes da crise económica (sentida atualmente na comunidade) através de uma dinâmica integradora e de parceria na promoção da saúde, em todas as suas extensões, dando especial relevância aos grupos vulneráveis e de risco.

No cumprimento do seu compromisso assistencial, estas unidades desenvolvem projetos e atividades de promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados de continuidade e proximidade a utentes dependentes ou em risco de exclusão social. No entanto, talvez por insuficiência do sistema de avaliação de desempenho, e outros constrangimentos que irei desenvolver neste estudo, estas unidades ainda não conseguiram mensurar do ponto de vista quantitativo, através de indicadores específicos, o trabalho desenvolvido neste âmbito.

Apesar da escassez de estudos que evidenciem a participação das UCC de cada ACES/ULS na rede social existem, a nível nacional, sinergias criadas com os parceiros da comunidade muito interessantes, algumas até tiveram reconhecimento ao nível nacional através do prémio Hospital do Futuro, Missão Sorriso, entre outros.

### **2.2.5 Contributo da Unidade de Cuidados na Comunidade para a Sustentabilidade Financeira do Sistema Nacional de Saúde**

O PNS 2012-2016 enfatiza o conceito “cidadão como o centro do Sistema de Saúde” manifestando a importância do investimento num novo paradigma, que implica uma organização do sistema de saúde, de modo a dar resposta a todas as expectativas e

necessidades do cidadão. O cidadão atual tende a ter um papel mais ativo na sociedade, pelo que o sistema de saúde deverá responder às suas expectativas enquanto ser saudável, utilizador dos serviços, doente e/ou cuidador. Os decisores em saúde deverão ter em consideração o conceito de cidadania em saúde, valorizando a pessoa como gestor e coprodutor de saúde, avaliador, agente de mudança, contribuinte e cidadão ativo (Ministério da Saúde, 2012c).

A despesa corrente total em cuidados de saúde em Portugal em 2012 foi de 15.628.075 milhares de euros, (valor preliminar) (Pordata, 2013a). O valor preliminar das despesas com a saúde em relação ao produto interno bruto (PIB) foi, em 2012, de 9,5% (Pordata, 2013b). A elevada proporção de gastos em saúde face ao PIB põe em causa a sustentabilidade do sistema (WHO, 2008). O OPSS (2012) aborda a importância da literacia em saúde como aspeto fundamental para a mudança e sustentabilidade dos sistemas de saúde. Portugal necessita de proceder ao desenvolvimento de novas iniciativas neste paradigma, pois de acordo com o mesmo documento: "... a promoção de melhores níveis de literacia em saúde das pessoas em Portugal assume-se como estratégia incontornável para uma melhor saúde e para uma utilização mais racional dos cuidados de saúde, especialmente em tempo de crise" OPSS (2012:56). No PNS 2012-2016 literacia em saúde é entendida como a atividade que promove a aquisição e intercâmbio de informação de saúde, na perspetiva de reforçar o domínio e comprometimento do cidadão para melhorar a sua saúde e dos que os rodeiam (Ministério da Saúde, 2012c).

O tema da sustentabilidade do SNS é amplamente discutido no nosso País e suscita diversas abordagens e conceitos associados. Não se pretende apresentar aqui uma análise exaustiva deste assunto, optou-se antes por abordar um conjunto de aspetos que se pretendem ilustrativos do potencial da UCC para a sustentabilidade do SNS.

Para a Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento (1991) a sustentabilidade pode ser entendida como a competência de responder às necessidades atuais, sem empenhar as próximas gerações. No contexto da saúde, o termo sustentabilidade na saúde pode ainda ser entendido como um conceito que inclui três dimensões assumindo-se as seguintes áreas, sustentabilidade social, organizacional e financeira (OPSS, 2010).

Pelo que foi exposto até aqui neste documento, as UCC colaboram de forma positiva para a sustentabilidade nas três áreas:

Sustentabilidade social - De acordo com o OPSS (2010) a sustentabilidade social assegura a equidade de acesso e qualidade a todos, dando especial atenção aos grupos

vulneráveis e de risco. É de realçar o contributo da UCC nas respostas integradas a situações de isolamento social, negligência, violência, dependência física ou mental, risco de exclusão social, envelhecimento, cuidados domiciliários integrados (ECCI), entre outras, podendo-se afirmar, como sendo este um dos mais importantes contributos da reforma dos CSP para a sustentabilidade social.

Sustentabilidade organizacional - De acordo com o OPSS (2010) a sustentabilidade organizacional engloba a institucionalização e a sua capacidade organizacional. Neste âmbito Escoval, Coelho, Diniz, Rodrigues e Espiga (2010b:115) referem que "... a criação das Unidades de Cuidados na Comunidade, constitui uma importante janela de oportunidade para a implementação efectiva de acções integradas de capacitação e responsabilização dos cidadãos e dos serviços de saúde".

Sustentabilidade financeira - De acordo com o OPSS (2010) a sustentabilidade financeira refere-se à continuidade da instituição e do sistema. Corroboro com Nicolau e Escoval (2010:100), quando afirmam:

“perspectivar o investimento em saúde como uma aposta na valorização do capital humano e social favorece e reforça, do ponto de vista dos sistemas de saúde, a mudança de uma perspectiva focada em benefícios no curto prazo para uma estratégia de longo prazo, orientada para resultados em saúde e com contributos para a sua sustentabilidade”.

A UCC através da operacionalização de projetos de promoção de estilos de vida saudáveis junto da comunidade ao longo do ciclo de vida dos indivíduos, aposta nos benefícios de longo prazo com os consequentes ganhos em saúde e financeiros que daí advêm. Contudo existe a necessidade de desenvolver estruturas organizacionais, instrumentos e sistemas informáticos que permitam a avaliação dos resultados em saúde e elaboração de estudos de custo-efetividade (o que ainda não foi realizado nas UCC).

No contexto da importância da avaliação de desempenho das UF, para a sua afirmação e melhoria de desempenho na actual reforma, irei proceder no próximo capítulo à revisão da literatura, acerca desta matéria. Para o efeito consultei a nível internacional vários artigos, efetuando pesquisa nos canais da Biblioteca Online e páginas da internet. A nível nacional consultei livros, documentos disponíveis nas páginas da internet do Alto Comissariado da Saúde, ACSS, OPSS, Conselho Consultivo para a Reforma dos CSP, Biblioteca Online, entre outros.

### **3. REVISÃO DA LITERATURA**

#### **3.1 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NO SISTEMA DE SAÚDE**

A aposta num novo paradigma ao nível da gestão dos sistemas de saúde centrados nas necessidades do cidadão, exige substituir os anteriores modelos de gestão tipo “comando-controlo”, por uma gestão de responsabilização de todos os intervenientes do sistema de saúde, através de negociações baseadas em argumentos fundamentados e direcionados para a obtenção de ganhos em saúde, o que torna este processo mais complexo. A complexidade do processo de evolução organizacional no setor da saúde exige a implementação de estratégias coerentes para monitorizar e avaliar o seu desempenho, contribuindo assim para o desenvolvimento sustentado e eficiente dos sistemas de saúde (Amado e Dyson, 2008; WHO, 2008).

A medição do desempenho é considerada por Neely, Gregory e Platts (1995), como o modo de tornar quantificável a eficácia e a eficiência das atividades desenvolvidas, sendo o sistema de medição de desempenho o conjunto dessas medidas. Para estes autores, o termo eficácia mede até que ponto a organização consegue satisfazer os requisitos do cliente, enquanto que eficiência mede até que ponto a organização é económica no uso dos recursos necessários para garantir um determinado nível de satisfação.

De acordo com a Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2002), a avaliação de desempenho é considerada como um procedimento contínuo de recolha e análise de dados que permite conferir qual o estado de implementação do projeto, do programa ou da política face aos resultados esperados. Este agrupa os dados e processa-os, para comunicar os resultados dos indicadores de desempenho.

A avaliação de desempenho possibilita aos investigadores e decisores públicos o desenvolvimento de alternativas de modo a utilizar os recursos, habitualmente escassos, de forma eficiente. Permite ainda identificar variações no desempenho, detetando os desvios ocorridos face à estratégia e aos objetivos delineados pela administração, podendo adotar medidas de correção (Amado e Santos, 2009). Assim, a avaliação de desempenho contribui para a melhoria da qualidade das deliberações tomadas por todos os atores do sistema, permitindo um maior controlo ao nível financeiro (Smith, Mossialos e Papanicolas, 2008).

Segundo Smith (1996), a maioria dos sistemas de avaliação no setor público, devem compreender três fases relacionadas entre si, tais como: a medição (desenvolvimento da base metodológica, definição dos indicadores e da forma de medição do desempenho), a análise (interpretação dos resultados de desempenho obtidos) e a ação (planeamento e execução das atividades de melhoramento).

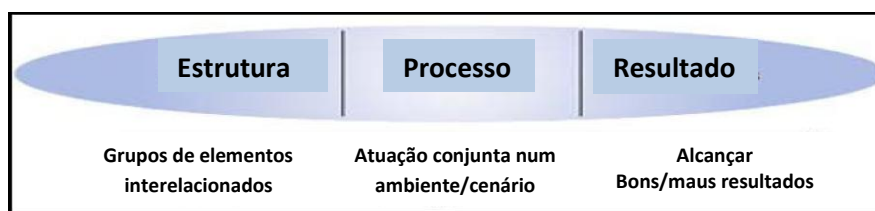
O sistema de avaliação de desempenho pode ser constituído por um conjunto de indicadores de desempenho, em função do que se pretende avaliar e dos objetivos da avaliação (Champagne e Contandriopoulos, 2005).

Segundo OECD (2002) entende-se como indicadores de desempenho as variáveis quantitativas ou qualitativas, que possibilitam o reconhecimento das transformações produzidas por uma intervenção específica seja uma atividade, um projeto, um programa ou uma política. Estes são considerados os componentes mais simples do processo de avaliação, uma vez que a sua interpretação isolada contribui de forma limitada para o entendimento da melhor forma de potenciar o desempenho das organizações de saúde e frequentemente não ligam recursos e resultados.

Os indicadores de desempenho podem ainda ser utilizados juntamente com outros instrumentos de monitorização de desempenho, complementando-os (Amado e Dyson, 2008). Os indicadores devem evidenciar as atividades mais relevantes para a organização, restringindo assim a recolha de dados (Turabi, Hallsworth, Ling e Grant, 2011). Smith et al. (2008) alertam para a importância da definição dos indicadores de desempenho ser perceptível, pertinente e encaixar num instrumento baseado num modelo conceptual. Deste modo, a gestão estratégica e outros *stakeholders* poderão mais facilmente otimizar a eficiência dos sistemas de monitorização de uma organização (Turabi et al., 2011).

O sistema de avaliação de desempenho na área da saúde assume assim, de acordo com Donabedian (1980) e Maxwell (1992), um carácter multidimensional que condiciona a sua arquitetura envolvendo um subconjunto de critérios ou dimensões. Donabedian (1980) propôs um modelo de avaliação de desempenho, para caracterização de indicadores utilizados a este nível, composto por três elementos, com níveis de complexidade diferentes e relacionados entre si - estrutura, processo e resultado (figura 3.1).

Figura 3.1 - Categorias dos indicadores de desempenho



Fonte: Adaptado de Kringos, Borma, Hutchinson, Zee e Gronewegen (2010)

O modelo de Donabedian (1980) caracterizado pela estrutura, processo e resultado é muitas vezes considerado como referência ao nível da avaliação dos sistemas de saúde, nomeadamente nos CSP (Champagne e Contandriopoulos, 2005; Amado e Dyson, 2008).

- Estrutura - Representa os recursos usados (*inputs*) na prestação de cuidados de saúde e engloba as características organizacionais do sistema de prestação (recursos humanos, materiais e económicos). Esta é composta por dois domínios principais: características físicas (instalações e equipamentos) e características da equipa (nº de recursos humanos e qualificações profissionais) (Donabedian, 1980). Existe ainda uma dimensão intermédia constituída pela variedade de serviços prestados que Donabedian (1980) considerou como uma dimensão associada à estrutura, nomeadamente: a satisfação pessoal (ou outras características profissionais), os recursos financeiros e os custos dos cuidados de saúde.

- Processo - Segundo Donabedian (1980) divide-se em duas dimensões técnicas e interpessoais. A dimensão técnica é apreendida através de indicadores que refletem o nível de conhecimento técnico dos profissionais na prestação de cuidados de saúde (protocolos de atuação, programas de saúde e gestão de doenças crónicas). A dimensão interpessoal é captada pela relação entre o profissional de saúde e o utente a nível psicológico e social, sendo medida através de atividades de educação para saúde, aconselhamento, qualidade da comunicação e continuidade dos cuidados. Em suma, segundo o autor, estes indicadores medem as particularidades qualitativas e quantitativas da prestação de cuidados de saúde, com ênfase nas atividades que acontecem na interação entre os profissionais de saúde e utentes, de acordo com as exigências das normas de boas práticas em saúde no âmbito da prevenção, diagnóstico e tratamento.

- Resultado - Representa a quantidade e qualidade dos produtos e serviços prestados (*outputs*) e impactos desses produtos e serviços (*outcomes*), ou seja, representa o alcance das atividades desenvolvidas sobre a situação de saúde, atual e futura, do utente, medindo o seu efeito a curto e longo prazo. Assim, os produtos e serviços típicos medidos nesses indicadores são: o número de visitas, procedimentos e testes, e, a percentagem da

população/número de utentes sujeitos a intervenções médicas em alguma área. Por outro lado, os indicadores típicos de *outcomes* são as taxas de mortalidade e morbidade (Donabedian, 1980).

Maxwell (1992) discute a avaliação de desempenho em cuidados de saúde através da definição de seis dimensões de avaliação, relacionadas com a estrutura, com o processo e com os *outcomes*. Este autor alerta-nos para a questão da multidimensionalidade do desempenho nos cuidados de saúde, no sentido de esclarecer que o desempenho inclui múltiplos aspetos, nem sempre convergentes, e que nem todos os aspetos de desempenho são adequadamente cobertos pela formulação de indicadores (existindo aspetos que não são contemplados com facilidade).

Maxwell (1992:171) desenvolveu um modelo que aborda seis dimensões da qualidade na prestação de cuidados de saúde: eficácia, aceitabilidade, eficiência, acesso, equidade e relevância. O autor enuncia algumas perguntas para ajudar a definir as seis dimensões da qualidade ponderadas, tais como:

Eficácia - Será que o tratamento fornecido foi tecnicamente adequado? Que evidências existem? Qual foi o resultado global do tratamento?

Aceitabilidade- O tratamento efetuado é bem aceite em termos humanos? Qual a opinião do utente acerca do assunto? Os serviços salvaguardaram os direitos de privacidade e confidencialidade?

Eficiência - Será que os resultados obtidos foram os melhores que se poderiam alcançar face aos recursos disponíveis? Qual o custo unitário da instituição quando comparado com o custo unitário noutra instituição com condições semelhantes?

Acesso - As pessoas podem obter esse tratamento/serviço? Existem barreiras identificáveis de acesso ao serviço, tais como: distância; incapacidade de pagar, listas de espera, etc.?

Equidade - Será que os utentes estão a ser tratados de forma justa? Existem falhas identificáveis, de ocorrências relacionadas com tratamentos diferentes para situações idênticas?

Relevância - Será que o padrão global dos serviços corresponde às expectativas da população acerca das suas necessidades?

Paralelamente à identificação destas seis dimensões de desempenho em saúde, por parte de Maxwell (1992), outros autores têm insistido na ideia de que o desempenho organizacional é multidimensional e requer um sistema integrado de avaliação. Fora do contexto da saúde, Kaplan e Norton (1992) têm o mérito de ter enfatizado a necessidade de conceber um *framework* (conjunto de conceitos integrados) multidimensional de avaliação

de desempenho, conhecido como “Balanced Scorecard” (BSC). São muitos os autores que o consideram como o *framework* multidimensional mais popular, versátil e equilibrado (Parida, 2006; Pinto, 2005).

Pinto (2005), acrescenta que o BSC é de fácil entendimento e quando bem executado facilita o alinhamento das atividades desenvolvidas com a estratégia. Segundo Hill e Jones (2001), estratégia consiste nas ações que as organizações planeiam e desenvolvem para executar os objetivos tendo em vista melhorar o seu desempenho. O BSC integra a estratégia na avaliação de desempenho, sendo assim um importante *framework* de gestão, pois permite uma visão abrangente do desempenho global da organização e expressar os seus objetivos estratégicos (Kaplan e Norton, 1996).

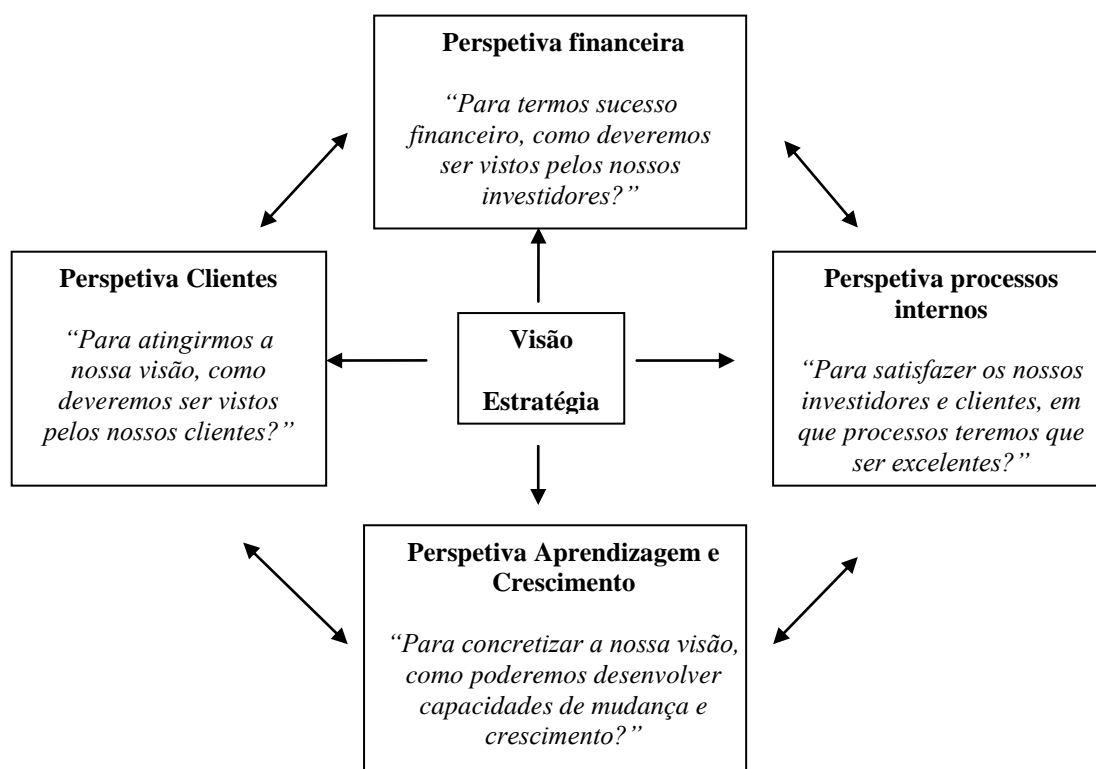
Segundo Ribeiro (2008:65) o BSC apresenta a tradução da visão e da estratégia global da organização (determinados pela gestão de topo) como aspeto fundamental para criar e desenvolver objetivos estratégicos, indicadores, metas e iniciativas que envolvem as quatro perspetivas do desempenho organizacional: a perspetiva financeira, a perspetiva do cliente, a perspetiva dos processos internos e a perspetiva da aprendizagem e crescimento. Este autor refere ainda que a execução do *BSC*:

“...implica uma forma de pensamento estratégico que é espelhada no mapa estratégico. Este mapa é introduzido no modelo como um instrumento que permite compreender a coerência e a relação do tipo causa-efeito entre os objectivos estratégicos das várias perspetivas e visualizar a estratégia de forma gráfica. O mapa estratégico é um diagrama que possibilita a representação visual da integração dos objectivos estratégicos das quatro perspetivas do *Balanced Scorecard*, evidenciando e clarificando as relações de causa-efeito que ligam os resultados definidos e pretendidos entre elas, permitindo manter a uniformidade e coerência da estratégia” Ribeiro (2008:65).

Atualmente, todos os projetos de construção dos mapas estratégicos definem os objetivos estratégicos em primeiro lugar, depois selecionam as métricas para cada objetivo e por fim analisam se as quatro perspetivas do BSC fornecem uma estrutura robusta para as organizações expressarem os seus objetivos estratégicos (Kaplan, 2010). Segundo este autor, os objetivos estratégicos da perspetiva financeira estão focalizados para a criação de valor sustentado ao acionista e para o crescimento da receita, produtividade e gestão de riscos; os objetivos estratégicos na perspetiva do cliente estão direcionados para os desejos dos clientes de modo a satisfazer e reter os clientes alvo oferecendo valor ao cliente (combinação única de preço, qualidade, disponibilidade, facilidade e velocidade da compra, funcionalidade, relacionamento e serviço prestado); os objetivos na perspetiva dos processos internos refletem como a empresa irá criar e entregar a proposta de valor diferenciada e atender os objetivos financeiros para a melhoria da produtividade (eficiência) e os objetivos na perspetiva da aprendizagem e crescimento descrevendo as

metas para funcionários, sistemas de informação e o alinhamento organizacional. Como se pode verificar na figura 3.2. estas perspetivas devem funcionar de forma combinada criando relações de causa/efeito entre si pois, se os objetivos não forem atingidos numa perspetiva provocará perdas de eficiência numa ou em mais perspetivas (Pinto, 2005).

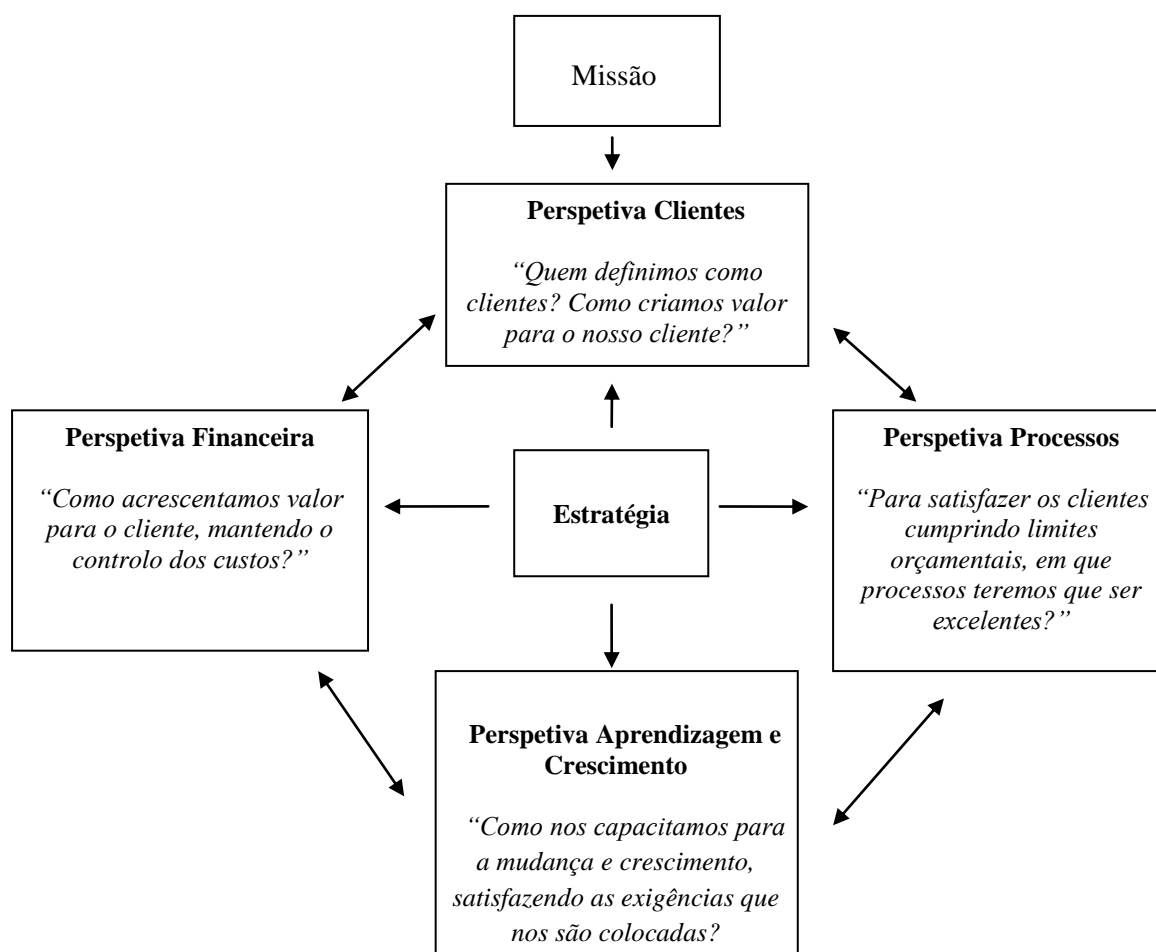
Figura 3.2 - BSC versão original segundo Kaplan e Norton (1992)



Fonte: Adaptação realizada por Pinto (2005:3).

Segundo Pinto (2005), apesar deste *framework* ter sido formado e desenvolvido para utilizar nas empresas do setor privado, as organizações do setor público e do setor não governamental sem fins lucrativos entenderam que o BSC após algumas adaptações específicas (relacionadas com as diferenças entre a gestão privada e gestão pública nomeadamente ao nível da: missão, responsabilidade, *stakeholders*, objetivos, estratégia, avaliação do desempenho), era um ótimo *framework* para informar, desenvolver e avaliar a execução da estratégia. Assim emerge uma nova versão do modelo adaptado desenhado por Pinto (2005) para o setor público e para as organizações privadas sem fins lucrativos (figura 3.3).

Figura 3.3 - BCS modelo adaptado ao setor público e às organizações sem fins lucrativos



Fonte: Pinto (2005:4).

De acordo com o exposto, no BSC original (figura 3.2) o desempenho é direcionado para o acréscimo de valor para os investidores (resultados financeiros crescentes) assim, por este motivo, a perspetiva financeira é aplicada no topo do BSC juntamente com a missão. A adaptação do BSC aos serviços públicos e às organizações sem fins lucrativos (figura 3.3) exige a introdução de algumas modificações no desenho do modelo original, promovendo a adequação às questões específicas da gestão estratégica destes dois sectores. Assim, exige alterações, tais como: a missão passa para o topo do BSC (passa a constituir o componente fulcral e o seu objetivo principal passa a ser a responsabilidade perante os seus clientes e *stakeholders* pelos resultados e impactos das ações inerentes à sua missão com qualidade, com eficiência e com inovação); a perspetiva dos clientes ascende na hierarquia do *framework* (de acordo com a missão existe um enfoque na forma de satisfazer as necessidades do cliente e *stakeholders*, respondendo à pergunta “quem é o cliente?”); a perspetiva financeira permanece (a perspetiva financeira (orçamento) opera tanto como o

componente adequado de viabilizar a missão como fator de constrangimento, pois os setores não lucrativos têm que gerir eficientemente os orçamentos); a perspectiva dos processos internos tem que ser reavaliada (para conhecer os processos que são fulcrais na prestação de serviços ao cliente respondendo à seguinte questão “quais os processos internos em que teremos que ser excelentes, de forma a criar valor para os nossos clientes?”); a perspectiva da aprendizagem/crescimento concebe a base do BSC (pois os serviços públicos e as entidades não lucrativas sujeitam-se às aptidões, motivação, dedicação e alinhamento dos seus recursos humanos de modo a conseguir as suas metas) e a estratégia continua a ser o tema central do BSC (mantem-se no centro das duas versões do framework de gestão, pois está na origem do BSC o que assegura a sua consistência, continuidade e versatilidade) (Pinto, 2005).

A utilização do BSC no âmbito das unidades e organizações de saúde (normalmente ligados aos serviços públicos e às organizações sem fins lucrativos) encontra-se em expansão mundial, apesar de existirem diferenças significativas entre essas unidades, nomeadamente ao nível das unidades de análise, propósitos, métodos, dados e resultados (Zelman; Pink e Matthias, 2003).

Woodward, Manuel e Goel (2004) referem que o BSC apresenta múltiplas vantagens ao nível do desempenho das organizações de saúde, tais como: fornecer uma visão equilibrada da organização revelando informações sobre as principais estratégias da organização e do modo como as atividades se relacionam com ela; permitir direcionar a organização para a sua missão; facilitar a monitorização/avaliação da estratégia e promover o ajuste da estratégia perante os resultados, contribuindo para a melhoria do desempenho e da qualidade da organização.

Estando os CSP no centro da mudança de uma grande parte das reformas dos sistemas nacionais de saúde e tendo sido reconhecida a sua importância para a sustentabilidade de qualquer sistema nacional de saúde, é de grande relevância avaliar o desempenho organizacional neste nível de prestação de serviços.

No contexto da avaliação de desempenho, diversos investigadores realizaram estudos de revisões de literatura. Neste âmbito, é relevante abordar o recente estudo de revisão da literatura de Kalinichenko, Amado e Santos (2013). Este estudo faz uma revisão sistemática de estudos empíricos de avaliação de desempenho ao nível dos cuidados de saúde primários. Para além desta recente revisão da literatura, existem mais dois artigos de revisão que são relevantes nesta área, e que passo a referir:

- Amado e Dyson (2008) – Estes autores, concluíram que a maioria dos estudos apenas incluía indicadores de estrutura, processo e outputs, ignorando os importantes indicadores de outcomes. Para além disso, concluíram que a maioria dos estudos de avaliação de desempenho nesta área tendiam a ser de natureza descritiva, sem dar ênfase ao desenvolvimento de aprendizagem para a melhoria do desempenho. Na opinião destes autores, para que os estudos de avaliação de desempenho em CSP possam ter um impacto positivo na prática será importante fazer um esforço para envolver mais os *stakeholders* no processo de conceção do sistema de avaliação e no processo de interpretação dos resultados.

- Kringos et al. (2010) consideram o sistema de CSP multidimensional e complexo, identificando dez dimensões de desempenho para caracterizar este sistema. Estas dez dimensões encontram-se incluídas nos três níveis identificados por Donabedian (1980) (estrutura, processo e resultado). Assim para estes autores a estrutura apresenta três dimensões do desempenho: governança, condições económicas e desenvolvimento da força de trabalho. O processo apresenta quatro dimensões: acesso, coordenação dos cuidados, continuidade dos cuidados e abrangência de cuidados. O resultado apresenta três dimensões: cuidados de qualidade, eficiência dos cuidados e equidade em saúde.

A natureza multidisciplinar e de elevada complexidade dos CSP, como foi referida pelos autores citados, parece ser evidente ao nível das UCC, o que naturalmente condiciona a avaliação de desempenho dessas unidades de saúde. Nesta área dos CSP verifica-se défice de controlo ao nível das operações, pois caracterizam-se por: a) dificuldade em obter consenso entre os *stakeholders* quanto aos objetivos mais importantes; b) baixo grau de repetição das atividades desenvolvidas; c) baixo grau de controlo acerca dos resultados das atividades realizadas; d) dificuldade de medição dos outcomes. Assim, é essencial o desenvolvimento de um sistema de avaliação de desempenho integrado e multidimensional adaptado aos objetivos estratégicos destas unidades. No meu ponto de vista, dados os bons resultados alcançados noutros domínios, o BSC poderá constituir um *framework* de referência para a elaboração deste sistema integrado de avaliação de desempenho para as UCC.

### **3.2 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO EM UNIDADES DE SAÚDE NA COMUNIDADE**

Encontrei poucos estudos publicados que se foquem explicitamente na avaliação de desempenho nas UCC e que abordem a utilização de *frameworks* adaptados à

multidimensionalidade e complexidade deste nível de cuidados de saúde.

De acordo com o exposto anteriormente, considero que o BSC poderá constituir um *framework* muito útil ao nível dos sistemas de avaliação de desempenho podendo ser aplicado em vários tipos de organismos de saúde. Destaco, pela sua pertinência para este estudo (apesar de não ser específico para as UCC) o designado como “o primeiro BSC de Ontário para a saúde pública”, desenvolvido pelo *Institute for Clinical Evaluative Science* (ICES) em 2004 e que contribuiu para o desenvolvimento de uma *framework* de avaliação de desempenho no âmbito dos CSP (Woodward et al., 2004). Segundo Woodward et al. (2004), este BSC tinha como objetivo ajudar a quantificar o estado da Saúde Pública em Ontário; identificar as áreas que necessitam de desenvolvimento de indicadores; avaliar onde é necessário intervir e medir o impacto dessa intervenção. Assim, foi criada uma versão modificada do *framework* original apresentando os seguintes quadrantes: os determinantes da saúde e resultados; o envolvimento da comunidade; os recursos e serviços, e, por último a integração e capacidade de resposta. Em conjunto estes quadrantes incorporam os atributos de qualidade de cuidados de saúde aceites no Canadá (eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade).

Em Portugal, o sistema de monitorização e avaliação das UCC foi descrita no “*Documento de suporte à implementação da UCC*” em março de 2009 pelo atualmente extinto grupo MCSP, sendo posteriormente publicado no Despacho 10143, de 16 de abril, assim este documento refere que:

“a monitorização e avaliação das UCC incumbem ao ACES, num processo global de avaliação e acreditação de todas as unidades funcionais do respectivo ACES e devem incidir sobre as áreas da disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efectividade, eficiência e satisfação, e podem contemplar especificidades e características de carácter regional, quando estas se apresentem como factores correctivos e niveladores da matriz nacional.

A monitorização e avaliação da UCC têm por base um modelo de matriz nacional que aplica a metodologia de autoavaliação, avaliações interpares e avaliações cruzadas entre UCC.” (Ministério da Saúde, 2009b:11, 12).

Assim, os indicadores propostos para a avaliação do desempenho das UCC foram construídos numa lógica de integração em áreas de intervenção, basearam-se em: indicadores existentes nos programas de saúde e indicadores existentes nas intervenções comunitárias/projetos desenvolvidos pelos CS de uma forma geral e específica (nível local). A primeira matriz de 35 indicadores proposta pelo grupo missão baseou-se nas sete áreas já referidas anteriormente, e sugere ainda a inclusão de indicadores de informação demográfica, social e económica, no intuito de caracterizar a população alvo e estabelecer prioridades de intervenção para a UCC (Ministério da Saúde, 2009b). Este grupo de

indicadores parece não ter tido grande expressão neste contexto, pois em 2010 o mesmo grupo MCSP assumiu a necessidade de definir novos indicadores nacionais, para dar resposta às características específicas das recém-criadas UCC. Neste sentido, o grupo MCSP elaborou um documento reunindo os contributos da ACSS, das ARS e das Equipas Regionais de Apoio (ERA) no sentido de dar resposta às necessidades ao nível comunitário e parametrizar alguns indicadores para que pudessem ser monitorizados e contratualizados (Ministério da Saúde, 2010a).

Este documento apresenta-se como um instrumento orientador constituído por 35 indicadores onde se enquadram as áreas de atividade chave das UCC a nível nacional. Os autores do documento definiram como a área principal da intervenção da UCC o trabalho com grupos vulneráveis e de risco na comunidade (Ministério da Saúde, 2010a). As áreas chave no desempenho da UCC a nível nacional consideradas no documento são:

- “- Programa Nacional de Saúde Escolar;
- Cuidados Continuados Integrados (ECCI);
- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) /Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ);
- Preparação Para a Parentalidade/ Preparação para o Parto;
- Programas e Projetos de Intervenção Comunitária;
- Redes Sociais da Comunidade” (Ministério da Saúde, 2010a:11).

Neste documento cada indicador foi numerado (de 1 a 35) e descrito numa tabela com o Bilhete de Entidade (BI) do indicador. O BI explica as características do indicador e a forma de o medir, nomeadamente no que diz respeito à sua identidade (aspeto específico que é valorizado); tipo de indicador (dimensão onde se enquadra o indicador); objetivo (o que se pretende medir com este indicador); descrição do indicador (definição da unidade de estudo, com especificação dos critérios de inclusão e exclusão); entidade responsável pela monitorização; critérios de inclusão; fatores críticos (que situações podem colocar em risco a medição do indicador), variáveis (variáveis a medir, devem ser nas mesmas unidades, o numerador e o denominador) e sistema de informação que poderá guardar os dados.

Para facilitar a compreensão do leitor acerca dos indicadores escolhidos, construí uma tabela com base no documento supracitado. A tabela 3.1 dá uma visão panorâmica de todos os indicadores propostos no documento descrevendo a dimensão (acesso, qualidade técnico-científica (QTC), satisfação, resultado, produtividade, efetividade e acessibilidade), o número (de 1 a 35), a designação e a área chave que pretendem representar (prestação de cuidados por perfil profissional, adequação do papel do prestador de cuidados, satisfação, ECCI, PNSE, curso de preparação para o nascimento e parentalidade (CPNP), PIP, NACJR, CPCJ e RSI) (Ministério da Saúde, 2010a).

Tabela 3.1- Matriz de indicadores de desempenho propostos para as UCC

Dimensão	Nº do indicador	Designação	Área chave de atividade
Acesso	UCC - 1	Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de enfermagem por programa/projeto.	Prestação de cuidados por perfil profissional
Acesso	UCC - 2	Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados médicos por programa/projeto.	
Acesso	UCC - 3	Percentagem de pessoas abrangidas pelo serviço social por programa/projeto.	
Acesso	UCC - 4	Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de psicologia por programa/projeto.	
Acesso	UCC - 5	Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de nutrição por programa/projeto.	
Acesso	UCC - 6	Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de fisioterapia por programa/projeto.	
Acesso	UCC - 7	Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de outros técnicos por programa/projeto.	
QTC	UCC - 8	Taxa de resolução do papel do prestador de cuidados inadequado.	Adequação do papel do prestador de cuidados
Satisfação	UCC - 9	Percentagem de utilizadores da UCC satisfeitos com os serviços prestados por esta unidade.	Satisfação
Satisfação	UCC -10	Percentagem de profissionais satisfeitos com a UCC.	
Acesso	UCC -11	Percentagem de pessoas com visita domiciliária nas primeiras 24 h após admissão na ECCL.	ECCL
QTC	UCC -12	Taxa de eficácia na prevenção de úlceras de pressão (UP).	
QTC	UCC -13	Taxa de resolução do diagnóstico de úlcera de UP.	
Resultado	UCC -14	Ganhos em independência nos autocuidados (higiene, vestuário, uso de sanitário, transferir-se, posicionar-se, alimentar-se, deambular.)	
QTC	UCC -15	Ganhos expressos no controlo da intensidade da dor.	
Acesso	UCC -16	Taxa de ocupação da ECCL.	
Acesso	UCC -17	Percentagem de pessoas com intervenção interdisciplinar em visita domiciliária nas primeiras 48 h após admissão em ECCL.	
Acesso	UCC -18	Percentagem de pessoas com necessidade em cuidados paliativos, admitidas no programa ECCL.	
Produtividade	UCC -19	Percentagem de crianças e jovens por nível de ensino, que foram alvo de intervenção no PNSE.	PNSE
Efetividade	UCC -20	Percentagem de crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais (NSE), que foram alvo de intervenção pela Equipa de Saúde Escolar (ESE).	
QTC	UCC -21	Percentagem de alunos com 6 anos que apresentam diminuição do percentil de Índice de Massa Corporal (IMC) e que no início do programa tinham IMC superior ou igual a 85.	
QTC	UCC -22	Percentagem de alunos com 10 anos que apresentam diminuição do percentil de IMC e que no início do programa tinham IMC superior ou igual a 85.	
Accesibilidade	UCC -23	Percentagem de elementos da comunidade educativa com intervenção por tema, no PNSE.	
Accesibilidade	UCC -24	Percentagem de alunos consumidores de tabaco com Plano de Intervenção Interdisciplinar (PII) em curso.	
QTC	UCC -25	Percentagem de alunos da comunidade escolar com Exame Global de Saúde (EGS) realizado aos 6 anos.	
QTC	UCC -26	Percentagem de alunos da comunidade escolar com EGS realizado aos 13 anos.	
QTC	UCC -27	Percentagem de alunos da comunidade escolar com Plano Nacional de Vacinação (PNV) atualizado aos 6 anos.	
QTC	UCC -28	Percentagem de PNV atualizado aos 13 anos.	
QTC	UCC -29	Percentagem de profissionais (professores, educadores e auxiliares de ação educativa) da comunidade escolar com PNV atualizado.	
Acesso	UCC -30	Percentagem de grávidas/casais grávidos que frequentam o CPNP na UCC.	CPNP
Acesso	UCC -31	Percentagem de famílias de risco com Plano Individualizado de Apoio à família (PIAF), no PIP.	PIP
Acesso	UCC -32	Percentagem de casos acompanhados com PIAF no NACJR, no serviço UCC.	NACJR
Acesso	UCC -33	Percentagem de crianças e jovens/famílias acompanhadas no âmbito da CPCJ no serviço UCC.	CPCJ
QTC	UCC -34	Taxa de resolução do papel parental inadequado por programa (PIP, NACJR e CPCJ).	NACJR/CPCJ/PIP
Acesso	UCC -35	Percentagem de pessoas que cumpriram o acordo de inserção na área da saúde, no âmbito do Rendimento Social de Inserção (RSI).	RSI

Conforme exposto anteriormente, parecem existir diversos obstáculos para a implementação e desenvolvimento da contratualização do ACES/ULS com as UF e em

particular com as UCC. Neste âmbito, foi elaborado por parte do Ministério da Saúde alguma documentação sobre a contratualização dessas unidades nomeadamente: o despacho da regulamentação das UCC (Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril); o documento onde foram propostos os “Indicadores de desempenho para a UCC” (Ministério da Saúde, 2010a); o documento de “Orientações para a Constituição e Implementação das UCC” (Ministério da Saúde, 2010c); o documento de “Orientações para a Organização e Funcionamento das UCC” (Ministério da Saúde, 2011); o documento “Metodologia de contratualização” (Ministério da Saúde, 2012d); e “Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no ano de 2013” (Ministério da Saúde, 2013).

O grupo de trabalho MCSP (Ministério da Saúde, 2010a) manifestou a intenção de desenvolver diligências no sentido de parametrizar alguns indicadores específicos de enfermagem (SAPE/ Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)) trabalhando junto da ACSS na área dos sistemas de informação. Desta forma, seria facilitada, a escolha de alguns desses indicadores pelas ARS, ACES e ULS para futura contratualização com as UCC (Ministério da Saúde, 2010a).

O documento de Orientações para a Constituição e Implementação das UCC (Ministério da Saúde, 2010c:15) descreve que a tutela está consciente “...do constrangimento ao nível do sistema informático de apoio à prática dos profissionais que integram esta unidade, não pode ser fator impeditivo à contratualização, pelo que é necessário adaptar o software já existente no sentido da possibilidade de monitorização e de acompanhamento do desempenho destas equipas...”. O mesmo documento identifica em novembro de 2010 dezasseis indicadores retirados dos trinta e cinco propostos pela MCSP, divididos em três tipos: acesso; qualidade percebida e desempenho assistencial, considerando estes “... um número mínimo de indicadores que, a nível nacional, deverão ser utilizados no processo de acompanhamento e monitorização do desempenho.” (Ministério da Saúde, 2010c:15).

Não encontrei registos que explicassem os motivos de seleção desses indicadores em detrimento de outros, nem a metodologia em que se basearam para essa seleção. É interessante também o facto do documento intitulado “Orientações para a Organização e Funcionamento das UCC” (Ministério da Saúde, 2011) referir os mesmos constrangimentos a nível dos sistemas informáticos e prometer que “...o primeiro quadro de indicadores é definido por este grupo até 30 de abril de 2011...” (Ministério da Saúde, 2011:14), o que não se concretizou.

No entanto em 2012, o documento dos Cuidados de Saúde Primários “Metodologia

de contratualização” (Ministério da Saúde, 2012c) refere a importância da definição de um painel de indicadores fiável e adaptado as características dessas unidades. Passado um ano, o documento do Ministério da Saúde (2013) intitulado “Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no ano de 2013” refere que, no ano de 2012, ocorreram experiências piloto de contratualização com algumas UCC nas ARS Alentejo, ARS LVT e ARS Norte, descrevendo alguns dos indicadores monitorizáveis ao nível dos sistemas de informação disponíveis, tais como:

- “- Proporção de crianças e jovens por nível de ensino, alvo de intervenção no Programa nacional de Saúde Escolar (PNSE);
- Proporção de crianças e jovens com necessidades de saúde especiais, alvo de intervenção pela equipa de saúde escolar;
- Taxa de eficácia na prevenção das úlceras de pressão;
- Taxa de resolução de diagnóstico de úlceras de pressão;
- Proporção de pessoas com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor;
- Proporção de pessoas com ganhos em independência nos autocuidados (higiene, vestuário, uso sanitário, transferir-se, posicionar-se, alimentar-se, deambular);
- Taxa de ocupação da ECCI;
- Proporção de pessoas com resposta das ECCI nas primeiras 24 horas, após a admissão;
- Proporção de pessoas abrangidas por cuidados de enfermagem em cuidados continuados integrados/visita domiciliária;
- Proporção de pessoas abrangidas por cuidados de fisioterapia em cuidados continuados integrados/visita domiciliária;
- Proporção de pessoas abrangidas por cuidados de terapia ocupacional em cuidados continuados integrados/visita domiciliária;
- Proporção de grávidas (casais) que frequentaram o Curso de Preparação para o parto;
- Proporção de famílias de risco com Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), no âmbito do Programa de Intervenção Precoce (PIP).” (Ministério da Saúde, 2013).

Na ausência de informação mais detalhada, pressupõe-se que o grupo de indicadores, referido no documento, foi elaborado com base nos indicadores sugeridos pela MCSP (Ministério da Saúde, 2010a), desconhecendo-se a existência de alguma alteração ao nível dos respetivos BI.

Como já foi mencionado, parece existir dúvidas acerca da aplicabilidade da matriz de indicadores (Ministério da Saúde, 2010a) conforme foi concebida e com os sistemas informáticos disponíveis. A Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente a Seção Regional do Sul, tem mostrado alguma preocupação acerca das dificuldades manifestadas pelos coordenadores das UCC na sua avaliação de desempenho, principalmente ao nível dos registos (dados), monitorização e resultados do desempenho.

Apesar das experiências piloto que se iniciaram em 2012, continua-se a enfatizar a importância do investimento num grupo de indicadores com os quais os profissionais das equipas se identifiquem. O Ministério da Saúde (2013:30) refere que “...a sistematização de um processo de contratualização com as UCC permitirá que a monitorização e avaliação dos processos e resultados apresentem uma perspetiva construtiva, com base em critérios e

indicadores consensualizados para a avaliação das práticas realizadas pelas unidades”.

### Desafios na Avaliação de Desempenho em Unidades de Cuidados na Comunidade

Pelo anteriormente exposto, é visível que, apesar das suas grandes potencialidades, as UCC enfrentam algumas dificuldades no total cumprimento da sua missão e na avaliação do seu desempenho.

A carteira de serviços prioritária das UCC, de acordo com o Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril, abrange muitas dimensões e parece não existir ainda um grupo de indicadores consensuais a ser contratualizado a nível nacional, sobretudo pelas dificuldades sentidas ao nível da medição desses indicadores. Estas dificuldades parecem estar relacionadas, não só com a inadequabilidade dos sistemas de informação nacionais para medir o desempenho, mas também com a inadequação dos indicadores construídos para avaliar carteiras de serviços heterogéneas.

Para enfatizar essas potencialidades e o trabalho desenvolvido ao nível da comunidade, é necessário desenvolver um modelo conceptual que clarifique quais os objetivos estratégicos para estas unidades e desenvolver um sistema de avaliação, holístico e integrado que auxilie a monitorização do desempenho destas unidades, contemplando todas as dimensões assinaladas pela gestão estratégica.

Na tentativa de conhecer melhor estas unidades, aceitei a missão de gerar algum conhecimento acerca deste tema, procurando contribuir, ainda que de forma modesta, para melhorar a resposta a algumas das necessidades descritas. Esta pesquisa insere-se no âmbito da avaliação de desempenho das UCC e decorrerá através da exploração de algumas das características destas unidades. Assim, pretendo construir um quadro resumo dos projetos em desenvolvimento nas UCC estudadas; avaliar o grau de adequabilidade percebida pelos coordenadores das UCC acerca dos indicadores de avaliação de desempenho propostos no documento de trabalho da MCSP (2010a); identificar as principais razões apontadas pelos coordenadores das UCC para a falta de adequabilidade daqueles indicadores, e apresentar uma proposta de um sistema de avaliação de desempenho destas unidades, integrando os indicadores considerados mais adequados pelos coordenadores e/ou indicadores propostos por alguns desses coordenadores, assim como alguma sugestão que considere pertinente fruto das minhas pesquisas e experiências enquanto coordenadora de uma UCC.

## 4 METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Segundo Fortin (1999) a metodologia é entendida como a análise crítica de todos os procedimentos e métodos utilizados pelo investigador no desenvolvimento do estudo de investigação. Sem demérito para as metodologias qualitativas que contribuem para o conhecimento das realidades dos fenómenos humanos e sociais, optei pelo paradigma quantitativo por considerar ser o mais adequado para responder aos objetivos desta investigação, a fim de obter uma noção quantificável da verdadeira dimensão do fenómeno.

O método quantitativo deriva da corrente positivista e defende que a realidade é objetiva e os fenómenos humanos são previsíveis e controláveis (Fortin, 1999). Caracteriza-se por ser um método de recolha de dados empíricos e quantificáveis, tendo por objetivo colaborar para o progresso e validação das informações (Fortin, 1999). Este paradigma quantitativo prevê ainda a possibilidade de, respeitadas determinadas condições, se fazer uma generalização dos resultados (Fortin, 1999).

Fortin (1999:135) refere que as pesquisas se inserem em duas grandes categorias: “... exploratórias-descritivas ou explicativas-preditivas...”. De acordo com a mesma fonte, a escolha do tipo de estudo depende do nível de conhecimentos sobre o fenómeno exposto e da questão de investigação. Assim, considero pertinente enquadrar este trabalho de investigação no âmbito de um estudo exploratório-descritivo, pois estes estudos “...fornecem uma descrição dos dados, quer seja sob a forma de palavras, números ou de enunciados descritivos de relações entre variáveis.” (Fortin,1999:35).

Este trabalho de investigação insere-se no âmbito da avaliação de desempenho das UCC, através da matriz de indicadores de desempenho proposta a nível nacional pela MCSP (Ministério da Saúde, 2010a). Pretende-se explorar e descrever o objeto de estudo de modo a extrair informações preciosas para descrever ou analisar o fenómeno, utilizando medidas de estatística descritiva para analisar os dados obtidos.

Na tentativa de cumprir os objetivos deste trabalho, explorar o fenómeno, responder às questões da investigação e ambicionar inquirir toda a população alvo, optei por utilizar como instrumento de recolha de dados, o questionário autoadministrado com questões abertas e fechadas (anexo I). Os principais motivos que me levaram a optar por construir um questionário foram: o objetivo de abranger o maior número de coordenadores de UCC

a nível nacional; a ausência de instrumentos validados (nomeadamente questionários) para o estudo empírico desta temática; a dificuldade no desenvolvimento e medição de indicadores de desempenho, pelos motivos já apresentados; a ausência de estudos acerca da operacionalização dos indicadores de avaliação de desempenho, proposto pela MCSP (Ministério da Saúde, 2010a) e da sua adequabilidade na perspetiva dos coordenadores e a ausência de evidência de que os indicadores propostos englobem a maioria das atividades desenvolvidas ao nível da carteira de serviços das UCC nacionais.

### Questionário

O questionário é um instrumento de recolha que se insere numa estratégia de investigação quantitativa e que se pensa pertinente quando a população alvo do estudo é numerosa para observar diretamente ou para inquirir de outra forma (Babbie, 2010). Por outro lado, o questionário autoadministrado é adequado quando se considera conhecer as questões mais relevantes a colocar e a melhor forma de as colocar. No caso deste estudo, a nível de Portugal Continental, a aplicação deste instrumento poupou recursos económicos relativamente ao método por entrevista, evitando deslocações e estadias, pois o questionário foi enviado por correio eletrónico. Por outro lado, permitiu que os inquiridos tivessem tempo para ponderar bem sobre as perguntas do questionário, podendo responder dentro do seu ritmo. Segundo Costa, em Silvestre e Araújo (2012), algumas das desvantagens do inquérito autoadministrado são: a ausência de supervisão do processo de resposta e a falta de interação com o investigador, pois este não está presente, o inquirido lê e responde ao questionário. Contudo, segundo a mesma autora, existem várias vantagens tais como: a possibilidade do indivíduo responder ao seu ritmo, ter condições de privacidade e manter o anonimato.

A elaboração do questionário teve por base as recomendações de vários autores (Fortin, 1999; Hill e Hill, 2000; Babbie, 2010), a pesquisa bibliográfica e o conhecimento prático do contexto. A pesquisa bibliografia permitiu a exploração do contexto que originou a pergunta de partida, sendo essencial para o início e desenvolvimento do trabalho de investigação. Esta pesquisa guia a construção do instrumento de medida, sendo através dela que se identifica o estado da arte relativamente ao fenómeno que se pretende estudar e que orienta o trabalho de investigação (Hill e Hill, 2000). Para a construção do questionário baseei-me nos documentos disponíveis nas páginas da internet da ACSS, OPSS, Biblioteca Online, entre outros. Tive ainda oportunidade de participar em reuniões de trabalho de Coordenadores de UCC a nível nacional (Figueira da Foz em junho de 2012) e regional

(reunião de coordenadores e na Seção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros, em junho e setembro de 2013).

Neste sentido, a primeira versão do questionário foi construída após um estudo preliminar baseado na pesquisa bibliográfica, em entrevistas não estruturadas (a alguns coordenadores de UCC e a uma vogal do Conselho Clínico e da Saúde de um ACES), frequência de reuniões de trabalho acerca do tema em estudo e pareceres dos orientadores da dissertação. Este questionário pretende recolher informações pertinentes relativas aos seguintes itens: caracterização das UCC nacionais; carteiras de serviços; adequabilidade percebida pelos coordenadores acerca dos 35 indicadores propostos pela MCSP (Ministério da Saúde, 2010a); principais motivos de inadequabilidade dos indicadores; e ainda solicitar a criação de novos indicadores.

Devido à abrangência desta temática, e à carência de pesquisas acerca do processo de contratualização das UCC, embora a literatura me fornecesse pistas acerca das questões mais relevantes a colocar, pretendia conhecer e explorar melhor o fenómeno. Neste âmbito, criei um questionário composto por dois grupos de questões de carácter obrigatório e um grupo de carácter opcional para responder aos objetivos do trabalho.

Em julho de 2012 aplicou-se o questionário para testar a clareza das perguntas e conseguir reações do ponto de vista de melhoramento do questionário, solicitando-se a dez coordenadores de UCC da região Algarvia para responderem ao questionário (amostra de conveniência) e para darem o seu contributo verificando a clareza e compreensibilidade do questionário. Das quatro respostas obtidas nesta fase de teste constatei que as questões eram consideradas claras mas a pergunta relativa à proposta de novos indicadores era percebida como de resposta difícil. Por essa razão decidi colocar o grupo III do questionário, inicialmente concebido como obrigatório, como uma pergunta de resposta opcional, pois parti do princípio de que alguns coordenadores teriam alguns contributos para dar nesse sentido, sendo uma mais-valia para este estudo.

#### Grupo I - Caracterização das UCC

O primeiro grupo é constituído por oito perguntas, na sua maioria abertas, de caracterização da amostra. Com este primeiro grupo de questões pretendo identificar os seguintes elementos: a designação (opcional) e localização da UCC; a dimensão da cobertura assistencial (nº total de inscritos); a idade da UCC (ano de início de atividade); a constituição da equipa (o nº de elementos da equipa e perfil profissional); os programas/projetos em desenvolvimento na UCC de acordo com o Despacho n.º

10143/2009 de 16 de abril; a presença de outros projetos em funcionamento da UCC (que não se enquadrem nesse Despacho); os projetos mais significativos, (relativamente ao consumo de horas de cuidados); e os cinco projetos prioritários a propor para contratualização interna.

## Grupo II - Adequabilidade dos indicadores de desempenho

O segundo grupo refere-se ao estudo da adequabilidade dos indicadores de avaliação de desempenho propostos para a UCC pela MCSP (Ministério da Saúde, 2010a). Existem diversos modelos de avaliação de desempenho possíveis para avaliação destas unidades. Focalizei este estudo na matriz de trinta e cinco indicadores de desempenho proposta pela MCSP (Ministério da Saúde, 2010a), porque é a única que foi publicada e pode ser utilizada a nível nacional na contratualização interna com as UCC. Considerei as dimensões dos indicadores e as áreas de atividade (áreas chave) definidas pelos autores. O critério escolhido para avaliar os indicadores de desempenho foi a adequabilidade. A avaliação do grau de adequabilidade percebida pelos coordenadores das UCC acerca dos indicadores de desempenho propostos foi o meio escolhido para responder à pergunta de partida desta investigação, pois pretendo saber se, na perspetiva dos coordenadores, com base na sua experiência prática, consideram que os indicadores propostos representam de forma adequada as áreas de atividade que pretendem avaliar e os projetos que desenvolvem.

No questionário foi apresentado um breve resumo dos indicadores supracitados e o *link* para a página de internet onde se pode aceder ao documento original (Ministério da Saúde, 2010a). Apresentou-se também o tipo de indicador, o nome e número do indicador e uma escala tipo de *Likert*, com cinco graus de adequabilidade. Considerando a experiência de coordenação do inquirido, solicitei a sua colaboração para analisar o grau de adequabilidade de cada um desses indicadores, assinalando com uma cruz o nível em que se posiciona na referida escala. Segundo Polit e Hungler (1995:363), a Escala de *Likert* é, “(...) um tipo de medida composta de atitudes que envolvem a soma de escores em um conjunto de itens (enunciados), com relação a que os respondentes são solicitados a indicar seu grau de concordância ou discordância (...)”. Trata-se de uma escala de avaliação de natureza ordinal (Hill e Hill, 2000). Neste questionário, a codificação desta escala é a seguinte:

1-Não adequado

2-Pouco adequado

3-Adequado

4- Muito adequado

5- Extremamente adequado

Deste modo, pretende-se que o coordenador escolha o nível de adequabilidade percebida em cada indicador, independentemente da concretização ou não da contratualização. Solicita-se que escolha o nível de adequabilidade que considere ser o mais correto na sua opinião, numa escala numérica constituída por cinco pontos. Esta varia entre o ponto 1 (conotação negativa) “não adequado” e o ponto 5 (conotação extremamente positiva) “extremamente adequado”; sendo os restantes pontos representativos de graus de concordância intermédia: os pontos 3 e 4 com conotação positiva e o ponto 2 com conotação negativa. Não considere pertinente utilizar o ponto neutro neste estudo, porque queria assegurar que os coordenadores se posicionavam de forma explícita face a cada indicador.

No seguimento da pergunta acerca da adequabilidade do indicador, para melhor entendimento da causa de inadequabilidade do mesmo, foi solicitado ao coordenador que, em caso de resposta negativa na escala de Likert (1 ou 2), assinalasse o motivo da inadequabilidade. Para esse efeito, construí uma pergunta com quatro opções pré-definidas e uma opção livre. Esta pergunta permite resposta simples (assinalando uma opção) ou múltipla (assinalando várias opções). As quatro opções de respostas foram construídas com base na pesquisa bibliográfica e experiência de coordenação, considerando serem provavelmente as respostas mais frequentes, de modo a facilitar a análise dos dados. A quinta opção de resposta permite ao coordenador descrever a razão que considera causadora da inadequabilidade do indicador. Esta última permite uma resposta livre ampliando o quadro de respostas inicialmente traçado. Assim, foram disponibilizadas as seguintes opções de resposta:

- Ausência de sistemas de informação adaptados às atividades das UCC.
- Indicador considerado muito ambicioso.
- Inexistência de projeto compatível na UCC.
- Projeto atribuído a outra UF.
- Outras.

Para melhor compreensão dos indicadores propostos, o coordenador inquirido foi ainda convidado a sugerir as alterações consideradas pertinentes para cada indicador, alterando o seu BI de modo livre, utilizando para o efeito os quadrados vazios na linha abaixo do indicador, colocando o título do indicador que pretende alterar. A reformulação

dos indicadores nos quadros vazios do grupo II foi opcional.

### Grupo III - Opcional

O terceiro grupo é constituído por uma questão aberta e opcional (pois nem todos os coordenadores estariam disponíveis para despendere tempo a pensar em indicadores) e convida o coordenador a sugerir dois novos indicadores, que entenda serem úteis para a UCC que coordena, numa tentativa de explorar novos indicadores considerados importantes para valorizar as UCC e para, se possível, acrescentar à lista nacional.

#### Recolha de dados

A aplicação do questionário decorreu entre o mês de outubro de 2012 e o mês de outubro de 2013. A recolha de dados aconteceu durante cerca de um ano porque a obtenção de autorizações para aplicar os questionários foi morosa. Foi enviado, via correio eletrónico, um questionário para cada coordenador descrevendo a finalidade do estudo e solicitando a sua participação de modo livre e confidencial, só o reencaminhando de volta se desejasse participar no estudo dando o seu consentimento e colaboração de forma voluntária. Trata-se de um questionário enviado em formato *word*, com um tempo médio de resposta de 30 minutos, havendo a possibilidade de ser preenchido de forma faseada e depois devolvido via correio eletrónico ou por correio postal.

#### Seleção da população alvo

Segundo Fortin (1999), a população alvo é formada por todos os elementos que cumprem os critérios de seleção definidos pelo investigador. Hill e Hill (2000) designam esses elementos como “casos” da investigação e podem ser indivíduos, famílias, empresas e o conjunto total de casos também pode ser designado por Universo.

A população alvo deste estudo é constituída por todos os Coordenadores das UCC Nacionais em atividade durante o estudo com a exceção do Coordenador de uma UCC do ACES Central Algarve I da ARS Algarve (investigadora neste trabalho). Considerei ser possível inquirir o número total de indivíduos da população alvo pelo que não procedi a uma amostra probabilística e convidei todos os Coordenadores das UCC (que tive conhecimento) de Portugal Continental a participar.

Como Coordenador entende-se o profissional designado entre os enfermeiros com pelo menos o título de enfermeiro especialista, com experiência na respetiva área profissional em conformidade com a alínea b) do n.º 1 e 2 do artigo 15.º e do n.º 1 do artigo

16º do Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Este desempenha as competências de gestão e coordenação de equipas multiprofissionais, emanadas no artigo 7º do Despacho nº 10143/2009. No âmbito dessas competências destaco, pela sua pertinência neste estudo, a descrita na alínea c) “assegurar a qualidade dos serviços prestados e a sua melhoria contínua, controlando e avaliando sistematicamente o desempenho da unidade”.

O questionário foi enviado por correio eletrónico a 187 coordenadores utilizando uma lista nacional de contactos de correio eletrónico fornecida pela ERA Algarve. Contudo, ao contactar os coordenadores, verifiquei que quatro unidades (região de LVT), que constavam da referida lista como aprovadas, ainda não estavam em funcionamento por falta de recursos humanos. Ao longo do estudo verificamos algumas oscilações no número de UCC em atividade devido à fusão de ACES e formação de ULS. Na tentativa de abranger todas as UCC nacionais, pedi autorização às cinco ARS e seis ULS nacionais para aplicar os questionários. Na sequência desta autorização, alguns desses organismos forneceram o questionário aos coordenadores da sua zona de influência e por este motivo consegui cinco questionários de UCC que iniciaram a atividade em 2013. Tive oportunidade de usufruir do apoio de alguns coordenadores que, devido à pertinência do tema, incentivaram outros colegas a responder. A página da internet da ACSS apresenta um relatório datado de 1 de janeiro de 2013 onde refere estarem em atividade 185 UCC a nível nacional. Assim, irei considerar 188 UCC (185 referidas pela ACSS e mais 3 que comprovei a sua existência e não estavam na lista). A população alvo considerada neste estudo é de 187 UCC pois relembro que uma UCC foi excluída (o coordenador é o autor desta dissertação).

### Implicações éticas

Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. Neste estudo concreto, apesar de ser um questionário enviado por correio eletrónico, em que o consentimento é dado pela devolução do mesmo, decidi solicitar autorização às organizações de saúde, para a aplicação do questionário. Pedi autorização às cinco ARS nacionais (Norte, Centro, LVT, Alentejo e Algarve); e às ULS Nordeste; Matosinhos; Norte Alentejano, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral. Todas as organizações autorizaram a aplicação do questionário tendo obtido autorização da ARS Norte, ULS Baixo e Alentejo Litoral por escrito e parecer das Comissões Éticas das outras ARS e da ULS Matosinhos e Norte Alentejano (anexo II).

Fortin (1999:114). refere que “a ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da

moral e a arte de dirigir a conduta”. Do ponto de vista ético, foi explicada a natureza e os objetivos do trabalho aos coordenadores das UCC e foi respeitada a sua vontade e disponibilidade de participar ou não participar no estudo. Foi também respeitado o direito à privacidade, assegurada a confidencialidade das informações e garantido o anonimato das informações e o seu não uso para outro fim que não o do estudo.

As obrigações de clareza e rigor na elaboração de trabalhos de investigação exigem que se manifeste publicamente eventuais conflitos de interesse que possa ter influência nos resultados do estudo, a qualquer nível (económico, institucional, profissional, político ou pessoal). Assim, manifesto que assumo o cargo de coordenador de uma UCC na região do Algarve e que foram tomadas medidas para anular/minimizar eventuais influências de juízo durante o estudo, nomeadamente a UCC que coordeno não participou no estudo, tendo a análise de dados e fundamentação teórica sido executadas com o maior rigor possível.

No contexto desta investigação, devido à carência de informação acerca da adequabilidade do modelo de avaliação proposto para a avaliação de desempenho das UCC nacionais, decidi orientar o estudo para a descrição dos diversos fatores envolvidos nesta análise. Esta escolha deve-se ao fato de não existir, como já referimos, informação disponível acerca da operacionalização dos indicadores de desempenho propostos, pois a contratualização interna com as UCC ainda tem fraca expressão a nível nacional e iniciou-se há cerca de um ano em algumas zonas do País. Os resultados do estudo serão apresentados no próximo capítulo.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 CARATERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

A amostra deste estudo de investigação é constituída por 92 coordenadores (o número que devolveu o questionário), tendo sido aceite todos os questionários recebidos. Esta amostra representa uma percentagem de 49,2 % do universo estudado. Uma vez que a amostra foi recolhida de forma não probabilística, os resultados obtidos servem apenas para caracterizar a amostra em estudo e não podem ser extrapolados ao universo em causa.

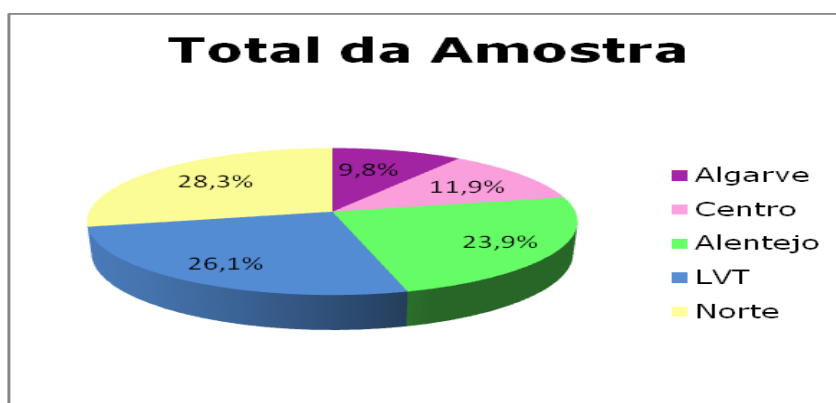
Ao analisar os dados obtidos por região do País verifiquei que de um modo geral obtive uma taxa de resposta satisfatória, com maior expressão nas regiões do Centro (85%), Alentejo (76%) e Algarve (82%) do que nas regiões Norte (33%) e LVT (44%), como se pode verificar na tabela 5.1.

Tabela 5.1 – Total de UCC participantes por região de Portugal continental

	UCC por regiões do país				
	Algarve	Centro	Alentejo	LVT	Norte
<b>Total da Região</b>	11	13	29	55	79
<b>Total Respostas</b>	9	11	22	24	26
<b>% Respostas</b>	82%	85%	76%	44%	33%

Analisando em pormenor a amostra pode-se verificar que aproximadamente 9,8% dos inquiridos pertencem a UCC do Algarve; 11,9% à região Centro; 23,9% à região Alentejo; 26,1% à região LVT e 28,3% à região Norte, como se pode ver na figura 5.1.

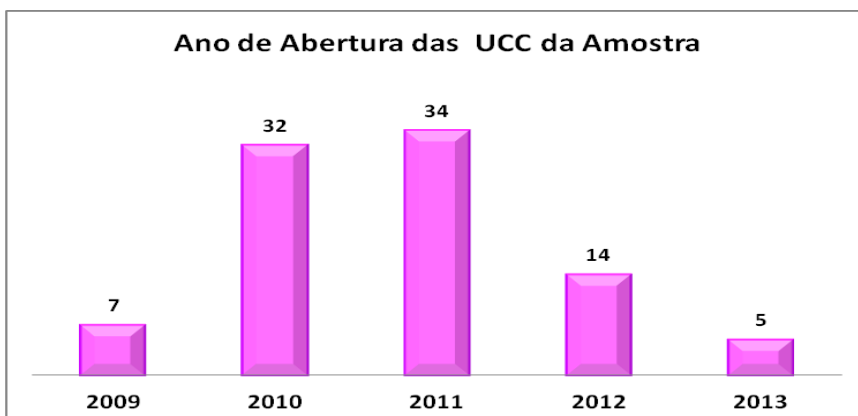
Figura 5.1- Representação das várias regiões do país no total da amostra.



A experiência de coordenação dos inquiridos é relativamente importante para uma melhor perceção acerca da avaliação de desempenho da UCC e da adequabilidade dos

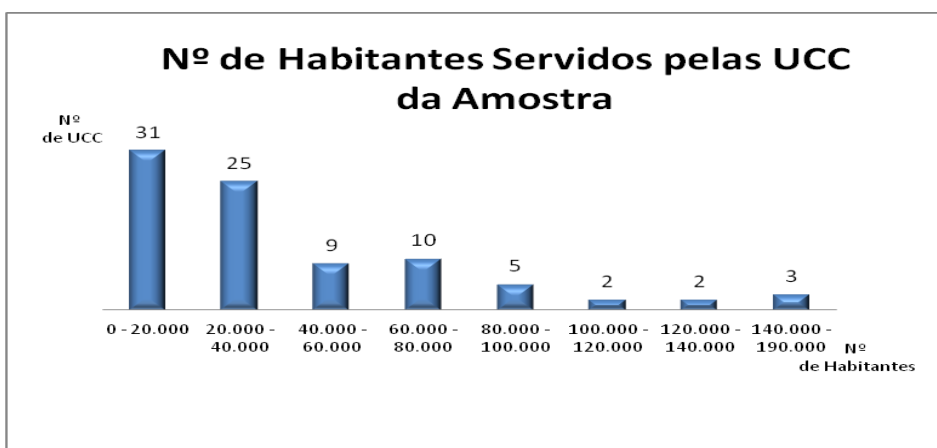
indicadores propostos. A figura 5.2 revela que apenas cinco UCC têm menos de um ano de funcionamento.

Figura 5.2 - Ano de abertura das UCC da amostra



Relativamente ao número de habitantes da população alvo das UCC em estudo, verificou-se alguma heterogenidade como se pode verificar na figura 5.3. A UCC da amostra que apresenta a população alvo mais pequena pertence à região do Alentejo e abrange 3193 habitantes e a maior pertence à região do LVT e abrange 181477 habitantes, o que sugere uma grande discrepância a nível nacional nesta área.

Figura 5.3- Número de habitantes servidos pelas UCC da amostra



Na amostra verificámos que seis das UCC não responderam à questão relativa ao nº de habitantes servidos. No entanto, sobressai o facto da maioria das UCC estudadas servirem uma população até 40.000 habitantes o que corresponde a cerca de 65% da amostra. Podemos observar que cerca de 28% prestam cuidados a uma população entre 40.001 a 100000 habitantes e apenas 8% das UCC serve uma população com mais de 100.000 habitantes.

A heterogenidade das UCC nacionais, à semelhança do que acontece na dimensão da população alvo, também é espelhada ao nível das equipas, nomeadamente no que diz respeito à

sua constituição. A tabela 5.2 mostra a média e desvio padrão do número de colaboradores das UCC estudadas (por perfil profissional) da equipa nuclear (profissionais afetos à equipa UCC) e do número total de colaboradores que participam nas atividades das UCC (profissionais da equipa nuclear e de outras UF). Relativamente à presença de outros técnicos que colaboram com as UCC, foi assinalado a presença de terapeutas da fala, técnicos de saúde ambiental e dentistas.

Tabela 5.2 – N° de colaboradores em cada UCC da amostra

<b>Profissão</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Máximo</b>	<b>Mínimo</b>
Enfermeiros	7,10	3,40	18	1
Médicos	1,12	0,87	4	0
Fisioterapeutas	0,63	0,66	3	0
Técnicos de serviço social	0,94	0,59	3	0
Assistentes operacionais	1,02	1,68	9	0
Nutricionista/ dietista	0,51	0,52	2	0
Psicólogos	0,82	0,71	5	0
Terapeuta ocupacional	0,12	0,36	2	0
Higienista oral	0,40	0,63	4	0
Assistentes técnicos	0,82	0,53	2	0
Outros	0,13	0,34	1	0
Elementos da equipa nuclear	9,06	5,42	30	2
Total de colaboradores da UCC	13,99	5,47	31	5

Dos noventa e dois questionários recebidos, foram excluídos para esta questão três que não responderam de forma precetível sobre o número de profissionais envolvidos, obtendo uma amostra total de 89 questionários. Os resultados revelam valores de desvio padrão elevados, traduzindo elevada variação em torno da média aritmética da amostra para cada um dos itens analisados. Na análise do quadro verifica-se que o perfil profissional que está presente em todas as UCC analisadas é enfermagem, o que é facilmente compreensível pois é necessário sempre um enfermeiro para coordenar uma UCC. Contudo, é curioso verificar a existência de uma UCC que só tem um enfermeiro (UCC do Alentejo, população alvo de 7300 habitantes) e dois elementos na equipa nuclear. Partilho da opinião de que desta forma, será difícil concretizar um trabalho de qualidade multidisciplinar de acordo com o preconizado pelo Despacho nº10143/2009, de 16 de abril. Relativamente aos restantes perfis profissionais verifica-se em todos um número mínimo de zero, o que significa que existem UCC que não têm alguns dos perfis profissionais. No âmbito dos elementos da equipa nuclear (número de profissionais que integram a UCC) verifica-se que o mínimo são 2 elementos e o máximo 30 o que traduz certamente uma desigualdade considerável com repercussões na resposta assistencial destas unidades. Para a análise do número total de colaboradores temos 89 respostas (excluídos três questionários com respostas incompletas), sendo os resultados

igualmente discrepantes, com o máximo 31 e o mínimo 5. Ao longo da análise podemos constatar que diversos coordenadores apontam como um dos principais constrangimentos para iniciar ou manter projetos a escassez de recursos humanos.

Como já foi mencionado anteriormente, a carteira de serviços prioritária a contratualizar com o ACES/ULS encontra-se definida de forma abrangente no Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril. Com base na análise dos dados obtidos neste estudo, construí cinco tabelas, de forma a sintetizar a informação obtida, através de técnicas de análise de conteúdo numa abordagem quantitativa. Utilizei na análise como categorias as atividades descritas no ponto 4 do artigo 9º do Despacho n.º 10143/2009 anteriormente referido. Desta forma, o agrupamento das unidades de análise nas referidas categorias foi efetuado com base na principal finalidade pressuposta dos programas/projetos enunciados pelos coordenadores.

Os resultados gerais das atividades em curso representam-se na tabela 5.3 onde estão descritas todas as categorias e os projetos que as UCC desenvolvem, hierarquizadas de forma decrescente em cada categoria. Pela observação desta tabela verifica-se que as UCC da amostra apresentam uma carteira de serviços muito diversificada, sendo que de um modo geral todas as categorias têm presentes um número bastante significativo de atividades desenvolvidas. Apenas a categoria – “Contributos para o Diagnóstico na Comunidade” apresenta menor número de atividades. O facto, destas atividades serem realizadas muitas vezes em parceria com a autarquia ou com a USP pode constituir a principal fundamentação para que não sejam suficientemente valorizadas e evidenciadas pelos coordenadores. Exemplo disso é a caracterização anual da comunidade escolar efetuada pelas ESSE que pertencem às UCC. No meu ponto de vista, isto pode desta forma condicionar as baixas frequências apresentadas na amostra a este nível. Este exemplo alerta-nos para a necessidade de clarificar a carteira de serviços a nível nacional, uniformizando conceitos e procedimentos em todas as UF.

Tabela 5.3 - Projetos em desenvolvimento nas UCC por categoria.

Projetos em desenvolvimento nas UCC participantes			
Categorias	Designação geral do projeto	UCC que indicam estar a desenvolver o projeto	
		Nº de Respostas	%
<b>Contributo para o diagnóstico na comunidade</b>	Diagnóstico da comunidade escolar.	10	10,87
	Diagnóstico social parceria com o município.	15	16,30
	Isolamento social.	6	6,52
	População com doença mental.	2	2,17
	Cobertura vacinal dos utentes sem médico.	2	2,17
	Diabetes no ACES.	2	2,17
	Estudo de Saúde oral na comunidade escolar.	1	1,09
	Violência Doméstica.	1	1,09
<b>Programas no âmbito da proteção e promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade</b>	Projetos desenvolvidos no âmbito do PNSE.	90	97,83
	Projetos desenvolvidos no âmbito do Programa Nacional de Saúde Oral.	37	40,22
	Projetos desenvolvidos no âmbito do Programa de Alimentação Saudável.	53	57,61
	Projetos desenvolvidos no âmbito da Luta Contra a Obesidade.	10	10,87
	Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes.	8	8,70
	Programa Nacional de Prevenção de Acidentes.	6	6,52
<b>Intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade na comunidade e sujeitas a fatores de exclusão Social ou Cultural</b>	Projetos desenvolvidos no âmbito da rede social.	72	78,26
	Projetos desenvolvidos no âmbito do RSI.	71	77,17
	Intervenção comunitária a famílias vulneráveis/literacia em saúde.	66	71,14
	Participação no SNIPI (PIP).	60	65,22
	Participação na CPCJ.	56	60,87
	Participação no NACJR.	54	58,70
	Intervenção em grupos com risco de exclusão social.	35	38,04
	Projetos desenvolvidos no âmbito do envelhecimento ativo.	27	29,35
	Atividades no âmbito da saúde mental.	25	27,17
	Unidade móvel de saúde.	12	13,04
	Prevenção de quedas em idosos.	11	11,96
	Atividades na área da prevenção da violência doméstica.	8	8,70
	Gestão do medicamento.	4	4,35
Farmácia comunitária.	1	1,09	
<b>Intervenção Comunitária com indivíduos dependentes família/cuidadores no âmbito da RNCCI</b>	Atividades no âmbito da ECCI.	85	92,39
	Formação de cuidadores informais.	33	35,87
	Atividades no âmbito da Equipa Coordenadora Local (ECL).	16	17,39
	Banco de ajudas técnicas.	9	9,78
	Cuidados paliativos.	6	6,52
	Formação de cuidadores formais.	3	3,26
	Função entidade referenciadora.	3	3,26
<b>Outras intervenções para a promoção de estilos de vida saudáveis ao longo do ciclo de vida</b>	Atividades de promoção de estilos de vida saudáveis na comunidade.	90	97,83
	Curso de preparação para o nascimento e parentalidade.	71	77,17
	Intervenções no âmbito materno infantil.	69	75,00
	Atividades de apoio e promoção do aleitamento materno.	63	68,48
	Curso de recuperação pós-parto.	47	51,09
	Visita domiciliária à puerpera e recém-nascido.	44	47,83
	Promoção da atividade física.	36	39,13
	Rastreamento de doenças cardiovasculares e metabólicas.	18	19,57
	Massagem ao bebé.	15	16,30
	Atividades com pessoas com necessidade especiais.	13	14,13
	Reabilitar pessoas com Acidente Vascular cerebral (AVC).	8	8,70
	Prevenção e controlo de doenças respiratórias.	8	8,70
	Prevenção e tratamento do alcoolismo.	7	7,61
	Atividades de reabilitação motora.	6	6,52
	Projetos relacionados com doenças oncológicas.	6	6,52
	Prevenção de toxicodependências.	5	5,43
	Banco de voluntariado.	5	5,43
Aconselhamento e rastreio do VIH.	2	2,17	
Atividades de prevenção e tratamento da cessação tabágica	1	1,09	

A tabela 5.4 apresenta todos os projetos desenvolvidos nas UCC estudadas hierarquizadas de acordo com a frequência com que os coordenadores as referiram. Como se pode verificar os projetos com maior frequência são no âmbito do PNSE (97,8%), da promoção de estilos de vida saudáveis na comunidade (97,8%) e ECCI (92,4%) e os de menor frequência (1,09%) são os de estudo da saúde oral na comunidade escolar, violência doméstica e atividades de tratamento de cessação tabágica.

Tabela 5.4 - Projetos em desenvolvimento nas UCC hierarquizados.

Designação geral do projeto	UCC que indicam estar a desenvolver o projeto	
	Nº de respostas	%
Projetos desenvolvidos no âmbito do PNSE.	90	97,83
Atividades de promoção de estilos de vida saudáveis na comunidade.	90	97,83
Atividades no âmbito da ECCI.	85	92,39
Projetos desenvolvidos no âmbito da rede social.	72	78,26
Projetos desenvolvidos no âmbito do RSI.	71	77,17
Curso de preparação para o nascimento e parentalidade.	71	77,17
Intervenções no âmbito materno infantil.	69	75,00
Intervenção comunitária a famílias vulneráveis/literacia em saúde.	66	71,14
Atividades de apoio e promoção do aleitamento materno.	63	68,48
Participação no SNIPI (PIP).	60	65,22
Participação na CPCJ.	56	60,87
Participação no NACJR.	54	58,70
Projetos desenvolvidos no âmbito do Programa de Alimentação Saudável.	53	57,61
Curso de recuperação pós-parto.	47	51,09
Visita domiciliária à puerpera e recém-nascido.	44	47,83
Projetos desenvolvidos no âmbito do Programa Nacional de Saúde Oral.	37	40,22
Promoção da atividade física.	36	39,13
Intervenção em grupos com risco de exclusão social.	35	38,04
Formação de cuidadores informais.	33	35,87
Projetos desenvolvidos no âmbito do envelhecimento ativo.	27	29,35
Atividades no âmbito da saúde mental.	25	27,17
Rastreios de doenças cardiovasculares e metabólicas.	18	19,57
Atividades no âmbito da ECL.	16	17,39
Diagnóstico social parceria com o município.	15	16,30
Massagem ao bebé.	15	16,30
Atividades com pessoas com necessidade especiais.	13	14,13
Unidade Móvel.	12	13,04
Prevenção de quedas em idosos.	11	11,96
Diagnóstico da comunidade escolar.	10	10,87
Projetos desenvolvidos no âmbito da Luta Contra a Obesidade.	10	10,87
Banco de ajudas técnicas.	9	9,78
Programa Nacional de Prevenção e Controle da Diabetes.	8	8,70
Atividades na área da prevenção da violência doméstica.	8	8,70
Reabilitar pessoas com AVC.	8	8,70
Prevenção e controle de doenças respiratórias.	8	8,70
Prevenção e tratamento do alcoolismo.	7	7,61
Isolamento social.	6	6,52
Programa Nacional de Prevenção de Acidentes.	6	6,52
Cuidados paliativos.	6	6,52
Atividades de reabilitação motora.	6	6,52
Projetos relacionados com doenças oncológicas.	6	6,52
Prevenção de toxicodependências.	5	5,43
Banco de voluntariado.	5	5,43
Gestão do medicamento.	4	4,35
Formação de cuidadores formais.	3	3,26
Função entidade referenciadora.	3	3,26
População com doença mental.	2	2,17
Cobertura vacinal dos utentes sem médico.	2	2,17
Diabetes no ACES.	2	2,17
Aconselhamento e rastreio do VIH	2	2,17
Estudo de saúde oral na comunidade escolar.	1	1,09
Violência Doméstica.	1	1,09
Farmácia comunitária.	1	1,09
Atividades de prevenção e tratamento de cessação tabágica.	1	1,09

A análise dos dados revelou que cerca de 49% dos inquiridos referem ter em desenvolvimento atividades que consideram não inclusas nas categorias do Despacho nº 10143/2009. Na tabela 5.5 apresentam-se estes dados hierarquizados em termos de frequência de respostas. Podemos observar que as atividades mais enumeradas são: a formação contínua/desenvolvimento pessoal, atividades de sensibilização para as temáticas dos dias mundiais e apoio domiciliário de saúde (habitualmente efetuado pelas USF ou UCSP, mas em algumas casos efetuado pela equipa da UCC ao longo do país).

Tabela 5.5 - Outros projetos em desenvolvimento nas UCC

<b>Outros projetos</b>	<b>Nº de respostas</b>
Formação contínua / desenvolvimento profissional.	9
Comemoração de dias mundiais.	7
Apoio domiciliário de saúde.	5
Eventos comunitários.	3
Melhoria contínua de qualidade.	3
Formação pré e pós graduada.	2
Publicação de informação de literacia em saúde no jornal local.	2
Consulta de pé diabético.	2
Vacinação.	2
Colheita de espécimes para análise.	2
Alteração climáticas extremas.	1
Consulta tele enfermagem.	1
Consulta de desabituação alcoólica.	1
Consulta de cessação tabágica.	1
Combate à mutilação genital feminina.	1
Espaço saúde.	1
Consulta diagnóstico pneumológico.	1
Rastreio visual a alunos do 2ºano.	1

Neste estudo, pareceu-me pertinente conhecer a opinião dos coordenadores inquiridos acerca dos projetos que consideram mais significativos em desenvolvimento nas suas UCC, relativamente ao número de horas afetas. Neste sentido, os resultados encontram-se descritos na tabela 5.6 e corroboram com os resultados dos quadros anteriores, sendo os projetos com maior consumo de horas assinalados: a ECCI, PNSE e o curso de preparação para o nascimento e a parentalidade.

Tabela 5.6 - Projetos considerados como mais significativos pelos coordenadores

<b>Projetos mais significativos hierarquizados</b>	<b>Nº de respostas</b>
Atividades no âmbito da ECCI.	81
Projetos desenvolvidos no âmbito do PNSE.	80
Curso de preparação para o nascimento e parentalidade.	41
Atividades no âmbito do SNIPI (PIP).	14
Curso de recuperação pós-parto.	12
Projetos desenvolvidos no âmbito da rede social.	12
Visita domiciliária à puerpera e recém-nascido.	11
Participação na CPCJ.	11
Apoio domiciliário em saúde.	10
Atividades com pessoas com necessidades especiais.	9
Projetos de intervenção comunitária a famílias vulneráveis/isolamento social.	9
Projetos desenvolvidos no âmbito do envelhecimento ativo.	9
Atividades de apoio e promoção do aleitamento materno.	8
Projetos desenvolvidos no âmbito do RSI.	8
Participação no NACJR.	7
Atividades no âmbito da ECL.	6
Atividades no âmbito do Programa de Alimentação Saudável.	6
Formação de cuidadores informais.	4
Unidade móvel de saúde.	4
Atividades no âmbito da saúde mental.	4
Promoção da atividade física.	4
Projetos desenvolvidos no âmbito da diabetes e outras doenças crónicas.	4
Massagem ao bebé.	3
Reabilitação respiratória.	2
Reabilitação física.	2
Cuidados paliativos.	2
Projetos desenvolvidos no âmbito do Programa Nacional de Saúde Oral.	1
Consulta de desabituação alcoólica.	1
Consulta de cessação tabágica.	1
Formação de cuidadores formais.	1

Ainda para melhor apreciação acerca dos projetos em desenvolvimento e da necessidade de contratualizar indicadores de desempenho com o ACES/ULS, foi solicitado aos coordenadores que assinalassem cinco dos projetos em desenvolvimento na UCC que considerassem prioritário contratualizar. Assim, da análise dos dados verifiquei que todos responderam à questão e muitos referiram mais do que cinco projetos, pelo que podemos deduzir que os coordenadores estão disponíveis para participar de forma ativa no processo de avaliação de desempenho desta unidade e estabelecer cartas de compromisso com o ACES/ULS. Na tabela 5.7, apresentam-se os projetos assinalados como prioritários para a contratualização, sendo os três primeiros: o PNSE (com 88 respostas), a ECCI (com 86 respostas), o CPNP (com 63 respostas) confirmando-se existir uma concordância entre os projetos considerados prioritários e os que consomem mais recursos. De salientar que o projeto que foi referido por maior número de coordenadores, surge aqui em quarto lugar com 59 respostas o que parece significar que apesar de ser um projeto comum a 97,83% das UCC estudadas parece não ser muito expressivo relativamente ao número de recursos humanos utilizados para desenvolver estes projetos provavelmente por falta de recursos humanos. O quinto projeto mais assinalado pelos inquiridos diz respeito a atividades no âmbito do SNIPI

(PIP) com 14 respostas.

Tabela 5.7 - Projetos considerados prioritários para contratualização

<b>Projetos que os coordenadores consideram prioritários contratualizarem</b>	<b>Nº de respostas</b>
Projetos desenvolvidos no âmbito do PNSE.	88
Atividades no âmbito da ECCL.	86
Curso de preparação para o nascimento e parentalidade.	63
Promoção de estilos de vida saudáveis.	59
Atividades no âmbito do SNIPI.	33
Projetos desenvolvidos no âmbito do RSI.	20
Participação na CPCJ.	20
Participação no NACJR.	18
Projetos desenvolvidos no âmbito de doenças crónicas.	15
Formação de cuidadores.	14
Projetos de intervenção comunitária a famílias vulneráveis.	12
Promoção da atividade física.	10
Visita domiciliária à puerpera e recém-nascido.	9
Atividades de apoio e promoção ao aleitamento materno.	8
Projetos desenvolvidos no âmbito do envelhecimento ativo.	8
Atividades no âmbito da ECL.	7
Atividades no âmbito da saúde mental.	6
Atividades no âmbito do Programa de Alimentação Saudável.	6
Unidade Móvel de saúde.	4
Projetos desenvolvidos no âmbito do Programa Nacional de Saúde Oral.	4
Reabilitação física.	4
Atividades com pessoas com necessidades especiais.	4
Apoio domiciliário em saúde.	2
Intervenção contra a obesidade.	2
Prevenção de violência doméstica.	2
Consulta de cessação tabágica.	1
Prevenção de acidentes.	1
Consulta de pé diabético.	1

## 5.2 ADEQUABILIDADE PERCECIONADA DOS INDICADORES EM ESTUDO

Na tabela 5.8 apresentam-se os 35 indicadores propostos pela MCSP (Ministério da Saúde, 2010a), hierarquizados pela percentagem de respostas positivas quanto ao grau de adequabilidade percecionada pelos coordenadores. Nesta tabela realço as colunas referentes aos resultados do somatório das respostas de conotação positiva (extremamente adequado, muito adequado e adequado) e de conotação negativa (pouco adequado e não adequado), esta opção foi utilizada como complemento à moda para melhor compreensão da temática em estudo. Pela análise global destes dados constatei não haver uma clara evidência da adequabilidade de todos os indicadores propostos. Na minha interpretação, isto pode ocorrer devido a fatores relacionados com a organização dos serviços (nomeadamente a existência de assimetrias regionais/locais ao nível de recursos humanos e materiais) e pelas dificuldades sentidas ao nível do registo, monitorização e avaliação.

Tabela 5.8 – Indicadores hierarquizados por percentagem de respostas positivas quanto ao grau de adequabilidade percecionada.

Indicadores hierarquizados por % de respostas positivas quanto ao grau de adequabilidade percecionada									
Dimensão	Indicador	Extremamente adequado	Muito adequado	Adequado	Total positivo	Pouco adequado	Não adequado	Total negativo	Moda
		Nº de Respostas (%)	Nº de respostas (%)	Nº de respostas (%)	Nº de respostas (%)	Nº de respostas (%)	Nº de respostas (%)	Nº de respostas (%)	
Satisfação	UCC- 9	34 (36,96)	26 (28,26)	22 (23,91)	82 (89,13)	5 (5,43)	5 (5,43)	10 (10,87)	5
Acesso	UCC- 11	43 (46,74)	25 (27,17)	12 (13,04)	80 (86,96)	6 (6,52)	6 (6,52)	12 (13,04)	5
Satisfação	UCC- 10	33 (35,87)	25 (27,17)	21 (22,83)	79 (85,87)	9 (9,78)	4 (4,35)	13 (14,13)	5
Produtividade	UCC- 19	39 (42,39)	18 (19,57)	21 (22,83)	78 (84,78)	9 (9,78)	5 (5,43)	14 (15,22)	5
Acesso	UCC- 1	25 (27,17)	26 (28,26)	23 (25,00)	74 (80,43)	13 (14,13)	5 (5,43)	18 (19,57)	4
QTC	UCC- 15	36 (39,13)	24 (26,09)	14 (15,22)	74 (80,43)	8 (8,70)	10 (10,87)	18 (19,57)	5
Efetividade	UCC- 20	31 (33,70)	22 (23,91)	19 (20,65)	72 (78,26)	12 (13,04)	8 (8,70)	20 (21,74)	5
QTC	UCC -12	32 (34,78)	20 (21,74)	18 (19,57)	70 (76,09)	15 (16,30)	7 (7,61)	22 (23,91)	5
Acesso	UCC- 16	35 (38,04)	22 (23,91)	13 (14,13)	70 (76,09)	10 (10,87)	12 (13,04)	22 (23,91)	5
Resultado	UCC- 14	31 (33,70)	21 (22,83)	17 (18,48)	69 (75,00)	12 (13,04)	11 (11,96)	23 (25,00)	5
Acessibilidade	UCC- 23	19 (20,65)	24 (26,09)	25 (27,17)	68 (73,91)	15 (16,30)	9 (9,78)	24 (26,09)	3
Acesso	UCC- 31	21 (22,83)	23 (25,00)	22 (23,91)	66 (71,74)	14 (15,22)	12 (13,04)	26 (28,26)	4
Acesso	UCC- 32	17 (18,48)	28 (30,43)	21 (22,83)	66 (71,74)	11 (11,96)	15 (16,30)	26 (28,26)	4
QTC	UCC 8	18 (19,57)	18 (19,57)	29 (31,52)	65 (70,65)	15 (16,30)	12 (13,04)	27 (29,35)	3
QTC	UCC -13	27 (29,35)	24 (26,09)	14 (15,22)	65 (70,65)	18 (19,57)	9 (9,78)	27 (29,35)	5
Acesso	UCC- 17	24 (26,09)	18 (19,57)	22 (23,91)	64 (69,57)	18 (19,57)	10 (10,87)	28 (30,43)	5
Acesso	UCC- 18	27 (29,35)	15 (16,30)	20 (21,74)	62 (67,39)	17 (18,48)	13 (14,13)	30 (32,61)	5
Acesso	UCC- 3	14 (15,22)	22 (23,91)	24 (26,09)	60 (65,22)	18 (19,57)	14 (15,22)	32 (34,78)	3
Acesso	UCC- 30	26 (28,26)	21 (22,83)	13 (14,13)	60 (65,22)	14 (15,22)	18 (19,57)	32 (34,78)	5
Acesso	UCC- 33	24 (26,09)	17 (18,48)	19 (20,65)	60 (65,22)	14 (15,22)	18 (19,57)	32 (34,78)	5
Acesso	UCC- 35	14 (15,22)	21 (22,83)	23 (25,00)	58 (63,04)	20 (21,74)	14 (15,22)	34 (36,96)	3
Acesso	UCC- 7	14 (15,22)	16 (17,39)	25 (27,17)	55 (59,78)	15 (16,30)	22 (23,91)	37 (40,22)	3
Acesso	UCC- 4	11 (12,09)	18 (19,78)	25 (27,47)	54 (59,34)	24 (26,37)	13 (14,29)	37 (40,66)	3
Acesso	UCC- 6	17 (18,48)	18 (19,57)	19 (20,65)	54 (58,70)	16 (17,39)	22 (23,91)	38 (41,30)	1
QTC	UCC- 34	14 (15,22)	21 (22,83)	18 (19,57)	53 (57,61)	23 (25,00)	16 (17,39)	39 (42,39)	2
Acesso	UCC- 2	11 (11,96)	15 (16,30)	24 (26,09)	50 (54,35)	26 (28,26)	16 (17,39)	42 (45,65)	2
Acesso	UCC- 5	13 (14,13)	18 (19,57)	19 (20,65)	50 (54,35)	24 (26,09)	18 (19,57)	42 (45,65)	2
QTC	UCC- 28	17 (18,48)	13 (14,13)	17 (18,48)	47 (51,09)	16 (17,39)	29 (31,52)	45 (48,91)	1
QTC	UCC- 29	13 (14,13)	12 (13,04)	21 (22,83)	46 (50,00)	19 (20,65)	27 (29,35)	46 (50,00)	1
QTC	UCC- 27	19 (20,65)	11 (11,96)	15 (16,30)	45 (48,91)	17 (18,48)	30 (32,61)	47 (51,09)	1
Acessibilidade	UCC- 24	7 (7,61)	15 (16,30)	20 (21,74)	42 (45,65)	27 (29,35)	23 (25,00)	50 (54,35)	2
QTC	UCC- 22	8 (8,70)	13 (14,13)	16 (17,39)	37 (40,22)	30 (32,61)	25 (27,17)	55 (59,78)	2
QTC	UCC- 25	12 (13,04)	11 (11,96)	14 (15,22)	37 (40,22)	20 (21,74)	35 (38,04)	55 (59,78)	1
QTC	UCC- 26	11 (11,96)	12 (13,04)	14 (15,22)	37 (40,22)	19 (20,65)	36 (39,13)	55 (59,78)	1
QTC	UCC- 21	7 (7,61)	15 (16,30)	14 (15,22)	36 (39,13)	33 (35,87)	23 (25,00)	56 (60,87)	2

Verifica-se ainda na tabela 5.8 que os primeiros vinte e oito indicadores são percecionados de forma positiva, seis de forma negativa e um de forma neutra. Entre os que apresentam uma adequabilidade percecionada positiva só os primeiros dezassete da tabela 5.8 apresentam uma percentagem de respostas de conotação positiva acima dos 60%.

Relativamente à dimensão dos indicadores, salienta-se que a dimensão satisfação apresenta os melhores resultados e a dimensão qualidade técnico científica, apresenta os piores resultados. Por forma a analisar em maior profundidade os indicadores de cada dimensão, construí tabelas separadas com o grau de adequabilidade de cada indicador, focando nas várias dimensões de desempenho utilizando a linguagem descrita no supracitado documento da MCSP (Ministério da Saúde, 2010a).

A tabela 5.9 apresenta os indicadores de Acesso/Acessibilidade, verificando-se que, de um modo geral, esses indicadores são percecionados de modo positivo pelos coordenadores, existindo apenas um indicador de acesso da área de atividade do PNSE que apresenta resultado negativo (UCC 24). Relativamente a este último, os dados recolhidos apontam para a possibilidade dos coordenadores terem a percepção da dificuldade de monitorizar este indicador, contudo 45,65% consideram o indicador adequado.

Dos três indicadores melhor classificados nesta dimensão, dois são indicadores enquadrados na área chave da ECCI (UCC 11 e UCC 16) e o terceiro (UCC 1) relacionado com a prestação de cuidados de enfermagem. Relativamente ao indicador UCC 11 é o indicador desta dimensão com maior número de respostas positivas (86,96%), talvez pelo facto dos inquiridos reconhecerem a importância da primeira visita domiciliária ao utente ser efetuada o mais precocemente possível para assegurar o sucesso do tratamento e prevenção de complicações. O indicador UCC 1 surge em segundo lugar, no meu entender, porque a prestação de cuidados de enfermagem está presente em todas as UCC da amostra. O indicador UCC 16 surge em terceiro lugar, no meu ponto de vista, pelo facto dos coordenadores considerarem a importância de terem equipas com ocupação próximas da capacidade máxima, para promover a acessibilidade dos cuidados aos utentes que necessitam do serviço. De referir, que ao longo do tratamento de dados pude perceber que a avaliação deste indicador apresenta alguns constrangimentos, que por vezes interferem na obtenção do resultado, tais como: poderá ser controlado através da taxa de altas aos utentes inscritos na RNCCI (evitar dar altas aos utentes) e a referenciação para as equipas depende de terceiros (as equipas referenciadoras podem não referenciar).

Tabela 5.9 - Indicadores de acesso/ acessibilidade

<b>Acesso/acessibilidade</b>					
Indicadores hierarquizados por % de respostas positivas (1º os mais adequados)					
Dimensão	Nº do indicador/ Área de atividade	Designação	Total positivo (soma 3, 4, 5)	Total negativo (soma 1 e 2)	Moda
			Nº Respostas (%)	Nº Respostas (%)	
Acesso	UCC 11/ECCI	Percentagem de pessoas com visitação domiciliária nas primeiras 24 h após admissão na ECCI.	80 (86,96)	12 (13,04)	5
Acesso	UCC1/Prestação de Cuidados.	Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de enfermagem por programa/projeto.	74 (80,43)	18 (19,57)	4
Acesso	UCC 16/ECCI	Taxa de ocupação da ECCI.	70 (76,09)	22 (23,91)	5
Acessibilidade	UCC 23/PNSE	Percentagem de elementos da comunidade educativa com intervenção por tema (x), no PNSE.	68 (73,91)	24 (26,09)	3
Acesso	UCC 31/PIP	Percentagem de famílias de risco com PIAF, no âmbito do PIP.	66 (71,74)	26 (28,26)	4
Acesso	UCC 32/NACJR	Percentagem de casos acompanhados com PIAF no NACJR, no serviço UCC.	66 (71,74)	26 (28,26)	4
Acesso	UCC 17/ECCI	Percentagem de pessoas com intervenção interdisciplinar em visitação domiciliária nas primeiras 48 h após admissão na ECCI.	64 (69,57)	28 (30,43)	5
Acesso	UCC 18/ECCI	Percentagem de pessoas com necessidade em cuidados paliativos, admitidas no programa ECCI.	62 (67,39)	30 (32,61)	5
Acesso	UCC 3/ Prestação de Cuidados.	Percentagem de pessoas abrangidas pelo serviço social por programa/projeto.	60 (65,22)	32 (34,78)	3
Acesso	UCC 30/ CPNP	Percentagem de grávidas/ casais grávidos que frequentaram o curso de preparação para a parentalidade na UCC.	60 (65,22)	32 (34,78)	5
Acesso	UCC 33/CPCJ	Percentagem de crianças e jovens /famílias acompanhadas, no âmbito da CPCJ, no serviço UCC.	60 (65,22)	32 (34,78)	5
Acesso	UCC 35/RSI	Percentagem de pessoas que cumpriram o acordo de inserção na área da saúde, no âmbito do RSI.	58 (63,04)	34 (36,96)	3
Acesso	UCC 7/ Prestação de Cuidados.	Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de outros técnicos por programa/projeto.	55 (59,78)	37 (40,22)	3
Acesso	UCC 4/ Prestação de Cuidados.	Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de psicologia por programa/projeto.	54 (59,34)	37 (40,66)	3
Acesso	UCC 6/ Prestação de Cuidados.	Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de fisioterapia por programa/projeto.	54 (58,70)	38 (41,30)	1
Acesso	UCC 2/ Prestação de Cuidados.	Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de médicos por programa/projeto.	50 (54,35)	42 (45,65)	2
Acesso	UCC 5/ Prestação de Cuidados.	Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de nutrição por programa/projeto.	50 (54,35)	42 (45,65)	2
Acessibilidade	UCC 24/PNSE	Percentagem de alunos consumidores de tabaco com plano de intervenção interdisciplinar em curso.	42 (45,65)	50 (54,35)	2

Relativamente aos indicadores de dimensão QTC, estes encontram-se descritos na tabela 5.10, verificando-se que existem apenas seis indicadores percecionados de forma positiva, um neutro e cinco percecionados de forma negativa. De um modo geral, é a dimensão que recebe piores resultados entre as várias dimensões e mais uma vez é a área do PNSE que apresenta o grau de adequabilidade mais baixo. Apesar do indicador UCC 21 apresentar o resultado com menor grau de adequabilidade, os indicadores UCC 22, UCC 25 e UCC 26 apresentam resultados similares refletindo, no meu parecer, uma certa divisão de opiniões. Por um lado são atividades desenvolvidas pelas ESE (monitorização dos alunos com EGS e alunos com obesidade nos estabelecimentos escolares) mas por outro lado dependem da atuação de outras equipas nomeadamente das equipas das UCSP e USF

(que efetuam as consultas).

Os primeiros três indicadores que apresentam melhores resultados encontram-se relacionados com a área da ECCI. Partilho da opinião de que estes indicadores são relevantes, pois refletem ganhos em saúde e são familiares a grande parte dos coordenadores. O indicador UCC 29 apresenta igual percentagem de respostas de conotação positiva e de conotação negativa e refere-se à percentagem de profissionais (professores, educadores e auxiliares de ação educativa com plano nacional de vacinação atualizado, dividindo a opinião dos inquiridos, no meu entender, porque a UCC faz o encaminhamento para a equipa de saúde e muitos dos coordenadores consideram este indicador um indicador mais adequado para avaliação das USF ou das UCSP.

Tabela 5.10 - Indicadores de QTC

<b>QTC</b>					
Indicadores hierarquizados por % de respostas positivas (1º os mais adequados)					
Dimensão	Nº do indicador/ área de atividade	Designação	Total positivo (soma 3, 4, 5)	Total negativo (soma 1 e 2)	Moda
			Nº Respostas (%)	Nº Respostas (%)	
QTC	UCC 15/ECCI	Ganhos expressos no controlo da intensidade da dor.	74 (80,43)	18 (19,57)	5
QTC	UCC 12/ECCI	Taxa de eficácia na prevenção de úlceras de pressão.	70 (76,09)	22 (23,91)	5
QTC	UCC 8/Papel do prestador de cuidados	Taxa de resolução do papel de prestador de cuidados inadequado.	65 (70,65)	27 (29,35)	3
QTC	UCC 13/ECCI	Taxa de resolução de diagnóstico de úlcera de pressão.	65 (70,65)	27 (29,35)	5
QTC	UCC 34/ NACJR/CPCJ/PIP	Taxa de resolução do papel parental inadequado por programa (PIP,NACJR, CPCJ).	53 (57,61)	39 (42,39)	2
QTC	UCC 28/PNSE	Percentagem de alunos da comunidade escolar com PNV atualizado aos 13 anos.	47 (51,09)	45 (48,91)	1
QTC	UCC 29/PNSE	Percentagem de profissionais (professores, educadores e auxiliares de ação educativa) da comunidade escolar com PNV atualizado.	46 (50,00)	46 (50,00)	1
QTC	UCC 27/PNSE	Percentagem de alunos da comunidade escolar com PNV atualizado aos 6 anos.	45 (48,91)	47 (51,09)	1
QTC	UCC 22/PNSE	Percentagem de alunos com 10 anos que apresentam diminuição do percentil de IMC e que no início do programa tinham IMC superior ou igual a 85.	37 (40,22)	55 (59,78)	2
QTC	UCC 25/PNSE	Percentagem de alunos da comunidade escolar com EGS realizado aos 6 anos.	37 (40,22)	55 (59,78)	1
QTC	UCC 26/PNSE	Percentagem de alunos da comunidade escolar com EGS realizado aos 13 anos.	37 (40,22)	55 (59,78)	1
QTC	UCC 21/PNSE	Percentagem de alunos com 6 anos que apresentam diminuição do percentil de IMC e que no início do programa tinham IMC superior ou igual a 85.	36 (39,13)	56 (60,87)	2

Na tabela 5.11 verifica-se que os indicadores de Satisfação, Produtividade, Efetividade e Resultado são os que apresentam melhores resultados com maior expressão ao nível da satisfação. Relativamente aos indicadores de satisfação apesar de não ter conhecimento da existência de um instrumento de colheita de dados validado a nível nacional, tanto ao nível dos utilizadores como dos profissionais, ao longo do tratamento de

dados verifiquei que alguns coordenadores referiram ter criado alguns instrumentos para o efeito, nomeadamente para avaliar alguns projetos em curso.

Os indicadores de produtividade e efetividade, referentes à área da saúde escolar, também apresentam bons resultados, talvez pelo facto dos indicadores serem facilmente perceptíveis e relativamente fáceis de monitorizar, ainda que muitas vezes de forma manual.

Tabela 5.11- Indicadores de satisfação/produtividade/efetividade e resultado

<b>Satisfação/produtividade/efetividade/resultado</b>					
Indicadores hierarquizados por % de respostas positivas (1º os mais adequados)					
Dimensão	Nº do indicador/ área de atividade	Designação	Total positivo (soma 3, 4, 5)	Total negativo (soma 1 e 2)	Moda
			Nº Respostas (%)	Nº Respostas (%)	
Satisfação	UCC 9/ Satisfação	Percentagem de utilizadores da UCC satisfeitos com os serviços prestados por esta unidade.	82 (89,13)	10 (10,87)	5
Satisfação	UCC 10/ Satisfação	Percentagem de profissionais satisfeitos com a UCC.	79 (85,87)	13 (14,13)	5
Produtividade	UCC 19/ PNSE	Percentagem de crianças e jovens por nível de ensino, que foram alvo de intervenção no PNSE.	78 (84,78)	14 (15,22)	5
Efetividade	UCC 20/ PNSE	Percentagem de crianças e jovens com NSE, que foram alvo de intervenção pela ESE.	72 (78,26)	20 (21,74)	5
Resultado	UCC 14/ ECCI	Ganhos em independência no autocuidado (higiene, vestuário, uso de sanitário, transferir-se, posicionar-se, alimentar-se e deambular).	69 (75,00)	23 (25,00)	5

Seguidamente irei abordar os principais motivos de inadequabilidade dos indicadores, de acordo com as respostas dos coordenadores que participaram neste estudo. A tabela 5.12 apresenta os indicadores hierarquizados por percentagem de respostas negativas quanto ao grau de adequabilidade do indicador, identificando para cada indicador de desempenho as várias causas de inadequabilidade assinaladas. Com base na Tabela 5.12, é possível verificar que os indicadores com menor grau de adequabilidade percecionada, para os quais foram identificados motivos de inadequabilidade, dizem respeito à área do PNSE. Em específico, no que respeita a esta área, temos um conjunto de sete indicadores de desempenho para a dimensão de QTC e um indicador de desempenho para a dimensão de Acessibilidade que apresentam uma percentagem elevada de respostas negativas. Por forma a aprofundar a análise dos vários motivos assinalados, foram construídas quatro tabelas ( tabelas 5.13 a 5.16) de acordo com os possíveis motivos pré assinalados.

No que se refere a outros motivos de inadequabilidade, verifica-se na tabela 5.12 que houve grande adesão por parte dos coordenadores para responderem de modo livre à questão aberta apresentada. Na análise dos dados foram identificadas informações

pertinentes para um melhor conhecimento e compreensão acerca dos obstáculos sentidos pelos coordenadores no âmbito da avaliação de desempenho descritas no anexo III.

Tabela 5.12 - Principais motivos para classificar os indicadores como pouco adequados ou não adequados

<b>Principais motivos assinalados pelos coordenadores para classificarem como pouco adequado ou não adequado</b>									
Indicadores hierarquizados por % de respostas assinaladas com conotação negativa									
Área de atividade	Dimensão e Nº do Indicador		Total Negativo (soma 1,2)	Falta de sistemas de informação adequados	Indicador muito ambicioso	Inexistência de projeto compatível na UCC	Projeto atribuído a outra UF	Outros	
			Nº Respostas (%)	Nº Respostas (%)	Nº Respostas (%)	Nº Respostas (%)	Nº Respostas (%)	Nº Respostas (%)	
PNSE	QTC	UCC - 21	56 (60,87)	9 (16,07)	21 (37,50)	17 (30,36)	8 (14,29)	6 (10,7)	
PNSE	QTC	UCC - 22	55 (59,78)	11 (20,00)	23 (41,82)	13 (23,64)	8 (14,55)	6 (10,91)	
PNSE	QTC	UCC - 25	55 (59,78)	3 (5,45)	4 (7,27)	2 (3,64)	39 (70,91)	7 (12,73)	
PNSE	QTC	UCC - 26	55 (59,78)	3 (5,45)	1 (1,82)	2 (3,64)	39 (70,91)	7 (12,73)	
PNSE	Acessibilidade	UCC - 24	50 (54,35)	12 (24,00)	23 (46,00)	17 (34,00)	6 (12,00)	7 (14,00)	
PNSE	QTC	UCC - 27	47 (51,09)	2 (4,26)	0 (-)	2 (4,26)	37 (78,72)	6 (12,77)	
PNSE	QTC	UCC - 29	46 (50,00)	3 (6,52)	8 (17,39)	3 (6,52)	26 (56,52)	5 (10,87)	
PNSE	QTC	UCC - 28	45 (48,91)	2 (4,44)	0 (-)	2 (4,44)	35 (77,78)	7 (15,56)	
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC - 2	42 (45,65)	19 (45,24)	7 (16,67)	8 (19,05)	5 (11,90)	5 (11,90)	
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC - 5	42 (45,65)	14 (33,33)	6 (14,29)	10 (23,81)	2 (4,76)	11 (26,19)	
NACJR/CPCJ/IP	QTC	UCC - 34	39 (42,39)	16 (41,03)	7 (17,95)	9 (23,08)	2 (5,13)	3 (7,69)	
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC - 6	38 (41,30)	11 (28,95)	4 (10,53)	11 (28,95)	2 (5,26)	9 (23,68)	
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC - 4	37 (40,66)	15 (40,54)	11 (29,73)	4 (10,81)	3 (8,11)	7 (18,92)	
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC - 7	37 (40,22)	15 (40,54)	6 (16,22)	10 (27,03)	1 (2,70)	6 (16,22)	
RSI	Acesso	UCC - 35	34 (36,96)	14 (41,18)	4 (11,76)	6 (17,65)	3 (8,82)	6 (17,65)	
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC - 3	32 (34,78)	17 (53,13)	5 (15,63)	1 (3,13)	4 (12,50)	6 (18,75)	
CPNP	Acesso	UCC - 30	32 (34,78)	8 (25,00)	7 (21,88)	11 (34,38)	8 (25,00)	3 (9,38)	
CPCJ	Acesso	UCC - 33	32 (34,78)	10 (31,25)	1 (3,13)	10 (31,25)	4 (12,50)	7 (21,88)	
ECCI	Acesso	UCC - 18	30 (32,61)	8 (26,67)	2 (6,67)	8 (26,67)	4 (13,33)	9 (30,00)	
ECCI	Acesso	UCC - 17	28 (30,43)	10 (35,71)	13 (46,43)	2 (7,14)	0 (-)	5 (17,86)	
Adequação do papel do prestador de cuidados	QTC	UCC - 8	27 (29,35)	15 (55,56)	14 (51,85)	4 (14,81)	0 (-)	2 (7,41)	
ECCI	QTC	UCC - 13	27 (29,35)	9 (33,33)	15 (55,56)	2 (7,41)	0 (-)	3 (11,11)	
PIP	Acesso	UCC - 31	26 (28,26)	9 (34,62)	2 (7,69)	10 (38,46)	3 (11,54)	5 (19,23)	
NACJR	Acesso	UCC - 32	26 (28,26)	7 (26,92)	1 (3,85)	9 (34,62)	5 (19,23)	3 (11,54)	
PNSE	Acessibilidade	UCC - 23	24 (26,09)	12 (50,00)	8 (33,33)	2 (8,33)	2 (8,33)	2 (8,33)	
ECCI	Resultado	UCC - 14	23 (25,00)	11 (47,83)	10 (43,48)	2 (8,70)	0 (-)	1 (4,35)	
ECCI	QTC	UCC - 12	22 (23,91)	6 (27,27)	14 (63,64)	2 (9,09)	0 (-)	1 (4,55)	
ECCI	Acesso	UCC - 16	22 (23,91)	3 (13,64)	3 (13,64)	2 (9,09)	0 (-)	12 (54,55)	
PNSE	Efetividade	UCC - 20	20 (21,74)	11 (55,00)	1 (5,00)	3 (15,00)	3 (15,00)	3 (15,00)	
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC - 1	18 (19,57)	14 (77,78)	3 (16,67)	1 (5,56)	0 (-)	1 (5,56)	
ECCI	QTC	UCC - 15	18 (19,57)	10 (55,56)	6 (33,33)	2 (11,11)	1 (5,56)	1 (5,56)	
PNSE	Produtividade	UCC - 19	14 (15,22)	11 (78,57)	0 (-)	0 (-)	2 (14,29)	2 (14,29)	
Satisfação	Satisfação	UCC - 10	13 (14,13)	5 (38,46)	3 (23,08)	1 (7,69)	0 (-)	3 (23,08)	
ECCI	Acesso	UCC - 11	12 (13,04)	2 (16,67)	6 (50,00)	2 (16,67)	0 (-)	2 (16,67)	
Satisfação	Satisfação	UCC - 9	10 (10,87)	5 (50,00)	3 (30,00)	1 (10,00)	0 (-)	2 (20,00)	

Pela leitura da tabela 5.13 salienta-se a grande frequência de respostas considerando o item “falta de sistemas de informação adequados” como o possível motivo de

inadequabilidade, mas também o consideraram como um constrangimento frequente (assinalado frequentemente pelos coordenadores que consideraram o indicador adequado).

Tabela 5.13 – Possível motivo de inadequabilidade - Falta de sistemas de informação adequados

Falta de sistemas de informação adequados					
Indicadores hierarquizados por % de respostas que assinalaram este item					
Área de atividade	Dimensão e Nº do Indicador		Total de respostas independentemente da percepção do indicador	Item assinalado pelos coordenadores que consideraram o indicador com conotação negativa (não adequado ou pouco adequado)	Item assinalado pelos coordenadores que consideraram o indicador com conotação positiva (adequado/muito adequado ou extremamente adequado)
			Nº Respostas (%)	Nº Respostas (%)	Nº Respostas (%)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC - 1	28 (30,43)	14 (77,78)	14 (18,92)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC - 3	27 (29,35)	17 (53,13)	10 (16,67)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC - 2	24 (26,09)	19 (45,24)	5 (10,00)
PNSE	Produtividade	UCC - 19	24 (26,09)	11 (78,57)	13 (16,67)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC - 4	23 (25,27)	15 (40,54)	8 (14,81)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC - 7	23 (25,00)	15 (40,54)	8 (14,55)
PNSE	Efetividade	UCC -20	23 (25,00)	11 (55,00)	12 (16,67)
NACJR/CPCJ/IP	QTC	UCC - 34	22 (23,91)	16 (41,03)	6 (11,32)
Adequação do papel do prestador de cuidados	QTC	UCC -8	22 (23,91)	15 (55,56)	7 (10,77)
PNSE	Acessibilidade	UCC -23	22 (23,91)	12 (50,00)	10 (14,71)
RSI	Acesso	UCC -35	22 (23,91)	14 (41,18)	8 (13,79)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC -5	21 (22,83)	14 (33,33)	7 (14,00)
ECCI	Resultado	UCC -14	18 (19,57)	11 (47,83)	7 (10,14)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC- 6	17 (18,48)	11 (28,95)	6 (11,11)
ECCI	Acesso	UCC -17	17 (18,48)	10 (35,71)	7 (10,94)
IP	Acesso	UCC -31	17 (18,48)	9 (34,62)	8 (12,12)
CPCJ	Acesso	UCC -33	16 (17,39)	10 (31,25)	6 (10,00)
ECCI	Acesso	UCC -18	16 (17,39)	8 (26,67)	8 (12,90)
NACJR	Acesso	UCC -32	16 (17,39)	7 (26,92)	9 (13,64)
ECCI	QTC	UCC -15	15 (16,30)	10 (55,56)	5 (6,76)
PNSE	QTC	UCC -22	14 (15,22)	11 (20,00)	3 (8,11)
CPNP	Acesso	UCC -30	14 (15,22)	8 (25,00)	6 (10,00)
PNSE	Acessibilidade	UCC - 24	13 (14,13)	12 (24,00)	1 (2,38)
ECCI	QTC	UCC -12	13 (14,13)	6 (27,27)	7 (10,00)
PNSE	QTC	UCC – 21	12 (13,04)	9 (16,07)	3 (8,33)
ECCI	QTC	UCC -13	12 (13,04)	9 (33,33)	3 (4,62)
Satisfação	Satisfação	UCC -9	11 (11,96)	5 (50,00)	6 (7,32)
Satisfação	Satisfação	UCC -10	9 (9,78)	5 (38,46)	4 (5,06)
ECCI	Acesso	UCC -11	9 (9,78)	2 (16,67)	7 (8,75)
ECCI	Acesso	UCC -16	6 (6,52)	3 (13,64)	3 (4,29)
PNSE	QTC	UCC -29	5 (5,43)	3 (6,52)	2 (4,35)
PNSE	QTC	UCC -25	3 (3,26)	3 (5,45)	0 (-)
PNSE	QTC	UCC -26	3 (3,26)	3 (5,45)	0 (-)
PNSE	QTC	UCC -27	2 (2,17)	2 (4,26)	0 (-)
PNSE	QTC	UCC -28	2 (2,17)	2 (4,44)	0 (-)

Como se pode observar na tabela 5.13, parece existir uma preocupação acrescida dos coordenadores relativamente aos indicadores da área de prestação de cuidados por

perfil profissional, este resultado corrobora com o facto dos sistemas de informações atuais Sistema de Apoio Médico (SAM) e SAPE só aceitarem os perfis profissionais médicos e enfermeiros. Como a filosofia do trabalho da UCC é multidisciplinar e em parceria, é perfeitamente justificável que os valores de inadequabilidade sejam mais elevados a este nível. Contudo, de um modo geral todos os indicadores parecem ter problemas neste âmbito, pois em todos os indicadores existe pelo menos um coordenador que o refere.

Relativamente ao possível motivo de inadequabilidade “indicador muito ambicioso”, como se pode observar na tabela 5.14 os indicadores mais assinalados com este item, foram os indicadores na área do PNSE - UCC 24, 22 e 21. Relativamente ao indicador UCC 24 os dados obtidos sugerem a dificuldade em formular o diagnóstico de enfermagem – Uso de tabaco na comunidade escolar, pois muitos dos alunos escondem este e outros consumos, outro fator apontado pelos coordenadores é a falta de formação dos profissionais acerca da cessação tabágica o que pode ser um obstáculo para muitas UCC. Os indicadores UCC 21 e 22 referem-se à diminuição do percentil de IMC em crianças de 6 e 10 anos respetivamente. Apesar da importância e pertinência do indicador, sendo a obesidade uma doença influenciada por diversos fatores, considero que estes indicadores receberam resultados baixos pelo facto de que a UCC poderá contribuir através de atividades de promoção da saúde e prevenção da obesidade, mas dificilmente conseguirá os ganhos em saúde descritos no indicador sem o envolvimento da equipa de saúde e outros *stakeholders*.

Tabela 5.14 – Possível motivo de inadequabilidade - Indicador muito ambicioso

<b>Indicador muito ambicioso</b>					
Indicadores hierarquizados por % de respostas que assinalaram este item					
Área de atividade	Dimensão e N° do Indicador		Total de respostas independentemente da percepção do indicador	Item assinalado pelos coordenadores que consideraram o indicador com conotação negativa (não adequado ou pouco adequado)	Item assinalado pelos coordenadores que consideraram o indicador com conotação positiva (adequado/muito adequado ou extremamente adequado)
			N° Respostas (%)	N° Respostas (%)	N° Respostas (%)
PNSE	Acessibilidade	UCC – 24	25 (27,17)	23 (46,00)	2 (4,76)
PNSE	QTC	UCC – 22	24 (26,09)	23 (41,82)	1 (2,70)
PNSE	QTC	UCC – 21	24 (26,09)	21 (37,50)	3 (8,33)
ECCI	QTC	UCC – 13	17 (18,48)	15 (55,56)	2 (3,08)
ECCI	QTC	UCC – 12	17 (18,48)	14 (63,64)	3 (4,29)
Adequação do papel do prestador de cuidados	QTC	UCC – 8	14 (15,22)	14 (51,85)	0 (-)
ECCI	Acesso	UCC -17	14 (15,22)	13 (46,43)	1 (1,56)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC – 4	11 (11,96)	11 (29,73)	0 (-)
ECCI	Resultado	UCC -14	11 (11,96)	10 (43,48)	1 (1,45)
PNSE	QTC	UCC – 29	8 (8,70)	8 (17,39)	0 (-)
PNSE	Acessibilidade	UCC – 23	8 (8,70)	8 (33,33)	0 (-)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC – 2	7 (7,61)	7 (16,67)	0 (-)
NACJR/CPCJ/IP	QTC	UCC – 34	7 (7,61)	7 (17,95)	0 (-)
CPNP	Acesso	UCC – 30	7 (7,61)	7 (21,88)	0 (-)
ECCI	QTC	UCC -15	7 (7,61)	6 (33,33)	1 (1,35)
ECCI	Acesso	UCC -11	7 (7,61)	6 (50,00)	1 (1,25)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC -5	6 (6,52)	6 (14,29)	0 (-)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC -7	6 (6,52)	6 (16,22)	0 (-)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC -3	5 (5,43)	5 (15,63)	0 (-)
PNSE	QTC	UCC -25	4 (4,35)	4 (7,27)	0 (-)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC- 6	4 (4,35)	4 (10,53)	0 (-)
RSI	Acesso	UCC -35	4 (4,35)	4 (11,76)	0 (-)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC -1	4 (4,35)	3 (16,67)	1 (1,35)
IP	Acesso	UCC -31	4 (4,35)	2 (7,69)	2 (3,03)
ECCI	Acesso	UCC -16	3 (3,26)	3 (13,64)	0 (-)
Satisfação	Satisfação	UCC -10	3 (3,26)	3 (23,08)	0 (-)
Satisfação	Satisfação	UCC -9	3 (3,26)	3(30,00)	0 (-)
ECCI	Acesso	UCC -18	2 (2,17)	2 (6,67)	0 (-)
CPCJ	Acesso	UCC -33	2 (2,17)	1 (3,13)	1 (1,67)
PNSE	QTC	UCC -26	1 (1,09)	1 (1,82)	0 (-)
NACJR	Acesso	UCC -32	1 (1,09)	1 (3,85)	0 (-)
PNSE	Efetividade	UCC -20	1 (1,09)	1 (5,00)	0 (-)
PNSE	QTC	UCC -27	0 (-)	0 (-)	0 (-)
PNSE	QTC	UCC -28	0 (-)	0 (-)	0 (-)
PNSE	Produtividade	UCC -19	0 (-)	0 (-)	0 (-)

No que se refere ao possível motivo “inexistência de projeto compatível na UCC” a tabela 5.15 revela que os indicadores onde este item é mais vezes assinalado são os mesmos da tabela anterior (UCC 21, 24 e 22), o que parece indicar que pelo facto desses indicadores serem ambiciosos e multifatoriais existem algumas UCC que não os

implementaram. De salientar que surgiu como segundo motivo mais assinalado pelos coordenadores o indicador UCC 30 relativo ao CPNP existindo dezasseis UCC que assinalaram este motivo.

Tabela 5.15 – Possível motivo de inadequabilidade - Inexistência de projeto compatível na UCC

<b>Inexistência de projeto compatível na UCC</b>					
Indicadores hierarquizados por % de respostas que assinalaram este item					
Área de atividade	Dimensão e Nº do Indicador		Total de respostas independentemente da percepção do indicador	Item assinalado pelos coordenadores que consideraram o indicador com conotação negativa (não adequado ou pouco adequado)	Item assinalado pelos coordenadores que consideraram o indicador com conotação positiva (adequado/muito adequado ou extremamente adequado)
			Nº Respostas (%)	Nº Respostas (%)	Nº Respostas (%)
PNSE	QTC	UCC -21	19 (20,65)	17 (30,36)	2 (5,56)
PNSE	Acessibilidade	UCC - 24	19 (20,65)	17 (34,00)	2 (4,76)
CPNP	Acesso	UCC - 30	16 (17,39)	11 (34,38)	5 (8,33)
PNSE	QTC	UCC - 22	15 (16,30)	13 (23,64)	2 (5,41)
CPCJ	Acesso	UCC - 33	13 (14,13)	10 (31,25)	3 (5,00)
NACJR	Acesso	UCC - 32	12 (13,04)	9 (34,62)	3 (4,55)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC - 6	11 (11,96)	11 (28,95)	0 (-)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC - 5	10 (10,87)	10 (23,81)	0 (-)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC -7	10 (10,87)	10 (27,03)	0 (-)
IP	Acesso	UCC - 31	10 (10,87)	10 (38,46)	0 (-)
NACJR/CPCJ/IP	QTC	UCC - 34	9 (9,78)	9 (23,08)	0 (-)
ECCI	Acesso	UCC - 18	9 (9,78)	8 (26,67)	1 (1,61)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC - 2	8 (8,70)	8 (19,05)	0 (-)
RSI	Acesso	UCC - 35	7 (7,61)	6 (17,65)	1 (1,72)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC - 4	4 (4,39)	4 (10,81)	0 (-)
Adequação do papel do prestador de cuidados	QTC	UCC - 8	4 (4,35)	4 (14,81)	0 (-)
PNSE	QTC	UCC - 29	3 (3,26)	3 (6,52)	0 (-)
PNSE	Efetividade	UCC - 20	3 (3,26)	3 (15,00)	0 (-)
PNSE	QTC	UCC - 25	3 (3,26)	2 (3,64)	1 (2,70)
PNSE	QTC	UCC - 26	3 (3,26)	2 (3,64)	1 (2,70)
ECCI	QTC	UCC -15	3 (3,26)	2 (11,11)	1 (1,35)
PNSE	QTC	UCC - 27	2 (2,17)	2 (4,26)	0 (-)
PNSE	QTC	UCC - 28	2 (2,17)	2 (4,44)	0 (-)
ECCI	Acesso	UCC -17	2 (2,17)	2 (7,14)	0 (-)
ECCI	QTC	UCC -13	2 (2,17)	2 (7,41)	0 (-)
PNSE	Acessibilidade	UCC - 23	2 (2,17)	2 (8,33)	0 (-)
ECCI	Resultado	UCC -14	2 (2,17)	2 (8,70)	0 (-)
ECCI	QTC	UCC -12	2 (2,17)	2 (9,09)	0 (-)
ECCI	Acesso	UCC - 16	2 (2,17)	2 (9,09)	0 (-)
ECCI	Acesso	UCC -11	2 (2,17)	2 (16,67)	0 (-)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC - 3	1 (1,09)	1 (3,13)	0 (-)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC - 1	1 (1,09)	1 (5,56)	0 (-)
Satisfação	Acesso	UCC - 10	1 (1,09)	1 (7,69)	0 (-)
Satisfação	Acesso	UCC - 9	1 (1,09)	1 (10,00)	0 (-)
PNSE	Produtividade	UCC - 19	0 (-)	0 (-)	0 (-)

A tabela 5.16 mostra-nos que os indicadores com maior número de respostas assinaladas ao possível motivo “projeto atribuído a outra UF” são os PNSE, nomeadamente

no que se refere aos EGS e ao PNV. A equipa da UCC rastreia a cobertura vacinal da comunidade escolar, recebe as fichas de ligação após a realização dos EGS e, entre outras funções, faz a ligação entre a comunidade escolar e as UF. Contudo, não é responsável pela realização da consulta nem pelo ato vacinal, pelo que este *output* é da responsabilidade das UCSP/USF a UCC é um facilitador neste processo e participa no *outcome* gerado pela cobertura vacinal e realização dos exames globais de saúde.

Tabela 5.16 – Possível motivo de inadequabilidade - Projeto atribuído a outra UF

Projeto atribuído a outra UF					
Indicadores hierarquizados por % de respostas que assinalaram este item					
Área de atividade	Dimensão e Nº do Indicador		Total de respostas independentemente da percepção do indicador	Item assinalado pelos coordenadores que consideraram o indicador com conotação negativa (não adequado ou pouco adequado)	Item assinalado pelos coordenadores que consideraram o indicador com conotação positiva (adequado/muito adequado ou extremamente adequado)
			Nº Respostas (%)	Nº Respostas (%)	Nº Respostas (%)
PNSE	QTC	UCC -25	41 (44,57)	39 (70,91)	2 (5,41)
PNSE	QTC	UCC -26	41 (44,57)	39 (70,91)	2 (5,41)
PNSE	QTC	UCC -27	40 (43,48)	37 (78,72)	3 (6,67)
PNSE	QTC	UCC -28	39 (42,39)	35 (77,78)	4 (8,51)
PNSE	QTC	UCC -29	28 (30,43)	26 (56,52)	2 (4,35)
CPNP	Acesso	UCC -30	9 (9,78)	8 (25,00)	1 (1,67)
PNSE	QTC	UCC -21	8 (8,70)	8 (14,29)	0 (-)
PNSE	QTC	UCC -22	8 (8,70)	8 (14,55)	0 (-)
PNSE	Acessibilidade	UCC -24	6 (6,52)	6 (12,00)	0 (-)
NACJR	Acesso	UCC -32	6 (6,52)	5 (19,23)	1 (1,52)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC -2	5 (5,43)	5 (11,90)	0 (-)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC -3	5 (5,43)	4 (12,50)	1 (1,67)
CPCJ	Acesso	UCC -33	5 (5,43)	4 (12,50)	1 (1,67)
RSI	Acesso	UCC -35	4 (4,35)	3 (8,82)	1 (1,72)
IP	Acesso	UCC -31	4 (4,35)	3 (11,54)	1 (1,72)
ECCI	Acesso	UCC -18	4 (4,35)	4 (13,33)	0 (-)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC -4	3 (3,29)	3 (8,11)	0 (-)
PNSE	Efetividade	UCC -20	3 (3,26)	3 (15,00)	0 (-)
NACJR/CPCJ/IP	QTC	UCC -34	3 (3,26)	2 (5,13)	1 (1,89)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC -5	2 (2,17)	2 (4,76)	0 (-)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC -6	2 (2,17)	2 (5,26)	0 (-)
PNSE	Acessibilidade	UCC -23	2 (2,17)	2 (8,33)	0 (-)
PNSE	Produtividade	UCC -19	2 (2,17)	2 (14,29)	0 (-)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC -7	1 (1,09)	1 (2,70)	0 (-)
ECCI	QTC	UCC -15	1 (1,09)	1 (5,56)	0 (-)
ECCI	Acesso	UCC -17	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Adequação do papel do prestador de cuidados	QTC	UCC -8	0 (-)	0 (-)	0 (-)
ECCI	QTC	UCC -13	0 (-)	0 (-)	0 (-)
ECCI	Resultado	UCC -14	0 (-)	0 (-)	0 (-)
ECCI	QTC	UCC -12	0 (-)	0 (-)	0 (-)
ECCI	Acesso	UCC -16	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Serviços por perfil profissional	Acesso	UCC -1	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Satisfação	Acesso	UCC -10	0 (-)	0 (-)	0 (-)
ECCI	Acesso	UCC -11	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Satisfação	Acesso	UCC -9	0 (-)	0 (-)	0 (-)

### 5.3 APRESENTAÇÃO DOS INDICADORES SUGERIDOS

Neste subcapítulo, irei apresentar o contributo dos coordenadores para a melhoria de alguns indicadores referidos no documento do grupo MCSP (Ministério da Saúde,

2010a) e a criação de novos indicadores que os coordenadores inquiridos consideraram pertinentes para a avaliação de desempenho destas unidades.

### 5.3.1 Proposta de Melhoria dos Indicadores Desenvolvidos pelo Ministério da Saúde

Relativamente à melhoria dos indicadores supracitados, foram apresentadas 20 sugestões a aplicar a 12 dos 35 indicadores propostos pela tutela. No anexo IV encontram-se descritas as sugestões de alteração, incluindo todos os pormenores. A tabela 5.17 apresenta um resumo com a designação do indicador e a alteração proposta.

Tabela 5.17 - Sugestões de alteração dos indicadores propostos pelo Ministério da Saúde (2010a)

<b>Sugestão dos Coordenadores das UCC</b>	
<b>Designação do Indicador</b>	<b>Proposta de Alteração</b>
<b>UCC 3 - Percentagem de pessoas abrangidas pelo técnico de serviço social por programa/projeto.</b>	- Considerar as referências. - Destacar o papel do técnico de serviço social na ECCI.
<b>UCC 4 - Percentagem de pessoas abrangidas pelo psicólogo por programa/projeto.</b>	- Considerar a intervenção do psicólogo solicitada por técnicos da UCC e outros.
<b>UCC 5 - Percentagem de pessoas abrangidas pela nutricionista/dietista por programa/projeto.</b>	- Considerar a intervenção do nutricionista/dietista solicitada por técnicos da UCC e outros.
<b>UCC 6 - Percentagem de pessoas abrangidas pelo Fisioterapeuta por programa/projeto.</b>	- Considerar a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação (algumas UCC não têm fisioterapeuta). - Considerar a intervenção do fisioterapeuta solicitada por técnicos da UCC e outros.
<b>UCC 7 - Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de outros técnicos por programa/projeto.</b>	- Considerar a intervenção de outros técnicos, solicitada por profissionais da UCC e outros.
<b>UCC 11 - Percentagem de pessoas com visita domiciliária nas primeiras 24h após admissão na ECCI</b>	- Considerar a percentagem de pessoas com visita domiciliária nas primeiras 48h após admissão na ECCI ou na data em que os cuidados são solicitados.
<b>UCC 12 - Taxa de eficácia na prevenção de UP.</b>	- Alterar o numerador. - Classificar os utentes por nível de risco de desenvolver UP são utilizando escalas para o efeito, exemplo escala de Braden.
<b>UCC 13 - Taxa de resolução de diagnóstico de UP.</b>	- Considerar a Taxa de eficácia na Prevenção de ÚP. - Avaliar o grau de dependência (escala de Barthel) a todos os utentes no momento da admissão na ECCI.
<b>UCC 14 - Ganhos em independência nos autocuidados (higiene, vestuário, uso de sanitário, transferir-se, posicionar-se alimentar-se, deambular).</b>	- Avaliar o grau de dependência (escala de Barthel) a todos os utentes que se encontram no projeto ECCI, no momento da alta.
<b>UCC 15 - Ganhos expressos no controlo da intensidade da dor.</b>	- Diminuir a falta de objetividade do indicador original. - Monitorizar a dor (Escala de faces) a todos os utentes admitidos na ECCI no momento da alta.
<b>UCC 22 - Percentagem de alunos com 10 anos que apresentam diminuição do percentil IMC e que no início do programa tinham IMC superior ou igual a 85.</b>	- Valorizar as intervenções e não apenas os resultados.
<b>UCC 30 - Percentagem de grávidas/ casais de futuros pais que frequentaram o curso de preparação para a parentalidade na UCC.</b>	- Alterar o indicador ao nível do numerador, no que diz respeito ao nº de contactos. Um inquirido refere 6 e outro 8 (indicador do grupo MCSP, 2010a refere 12 contactos). Estes coordenadores sugerem que o denominador fique igual.

Através da tabela 5.17 podemos verificar que os coordenadores sugerem várias alterações aos indicadores propostos pela MCSP (2010) de modo a tornar o indicador mais

adaptado à sua realidade. Podemos observar que, nalguns casos, as alterações propostas procuram enfatizar a necessidade de tomar em consideração as intervenções dos diversos perfis profissionais contemplados no documento supracitado, nomeadamente considerar as referências e destacar o papel do técnico de saúde, noutros casos procuram enfatizar a intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação, pois algumas UCC não têm fisioterapeuta. Existe ainda, propostas para tornar o indicador mais exequível nomeadamente ao nível: do indicador UCC 11 (considerar a percentagem de pessoas com visita domiciliária nas primeiras 48h após admissão na ECCI ou na data em que os cuidados são solicitados), do indicador UCC 22 (valorizar as intervenções e não apenas os resultados), do indicador UCC 15 (diminuir a falta de objetividade do indicador original) e do indicador UCC 30 (alterar o número de contactos (passar de doze para seis ou oito contactos) pois as grávidas são um grupo vulnerável que muitas vezes por razões de saúde não conseguem frequentar as doze sessões do curso. De destacar, ainda as sugestões que vão de encontro à necessidade de melhor caracterizar os resultados obtidos com base em escalas já validadas, nomeadamente nos indicadores UCC12, UCC13 e UCC14 através da escala de Barthel e também no indicador UCC 15 através da escala de faces.

### **5.3.2 Novos Indicadores**

No âmbito do desafio lançado aos Coordenadores das UCC em estudo, referente à criação de novos indicadores de desempenho, foram apresentadas trinta e cinco sugestões de novos indicadores.

Apesar de somente cerca de 19,56% dos participantes (dezoito inquiridos), sugerirem novos indicadores, este valor é bastante satisfatório, na medida em que esta questão era de carácter opcional e o que foi solicitado não é de fácil execução, pois necessita do cumprimento de diversas premissas, nomeadamente ao nível dos sistemas de informação, os quais não são de fácil acesso a todos os coordenadores.

Como já foi referido ao longo deste trabalho, a criação de indicadores requer relevância de acordo com a estratégia da organização, percetibilidade e flexibilidade para se poder encaixar num modelo conceptual (Smith et al., 2008). Na análise dos novos indicadores propostos pelos coordenadores, identifiquei dez áreas de atividade que são referidas pelos mesmos como sendo uteis na avaliação de desempenho da sua UCC. Seguidamente irei apresentar para cada área de atividade da UCC uma tabela resumo com a designação proposta. No anexo V encontram-se as tabelas com a descrição completa dos indicadores sugeridos.

A tabela 5.18 mostra algumas sugestões de indicadores apresentados pelos inquiridos para avaliar as atividades desenvolvidas pelas UCC no âmbito da educação para a saúde na comunidade. Alguns coordenadores propõem indicadores similares mas com linguagem diferente, em suma consideram o número de sessões realizadas e a percentagem de utentes que as frequentam.

Tabela 5.18 -Indicadores na área da educação para a saúde

<b>Área de atividade – Educação para a saúde</b>
<b>Designação do Indicador</b>
Taxa de sessões de educação para a saúde realizadas na comunidade.
Percentagem de pessoas abrangidas pelas sessões de Educação para a saúde realizadas na comunidade.
Percentagem de sessões de educação para a saúde, por tema, realizadas no âmbito da UCC.
Percentagem de participantes abrangidos pelas sessões de educação para a saúde, por tema, no âmbito da UCC.
Percentagem de pessoas com oportunidade de adquirir informação/educação abrangidas por atividades de Enfermagem na comunidade por programa/projeto.
Percentagem de sessões de educação para a saúde realizadas.
Percentagem de utentes que participam, em pelo menos em 12 sessões teórico-práticas sobre temas definidos (especialmente na área da mobilidade entre outros).

A tabela 5.19 apresenta os indicadores propostos na área materno-infantil, na sua maioria, estes indicadores pretendem avaliar ganhos em saúde na tentativa de perceber a eficácia dos cursos de preparação para o nascimento e parentalidade em relação ao controlo da dor no trabalho de parto e na amamentação. Um desses indicadores considera também a frequência de puérperas que frequentam as sessões de recuperação pós parto.

Tabela 5.19 - Indicadores na área do apoio materno-infantil

<b>Área de atividade – Apoio materno-infantil</b>
<b>Designação do Indicador</b>
Taxa de puérperas que frequentaram o CPNPna UCC e iniciou a amamentação precoce nas primeiras 24 horas após nascimento do Recém-nascido.
Taxa de puérperas que amamentou em exclusividade na 1ª semana.
Aprendizagem de habilidades para utilizar estratégias não farmacológicas para o alívio da dor (respiração e posicionamento) no período de trabalho de parto demonstrado e não demonstrado.
Aprendizagem de habilidades para utilizar estratégias não farmacológicas para o alívio da dor (respiração e posicionamento) no período expulsivo demonstrado e não demonstrado.
Percentagem de puérperas que frequentaram as sessões de recuperação pós-parto.

Na análise da tabela 5.20 verifica-se a presença de indicadores na área de apoio à doença crónica, nomeadamente no âmbito da avaliação da frequência dos utentes e seus familiares a projetos que permitem a capacitação destes para viverem da melhor forma com as limitações impostas pela doença e como prevenir complicações. Verifica-se ainda a presença de alguns indicadores que consideram a eficácia do tratamento e ganhos em saúde.

Tabela 5.20 - Indicadores na área de apoio na doença crónica

<b>Área de atividade – Apoio na doença crónica (utentes e familiares)</b>
<b>Designação do Indicador</b>
Percentagem de pessoas portadoras de doenças crónicas que frequentaram a academia de saúde.
Percentagem de pessoas portadoras de doença crónica que frequentaram o projeto “Amigos do Cuidador”.
Percentagem de utentes com Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva que adquiriram ganhos em independência em pelo menos um dos autocuidados.
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a prevenção das UP (demonstrado ou não demonstrado).
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para prevenir as UP.

A tabela 5.21 apresenta sugestões de indicadores na área da unidade móvel de saúde e a maioria dos indicadores pretendem avaliar a pertinência deste serviço sobretudo junto ao grupo vulnerável dos idosos isolados.

Tabela 5.21 - Indicadores na área da unidade móvel de saúde

<b>Área de atividade - Unidade móvel de saúde</b>
<b>Designação do Indicador</b>
Taxa de Utilização de Recurso à Unidade Móvel.
Percentagem de pessoas idosas com risco agravado visitadas por trimestre.
Percentagem de idosos isolados vacinados com a vacina anti- gripe sazonal no domicílio

O indicador descrito na tabela 5.22 pretende avaliar a percentagem de ajudas técnicas atribuídas, que engloba normalmente o processo de avaliação da necessidade da ajuda técnica e conseqüente empréstimo.

Tabela 5.22 - Indicadores na área de ajudas técnicas

<b>Área de atividade – Ajudas técnicas</b>
<b>Designação do Indicador</b>
Percentagem de ajudas técnicas atribuídas

A tabela 5.23 apresenta indicadores que pretendem avaliar as intervenções comunitárias das UCC, nomeadamente ao nível do estabelecimento de parcerias com estruturas da comunidade no sentido de potenciar cuidados de proximidade a grupos vulneráveis e implementar projetos de promoção da saúde junto da comunidade.

Tabela 5.23 - Indicadores na área das parcerias na comunidade

---

**Área de atividade – Parcerias na comunidade****Designação do Indicador**

Percentagem de parcerias/articulações para implementar projetos de promoção da saúde.

Percentagem de utentes de comunidades vulneráveis acompanhados pela UCC.

---

Os indicadores descritos na tabela 5.24 pretendem avaliar a intervenção no âmbito da reabilitação de utentes admitidos na ECCI e outros projetos da UCC com especial enfoque no papel do enfermeiro especialista em reabilitação.

Tabela 5.24 - Indicadores na área da reabilitação

---

**Área de atividade – Reabilitação****Designação do Indicador**

Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de enfermagem de reabilitação por programa/projeto

Percentagem de pessoas com necessidade em cuidados de reabilitação, admitidas no programa ECCI.

---

O indicador descrito na tabela 5.25 pretende avaliar um projeto desenvolvido por uma UCC em pessoas com necessidades especiais no âmbito da saúde oral.

Tabela 5.25 - Indicadores na área relacionada com pessoas com necessidades especiais

---

**Área de atividade – Pessoas com necessidades especiais****Designação do Indicador**

Percentagem de pessoas com necessidades especiais que usufruíram do projeto de Saúde Oral.

---

A tabela 5.26 apresenta indicadores que pretendem avaliar as intervenções ao nível do PNSE, nomeadamente ao nível da existência e funcionamento de gabinetes de apoio ao aluno. A tabela apresenta ainda indicadores que pretendem avaliar a implementação de programas regionais relativos à promoção de alimentação saudável em saúde escolar e educação sexual.

Tabela 5.26 - Indicadores na área da saúde escolar

<b>Área de atividade - Saúde escolar</b>
<b>Designação do Indicador</b>
Percentagem de agrupamentos de escola com gabinete de apoio ao aluno no seu projeto educativo.
Percentagem de professores alvo do programa de promoção de alimentação saudável em saúde escolar.
Percentagem de alunos abrangidos pelo programa regional de educação sexual em saúde escolar.
Percentagem de utilizadores do gabinete da saúde nas escolas (Comunidade Educativa).

Os indicadores descritos na tabela 5.27 pretendem avaliar diversas intervenções que as UCC promovem no âmbito do apoio e acompanhamento a grupos vulneráveis e de risco nomeadamente idosos, adolescentes e crianças, de modo a promover a saúde física e mental desses indivíduos.

Tabela 5.27- Indicadores na área de apoio a grupos vulneráveis

<b>Área de Atividade – Apoio a grupos vulneráveis relativamente à faixa etária</b>
<b>Designação do Indicador</b>
Percentagem de idosos com 75 anos ou mais em situação de vulnerabilidade sinalizadas.
Percentagem de utentes em ECCI com plano visita de enfermagem no âmbito do programa temperaturas extremas e adversas.
Percentagem de Pais/Cuidadores que frequentam os Cursos de Competências parentais na UCC.
Taxa de referência aos médicos de família e/ou UF das crianças/famílias para vigilância em saúde.
Taxa de referência aos recursos da comunidade de adolescentes com problemas.

## **5.4 IMPLICAÇÕES DOS RESULTADOS PARA A AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DAS UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE**

Como ficou patente na revisão bibliográfica apresentada, não existe um sistema de avaliação com um modelo conceptual definido para as UCC, o que certamente constitui um constrangimento importante se queremos avaliar e comparar o desempenho destas UF.

Durante a realização deste trabalho constatei que a avaliação de desempenho é particularmente difícil nas UCC, pois verifica-se: uma grande diversidade de serviços; dificuldade em avaliar os *outcomes*; existência de sistemas de informação não adaptados aos indicadores propostos; negligência ao nível do possível contributo dos vários *stakeholders* (verificado na matriz de indicadores propostos pelo grupo MCSP, Ministério da saúde 2010a); dificuldade em obter consenso quanto aos principais objetivos pelos diversos prestadores de cuidados sobretudo ao nível do PNSE entre a UCC e a USP (identifica-se a existência de zonas de ação pouco claras entre as duas UF, existindo

por vezes sobreposição de competências).

O sistema de avaliação constituído pela matriz de 35 indicadores propostos pela MCSP (Ministério da Saúde, 2010a) parece-me ir ao encontro do verificado por Amado e Dyson (2008) noutros sistemas de avaliação, pois este apresenta uma natureza puramente descritiva dando pouca importância à aprendizagem. Para além disso, não parece ter havido uma preocupação em envolver os vários *stakeholders* no desenvolvimento da matriz supra citada, isso é notório nos resultados deste estudo relativamente à adequabilidade percebida pelos coordenadores acerca dos indicadores propostos pelo grupo existindo em alguns casos pouca uniformidade nas respostas. Outro aspeto a realçar é que esta matriz de indicadores não permite perceber com clareza a relação entre estrutura, processo e resultados, como sugere Donabedian (1980) nem extrair dados credíveis com o atual sistema de informação disponível informaticamente, pois não está adaptado a esses indicadores e fornece um contributo muito limitado para o entendimento de uma forma eficaz de melhorar o desempenho desta unidade saúde.

No meu ponto de vista, esse contributo poderá ser potencializado através da integração destes indicadores de desempenho no *framework* BSC adaptado para as UCC, segundo o modelo desenhado por Pinto (2005) (ver figura 3.3) que irei desenvolver no próximo sub-capítulo.

#### **5.4.1 - Proposta de construção de BSC para a UCC**

Consciente, das dificuldades apresentadas ao longo deste trabalho acerca das limitações e dos possíveis constrangimentos relacionados com: a falta de dados disponíveis ao nível dos recursos humanos; a dificuldade em obter dados relacionados com as medidas de avaliação do envolvimento da comunidade; os sistemas de informação desadequados e a dificuldade em vincular programas específicos de modo a obter ganhos em saúde na população. Na perspetiva de enriquecer este estudo (embora não seja o seu principal objetivo) e poder dar um modesto e incompleto contributo, pois não foi possível consultar e envolver todos os *stakeholders* intervenientes desde a gestão de topo aos trabalhadores, pois isso implicaria outra investigação, atrevi-me a desenhar um esboço de um BSC para as UCC. Este esboço pretende dar início a um *framework* que permita comunicar e avaliar a estratégia (complementando o atual sistema de avaliação baseado em indicadores de desempenho) integrando de acordo com Pinto (2005:2) três capacidades fundamentais (medição, gestão estratégica e comunicação) fornecendo assim o motor de arranque para a realização de um estudo de investigação mais completo e fundamentado para definir

indicadores consensuais entre os *stakeholders* e preencher os quadrantes do BSC. Assim de acordo com Pinto (2005) para realizar o BSC dever-se-á construir primeiro um mapa estratégico. A minha proposta de criação de um mapa estratégico e um BSC tem como suporte: a revisão bibliográfica (nomeadamente as premissas que orientam a construção de um BSC original e do adaptado para as organizações do setor público e organizações públicas sem fins lucrativos); a análise dos dados recolhidos pelo questionário apresentada neste capítulo; a definição de missão e objetivos (relatados artigo 3.º, ponto 1 do Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril); os princípios/valores (artigo 4º, ponto 3 do Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril) e a visão para a UCC que deve responder às questões: *Para onde vamos? Qual o nosso destino?* (Gameiro, 2011). A visão deve ser adaptada ao contexto comunitário onde a UCC se integra.

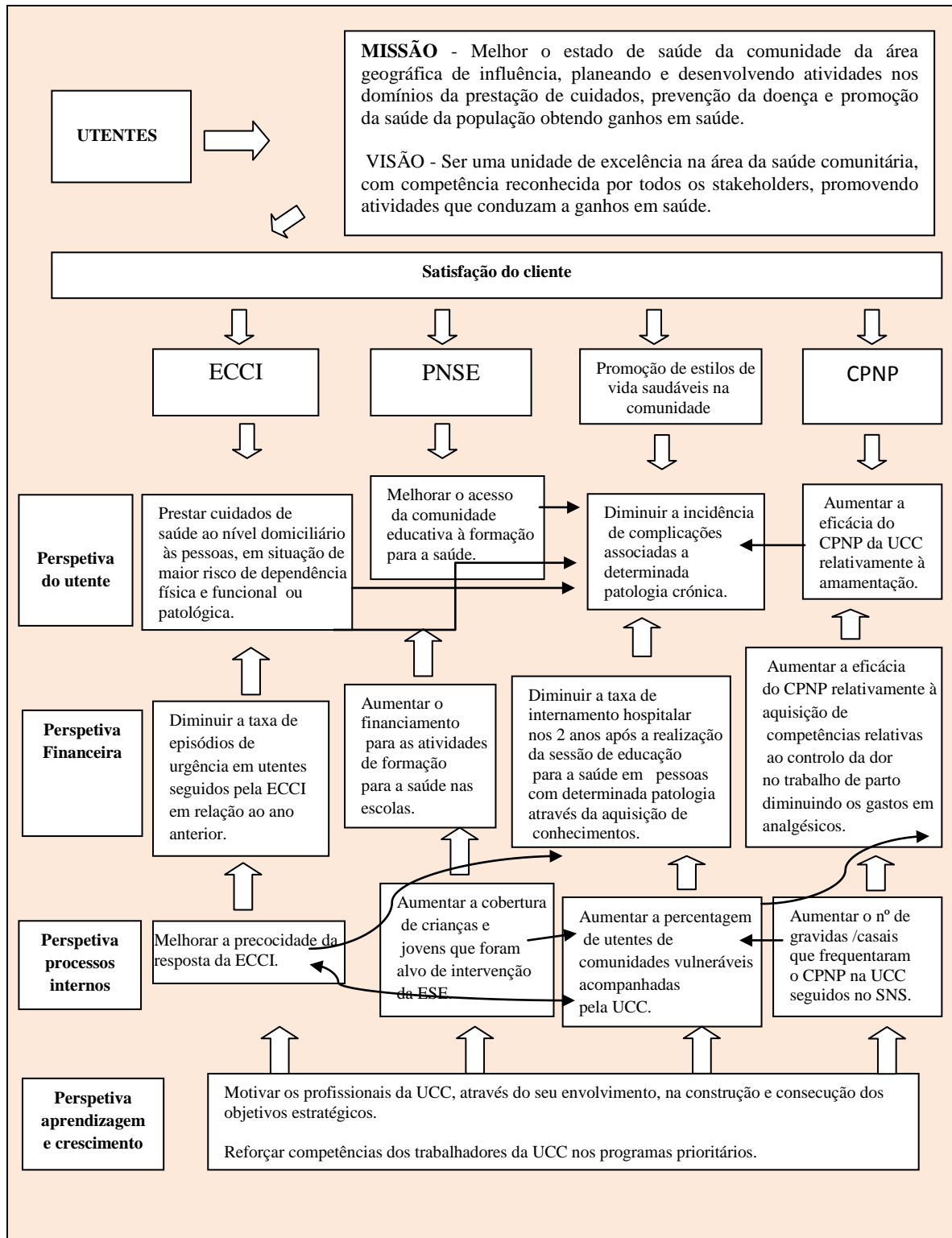
Como já referi anteriormente, a avaliação de desempenho das UCC com vista à contratualização interna, só fará sentido se existir um grupo de indicadores base a nível nacional, comum à maioria das UCC, e que esses indicadores sejam monitorizáveis com os atuais sistemas de informação ou com versões melhoradas de sistemas de informação de base nacional (Ministério da Saúde, 2010a).

Baseando-me nos resultados apresentados neste capítulo, nomeadamente acerca da frequência com que os coordenadores referem os projetos que desenvolvem nas suas UCC, verifica-se que os mais frequentes são o PNSE (97,8%), a promoção de estilos de vida saudáveis na comunidade (97,8%) e a ECCI (92,4%) (tabela 5.4). No âmbito da opinião dos inquiridos acerca dos projetos que consideram mais significativos em desenvolvimento nas suas UCC, relativamente ao número de horas afetas, os resultados descritos na tabela 5.6 corroboram com os resultados anteriores, sendo os projetos com maior consumo de horas assinalados: a ECCI (com 81 respostas), o PNSE (com 80 respostas) e o CPNP (com 41 respostas). Relativamente aos projetos assinalados como prioritários para a contratualização (tabela 5.7), os três mais referidos são o PNSE (com 88 respostas), a ECCI (com 86 respostas), o CPNP (com 63 respostas) e a promoção de estilos de vida saudáveis na comunidade que foi referido por maior número de coordenadores (tabela 5.4) surge em quarto lugar com 59 respostas.

Considerando o descrito anteriormente, resolvi delimitar o desenho do mapa estratégico para formular um esboço do BSC para as UCC nacionais restringindo este esboço integrando os objetivos por área chave e por perspetiva, sempre que pertinente irei utilizar os indicadores descritos pelo grupo MCSP (Ministério da Saúde, 2010a) percecionado pelos inquiridos como adequados, os indicadores propostos pelos

coordenadores e alguns objetivos que me pareceram indicados ao contexto das UCC tendo por base o presente estudo. Assim a figura 5.4 apresenta um possível embrião de um mapa estratégico para cumprimento da visão da UCC de grande parte das UCC nacionais.

Figura 5.4 - Esboço de um mapa estratégico para as UCC



Adaptado de Pinto (2005:11)

A tabela 5.29 mostra o esboço de um BSC para as UCC, tendo-me baseado, no que, me parecem ser as áreas chave, os objetivos estratégicos e os indicadores a utilizar para avaliar os projetos comuns á maioria das UCC nacionais e que parecem ser o seu tronco comum o (PNSE, promoção de estilos de vida saudáveis na comunidade, ECCI e CPNP).

Tabela 5.28 - Esboço de um BSC para as UCC

Perspetiva	Área Chave	Objetivos	Designação do Indicador
Clientes	PNSE	Melhorar o acesso da comunidade educativa à formação para a saúde.	Percentagem de agrupamentos de escolas com gabinete de informação e apoio ao aluno no seu projeto educativo.
	Promoção de estilos de vida saudável na comunidade	Diminuir a incidência de complicações associadas a determinada patologia crónica através de sessões de educação para a saúde.	Percentagem de utentes que contraíram complicações de uma determinada patologia entre as pessoas que frequentaram a sessão de educação para a saúde relativa a essa patologia no período de dois anos.
	ECCI	Prestar cuidados de saúde ao nível domiciliário às pessoas, em situação de maior risco de dependência física e funcional ou patológica.	Ganhos em independência nos autocuidados (higiene, vestuário, uso do sanitário, transferir-se, posicionar-se, alimentar-se e deambular).
	CPNP	Aumentar a eficácia do CPNP da UCC relativamente à amamentação.	Taxa de puérperas que frequentaram o CPNP da UCC e amamentou em exclusividade na 1ª semana pós parto.
Financeira	PNSE	Aumentar o financiamento para as atividades de formação para a saúde nas escolas.	Valor total anual de despesa alocada a materiais necessários para a execução das atividades de formação para a saúde nas escolas.
	Promoção de estilos de vida saudável na comunidade	Diminuir a taxa de internamento hospitalar nos dois anos após a realização da sessão de educação para a saúde em pessoas com determinada patologia através da aquisição de conhecimentos.	Proporção de doentes hospitalizados entre as pessoas que usufruíram de sessões de educação para a saúde no período de dois anos após a mesma.
	ECCI	Diminuir a taxa de episódios de urgência em utentes seguidos pela ECCI em relação ao ano anterior.	Proporção de utentes integrados na ECCI atendidos no serviço de urgência do hospital público de referência durante o ano.
	CPNP	Aumentar a eficácia do CPNP relativamente à aquisição de competências relativas ao controlo da dor no trabalho de parto diminuindo os gastos em analgésicos.	Proporção de parturientes que frequentaram o CPNP na UCC e demonstraram ter adquirido habilidades para utilizar estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto.
Processos internos	PNSE	Aumentar a cobertura de crianças e jovens que foram alvo de intervenção da ESE.	Percentagem de crianças e jovens por nível de ensino que foram alvo de intervenção da ESE.
	Promoção de estilos de vida saudável na comunidade	Aumentar a percentagem de utentes de comunidades vulneráveis acompanhados pela UCC .	Proporção de utentes de comunidades vulneráveis acompanhados pela UCC.
	ECCI	Melhorar a precocidade da resposta da ECCI.	Percentagem de pessoas com visitação domiciliária nas primeiras 24 h após admissão na ECCI .
	CPNP	Aumentar a nº de grávidas /casais que frequentaram o CPNP na UCC seguidos no SNS.	Percentagem de grávidas/casais que frequentaram o CPNP na UCC seguidos no SNS.
Aprendizagem e crescimento	PNSE	Motivar os profissionais da UCC, através do seu envolvimento, na construção e consecução dos objetivos estratégicos.	Percentagem de trabalhadores envolvidos nas reuniões sobre os objetivos da unidade.
	Promoção de estilos de vida saudável na comunidade ECCI CPNP	Reforçar competências dos trabalhadores da UCC nos programas prioritários.	Percentagem de trabalhadores que frequentaram anualmente reuniões sobre o tema.

Adaptado de Gameiro (2011:76)

## 6. CONCLUSÃO

No contexto atual, a sociedade e as finanças públicas exercem diversas pressões ao nível dos sistemas de saúde. Para manter a sustentabilidade desses sistemas, os decisores públicos devem efetuar uma gestão estratégica cuidada de forma a poder garantir os princípios da universalidade de acesso a todos os cidadãos. Diversos autores defendem a importância do alinhamento estratégico dos sistemas de saúde com os CSP e da reformulação desses sistemas de acordo com as recomendações de Alma-Ata (WHO, 2008, WHO e UNICEF, 1972). Com base na revisão da literatura, destaco, pela sua pertinência no momento atual, algumas premissas para a sustentabilidade do SNS, tais como uma gestão estratégica tipo “*bottom-up*”, cuidados de saúde centrados nos CSP e no cidadão e um sistema de avaliação de desempenho holístico e integrador que consiga dar resposta à natureza complexa e multidimensional desses sistemas, em particular ao nível dos CSP.

Com base neste enquadramento conceptual, este estudo permitiu acrescentar, ainda que de forma modesta, algum conhecimento na área dos CSP, no âmbito das UCC Portuguesas. Em particular, este estudo procurou contribuir para a discussão acerca da avaliação de desempenho das UCC, um assunto importante no desenrolar da atual reforma dos CSP e onde existe manifesta escassez de estudos.

Neste sentido, foi aplicado um questionário aos coordenadores das UCC nacionais, de modo a obter informações acerca de alguns aspetos relacionados com a caracterização das suas unidades, dando especial relevo ao seu compromisso assistencial e ao grau de adequabilidade percecionada dos indicadores de desempenho face às carteiras de serviços que desenvolvem. Com a aplicação do questionário obtive uma amostra de 92 questionários representando 49,2% da população alvo, englobando UCC de todas as regiões de Portugal Continental.

Os resultados obtidos revelam que a carteira de serviços das UCC em estudo é muito abrangente e multidimensional (foram referidos 72 projetos diferentes), o que torna o processo de avaliação de desempenho muito complexo. Os projetos mais comuns na amostra dizem respeito a atividades no âmbito do PNSE (presentes em 97,8% das UCC), atividades de promoção de estilos de vida saudáveis na comunidade (presentes em 97,8% das UCC) e ECCI (presentes em 92,4% das UCC). Cerca de 49% dos inquiridos referem

desenvolver atividades que não estão contempladas no Despacho de criação das UCC, sendo as mais referidas: a formação contínua/desenvolvimento pessoal, atividades de sensibilização para as temáticas dos dias mundiais e as visitas domiciliares fora da RNCCI. Os projetos referidos como mais significativos, relativamente ao número de horas de cuidados necessários foram: a ECCI, o PNSE e o curso de preparação para a parentalidade. No que diz respeito à questão colocada acerca da sinalização dos projetos a contratuá-los, as respostas mais frequentes recaíram sobre: o PNSE, a ECCI e o curso de preparação para o nascimento e parentalidade.

Relativamente à avaliação da adequabilidade dos indicadores de desempenho, percebida pelos coordenadores das UCC, os dados revelam de uma forma geral pouca homogeneidade nas respostas, pois vinte e oito indicadores são percebidos de forma positiva, seis de forma negativa e um de forma neutra. Entre os positivos só dezassete são percebidos por mais de 60% dos inquiridos como adequados, muito adequados ou extremamente adequados. Em relação às várias dimensões do desempenho, salienta-se que a dimensão satisfação apresenta melhores resultados e a dimensão QTC, apresenta os piores resultados. No que diz respeito aos possíveis motivos de inadequabilidade, estes foram analisados por indicador e pela percentagem de respostas que assinalou em cada um dos quatro motivos pré-definidos, em específico: a ausência de sistemas de informação adequados; indicador muito ambicioso; inexistência de projeto compatível; projeto atribuído a outra UF. O quinto motivo era livre e permitia que o coordenador identificasse outros motivos considerados relevantes. De um modo geral, foram identificados pelos coordenadores outros motivos, sendo os mais frequentes: a falta de recursos humanos e a falta de clareza nos indicadores propostos.

Em consistência com a revisão da literatura efetuada, os indicadores apresentados na matriz proposta pelo Ministério da Saúde (2010a), parecem não reunir consenso como os mais adequados para avaliar unidades multidimensionais como as UCC. No meu entender, há duas razões principais que podem justificar esta falta de consenso. Em primeiro lugar, porque, ao contrário do que é preconizado por Donabedian (1980), Os indicadores propostos não permitem perceber com clareza a relação entre estrutura, processo e resultados. Em segundo lugar, porque se desconhece a existência de um modelo conceitual que os suporte.

Pelo exposto, e apesar das dificuldades encontradas ao longo deste trabalho, nomeadamente ao nível da receção dos questionários, da falta de disponibilidade (por ser trabalhador estudante), e demora nas autorizações das entidades de saúde, penso que

cumpri os objetivos traçados para esta pesquisa e espero ter acrescentado conhecimento pertinente e contextualmente relevante acerca da avaliação de desempenho das UCC.

Através da análise dos dados obtidos foi possível fazer um levantamento dos principais projetos em desenvolvimento nas UCC estudadas e construir tabelas que permitem visualizar os projetos mais comuns, assim como os mais inovadores. Esta lista permite, apesar das limitações metodológicas, uma compilação mais completa da realidade destas unidades, fornecendo dados que são relevantes a nível da gestão dos serviços centrais (Ministério da Saúde/ACSS) e da gestão estratégica (ACES/ULS). Em específico, a informação recolhida neste estudo pode ser útil para a criação de modelos de avaliação holísticos que permitam considerar as várias dimensões do complexo universo dos cuidados de saúde na comunidade investindo de forma efetiva no desenvolvimento dos sistemas de informação, e, no desenvolvimento de um *framework* que auxilie a avaliação de desempenho destas unidades com vista à contratualização de indicadores.

Na realização deste trabalho constatei que a avaliação de desempenho é particularmente difícil quando existe uma grande diversidade de serviços prestados, quando existe dificuldade em estabelecer consenso quanto aos objetivos e quando existe dificuldade em controlar as operações de transformação dos recursos em serviços. Esta situação parece ocorrer nas UCC pois, pelo descrito ao longo do trabalho, estas apresentam baixo grau de repetição de atividades (estão sempre a ser solicitadas para responder às necessidades dos parceiros/comunidade e para inovar); têm muito pouco controlo acerca das atividades que vão realizar (oscilações na admissão de utentes na ECCI e nas solicitações dos *stakeholders*); os *outcomes* são muito difíceis de medir a curto prazo (devido ao trabalho em rede onde muitas coisas não são contabilizáveis) e muitas vezes é negligenciado o seu contributo a longo prazo (indicadores mal definidos); apresentam ainda entre os diversos prestadores de cuidados dificuldade em obter consenso quanto aos principais objetivos a atingir (identifica-se a existência de zonas de ação pouco claras entre os *stakeholders* ao nível da saúde, nomeadamente ao nível da saúde escolar, entre a UCC e a USP, existindo por vezes sobreposição de competências).

Na interpretação dos resultados deste trabalho, estou consciente das suas limitações, nomeadamente a ausência da possibilidade de efetuar inferência estatística para a população pois a amostra não é probabilística, e o facto de não terem sido considerados os pontos de vista de outros *stakeholders* relevantes (como por exemplo, os utentes das UCC e os profissionais).

Por estes motivos, a interpretação dos resultados apresentados deve ser feita com o devido cuidado, sendo importante dar continuidade a esta pesquisa através de outros estudos dedicados à temática da avaliação de desempenho de cuidados na comunidade.

De acordo com os artigos consultados e os resultados da investigação penso o desenvolvimento de um *BSC* que contemple as perspetivas dos vários *stakeholders* (tal como sugerido pelo Kaplan e Norton, 1992 e Pinto, 2005) seria um framework muito útil para melhorar o sistema de avaliação das UCC. Assim, para melhor compreensão da possível aplicação deste *framework* a estas unidades apresentei um esboço de um mapa estratégico e um embrião de *BSC* que poderá motivar novos estudos de investigação completos e fundamentados de modo a preencher os quadrantes do *BSC* através da definição de objetivos estratégicos e indicadores consensuais entre todos os *stakeholders*.

Para além disso, o *BSC* permite estabelecer relações de causa e efeito entre os vários indicadores no sentido de perceber onde atuar quando se pretende melhorar o desempenho do sistema. Assim, com base num sistema integrado e partilhado de avaliação de desempenho, seria possível impulsionar a área da contratualização destas unidades permitindo o reconhecimento e valorização destas no seio da reforma dos CSP, nomeadamente na promoção da saúde e na prevenção da doença, a nível comunitário, com os desejados ganhos em saúde.

Estou consciente de que este estudo cumpriu apenas a dimensão exploratória de uma vasta problemática que merece, quanto a mim, a elaboração de mais estudos nesta área.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central Dos Sistemas de Saúde. Optimizar Recursos Gerir Eficiência Página [online]. [citado a 14 de outubro de 2013]. Disponível em URL: <<http://www.acss.minsaude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadePlaneOrganizaçãodeServiçosdeSaúde/CuidadosdeSaúdePrimários/ACES/UCC/tabid/850/language/pt-PT/Default.aspx>> Acedido a 14 de outubro de 2013.
- Afonso, P. (2010) Contratualização em ambiente de Cuidados de Saúde Primários, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 59-64.
- Amado, C.A.E.F. e R.G. Dyson (2008) On comparing the performance of primary care providers, *European Journal of Operational Research*, 185, 915–932.
- Amado, C.A.E.F. e S.P. Santos (2009) Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: the case of the Portuguese health centres. *Health Policy*, 91, 43-56.
- Babbie, E. (2010) *The Practice of Social Research*, 12ª edição, Wadsworth, Cengage Learning.
- Branco, A. e V. Ramos (2001) Cuidados de saúde primários em Portugal, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5-12.
- Champagne, F. e A. Contandriopoulos 1º Simpósio Internacional da Conferência Lusofrancófona da Saúde (COLUFRAS): Elementos de Arquitetura dos Sistemas de Avaliação do Desempenho dos Sistemas de Serviços de Saúde. Publicação [on line]. Universidade de Montréal, Maio de 2005. [citado a 14 de dezembro de 2013]. Disponível em URL: <<http://nepas.ufsc.br/files/2012/09/Elementos-de-Arquitetura-dos-Sistemas-de-Avalia%C3%A7%C3%A3o-do-Desempenho.pdf>>
- Comissão Mundial Sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento (1991) *Nosso Futuro Comum*, 2ª edição, Rio de Janeiro, Editora da Fundação Getúlio Vargas.
- Costa, D. (2012) A Recolha de Dados: técnicas utilizadas, in H. Silvestre, e J. Araújo, (eds.), *Metodologia para a Investigação Social*, Lisboa, Escolar Editora, 141-170.
- Decreto-Lei n.º 207/99 de 9 de junho. Diário da República. n.º 133, Série I-A. Assembleia da República. Lisboa. Cria a Unidade Local de Saúde de Matosinhos.
- Decreto-Lei n.º 88/2005 de 3 de junho. Diário da República n.º 107, Série I-A. Assembleia da República. Lisboa. Revoga o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, que cria a rede de cuidados de saúde primários e repristina o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.

- Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro. Diário da República n.º38, Série I. Assembleia da República. Lisboa. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde.
- Despacho Normativo n.º 45/1997 de 8 de agosto. Diário da República n.º 182, Série I-B. Assembleia da República. Lisboa. Normas de distribuição de recursos financeiros, humanos e tecnológicos para o ano de 1998.
- Despacho Normativo n.º 46/1997 de 8 de agosto. Diário da República n.º 182, Série I-B. Assembleia da República. Lisboa. Orientação para a instalação e funcionamento das agências de acompanhamento dos serviços de saúde junto das ARS.
- Despacho n.º 10143/2009 de 16 de Abril. Diário da República n.º 74, Série II. Assembleia da República. Lisboa. Aprovação do Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade.
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2002) Centros de Saúde de Terceira Geração-Manual para a Mudança. Publicação [on line].DGS. Lisboa. Maio 2002 [citado em novembro 2013]. Disponível em URL:<<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005785.pdf>>. Acedido em 8 de novembro de 2013.
- Donabedian, A. (1980) *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Michigan, Ann Arbor: Health administration press.
- Escoval, A., R. Ribeiro e T. Matos (2009a) Contratualização em Cuidados de Saúde Primários Horizonte 2015/20 - Fase 1 - Estrutura do projecto de Investigação. Publicação [on line]. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, IP). Abril de 2009a. [citado em novembro 2013] Disponível em URL: <[http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/relatorio\\_fase1\\_vf.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/relatorio_fase1_vf.pdf)> Acedido a 9 de novembro de 2013.
- Escoval, A., R. Ribeiro e T. Matos (2009b) Contratualização em Cuidados de Saúde Primários Horizonte 2015/20 - Fase 2 - Conteúdos programáticos. Publicação [on line]. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, IP). junho de 2009b. [citado em novembro 2013] Disponível em URL: <[http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/pi\\_rpi\\_fase2\\_conteudosprogramaticos.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/pi_rpi_fase2_conteudosprogramaticos.pdf)> Acedido a 9 de novembro de 2013.
- Escoval, A., R. Ribeiro e T. Matos (2009c) Contratualização em Cuidados de Saúde Primários Horizonte 2015/20 - Fase 3- Revisão das Práticas Internacionais. Publicação [on line]. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, IP). julho de 2009c. [citado em novembro 2013] Disponível em URL: <[http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/pi\\_rpi\\_fase3\\_revisaopraticasinternacionais.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/pi_rpi_fase3_revisaopraticasinternacionais.pdf)> Acedido a 9 de novembro de 2013.
- Escoval, A., R. Ribeiro e T. Matos (2009d) Contratualização em Cuidados de Saúde Primários Horizonte 2015/20 - Fase 4- O processo de Contratualização de Cuidados de Saúde Primários- Estudo de caso. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, IP). Dezembro de 2009d. [citado em novembro 2013] Disponível em URL: <[http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/pi\\_rpi\\_fase4\\_o\\_processo\\_de\\_contratualizacao\\_de\\_cuidados\\_de\\_saude\\_primarios\\_estudo\\_de\\_caso.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/pi_rpi_fase4_o_processo_de_contratualizacao_de_cuidados_de_saude_primarios_estudo_de_caso.pdf)> Acedido a 9 de novembro de 2013.

saude.pt/Portals/0/Fase4\_Estudo%20de%20Caso.pdf> Acedido a 9 de novembro de 2013.

Escoval, A., R. Ribeiro e A.T.L. Santos (2010a) Contratualização em Cuidados de Saúde Primários Horizonte 2015/20 - Fase 5- Relatório Final. Publicação [on line]. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, IP). Março de 2010a. [citado em novembro 2013] Disponível em URL: <[http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Fase%205\\_Relatorio%20Final.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Fase%205_Relatorio%20Final.pdf)> Acedido a 9 de novembro de 2013.

Escoval, A., A. Coelho, J. Diniz, M. Rodrigues, F. Moreira e P. Espiga (2010b) Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde, *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 9, 105-115.

Fortin, M. F. (1999) *O processo de Investigação*, Loures, Lusociência.

Gameiro T. M. G. L. (2011) Balanced scorecard em instituições hospitalares: esboço para o bloco operatório. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Publicação [on line]. Disponível em URL:<[https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18025/2/Teresa\\_Gameiro\\_disse\\_rta%C3%A7%C3%A3o\\_%5BMGES%5D-%5B2011%5D.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18025/2/Teresa_Gameiro_disse_rta%C3%A7%C3%A3o_%5BMGES%5D-%5B2011%5D.pdf)>. Acedido em 10 de outubro de 2013.

Hill, A. e M.M. Hill (2000) *Investigação por questionário*, Lisboa, Edições Silabo.

Hill, A. E G. Jones (2001) *Strategic management theory na integrated approach*, Boston, New York: Houghton Company.

Kalinichenko, O., C. A. F. Amado e S. Santos (2013) Performance Assessment in Primary Health Care: A Systematic Literature Review, *University of Algarve and CEFAGE- UE Working Paper 2013/03*, 1-17. Ver se é em italico ou não

Kaplan, R.S. e D.P Norton (1992) *The Balanced Scorecard - Measures that Drive Performance*, *Harvard Business Review*, 71-79.

Kaplan, R.S. e D.P Norton (1996) *The Balanced Scorecard -Translating Strategy in to Action*, Boston, Harvard Business School Press.

Kaplan, R.S (2010) *Conceptual Foundations of the Balanced Scorecard*, Boston, Harvard Business School Press, Working Paper 10-074.

Kringos, D. S., W. G. W. Boerma, A. Hutchinson, J.V. Zee, e P. P. Groenewegen (2010). The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions, *BMC Health Services Research*, 10, 1-13.

Lei n.º 147/99 de 1 de setembro. Diário da Republica n.º 204, Série I-A. Assembleia da República. Lisboa. Lei de proteção de crianças e jovens em perigo.

Maxwel R. J. (1992) Dimensions of quality revisited: from thought to action *Quality in Health Care*, 1, 171-177.

- Ministério da Saúde. Agrupamentos de Centros de Saúde Proposta de Plano de Desempenho: Documento de Trabalho. Publicação [online]. Ministério da Saúde. Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Contratualização com os Cuidados de Saúde Primários. Lisboa. Novembro 2009a. [citado em novembro de 2013]. Disponível em URL:<[http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/Plano\\_Desempenho\\_ACES\\_2010.pdf](http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/Plano_Desempenho_ACES_2010.pdf)>.
- Ministério da Saúde. Cuidados de Saúde Primários- Metodologia de Contratualização. Publicação [online]. Ministério da Saúde. ACSS. Lisboa. Dezembro de 2010b. [citado em novembro de 2013]. Disponível em URL:<[http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/MetodologiaContratualizacaoCSP\\_2011.pdf](http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/MetodologiaContratualizacaoCSP_2011.pdf)>.
- Ministério da Saúde. Cuidados de Saúde Primários Metodologia de Contratualização. Publicação [online]. Ministério da Saúde. ACSS. Lisboa. Março de 2012d. [citado em novembro de 2013]. Disponível em URL:<[http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/14\\_Mar\\_2012\\_MetodologiaContratualizacaoCSP\\_2012.pdf](http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/14_Mar_2012_MetodologiaContratualizacaoCSP_2012.pdf)>.
- Ministério da Saúde. Documento de Suporte à Implementação da UCC. Publicação [online]. Ministério da Saúde. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Lisboa. Março de 2009b. [citado em junho de 2013]. Disponível em URL: <[http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/doc\\_suporte\\_de\\_ucc.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/doc_suporte_de_ucc.pdf)> Acedido a 11 de junho de 2013.
- Ministério da Saúde. Indicadores de Desempenho da Unidade Cuidados na Comunidade. Publicação [online]. Ministério da Saúde. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Lisboa. Março de 2010a. [citado em junho de 2012]. Disponível em URL: <[http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/indicadores\\_daucc\\_vf.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/indicadores_daucc_vf.pdf)> Acedido a 11 de novembro de 2013.
- Ministério da Saúde. Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Publicação [online]. Ministério da Saúde. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Lisboa. janeiro de 2006a. [citado em outubro de 2013]. Disponível em URL: <<http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/Linhas%20de%20Accao%20Prioritaria.pdf>> Acedido em novembro 2013.
- Ministério da Saúde. Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no Ano de 2013. Publicação [online]. Ministério da Saúde. ACSS. Lisboa. Março de 2013. [citado em novembro de 2013]. Disponível em URL:<[http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/Metodologia\\_Contratualizacao\\_2013\\_CSP.PDF](http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/Metodologia_Contratualizacao_2013_CSP.PDF)> Acedido a 11 de novembro de 2013.
- Ministério da Saúde (2010c). Orientação para a Constituição e Implementação das Unidade de Cuidados na Comunidade, *Ministério da Saúde, 1-17*.
- Ministério da Saúde. Orientação para a Organização e Funcionamento das Unidade de Cuidados na Comunidade. Publicação [online]. Ministério da Saúde. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários- Coordenação Estratégica. Março 2011 [citado em outubro de 2013]. Disponível em URL: <[http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/aprovacao\\_ucc.pdf](http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/aprovacao_ucc.pdf)> Acedido em novembro 2013.
- Ministério da Saúde. Reagrupamento dos Centros de Saúde -Aspetos e princípios a ter em conta. Publicação [online]. Ministério da Saúde. Grupo Técnico para o

- Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários Lisboa. Fevereiro de 2012a. [citado em outubro de 2013]. Disponível em URL: <[http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/aces\\_reagrupamentodoscentrosdesaude\\_v20120208.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/aces_reagrupamentodoscentrosdesaude_v20120208.pdf)> Acedido a 11 de novembro de 2013.
- Ministério da Saúde. Quadro de Orientação Estratégica para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários Documento de trabalho – versão de 2012.09.30. Publicação [online]. Ministério da Saúde. Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa. Setembro 2012b. [citado em outubro de 2013]. Disponível em URL: <[http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/1quadrodeorientaoestratgicaparaodesenvolvimentodoscsp\\_2012.09.30\\_2.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/1quadrodeorientaoestratgicaparaodesenvolvimentodoscsp_2012.09.30_2.pdf)> Acedido a 11 de novembro de 2013.
- Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Publicação [online]. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Lisboa. 2012c. Disponível em URL: <<http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016>> Acedido em 8 de março de 2013.
- Ministério da Saúde. Contratualização Com as Unidades de Saúde Familiares para 2007. Publicação [online]. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde. Lisboa. 2006b. Disponível em URL: <<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Contratualizacao%20-%202007.pdf>> Acedido a 25 de novembro 2013.
- Neely, A., M.J. Gregory e K.W. Platts (1995) Performance measurement system design—a literature review and research agenda. *International Journal of Operations and Production Management*, 15, 80 - 116.
- Nicolau, V. e A. Escoval (2010) Cidadão e comunidade: que relevância no processo de contratualização?. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 95-103.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009) *10 Anos OPSS 30 Anos SNS- Razões para Continuar: relatório da Primavera 2009*, Coimbra, Mar da Palavra.
- Observatório Português Dos Sistemas De Saúde (2012) *Crise & Saúde um País em Sofrimento: relatório da Primavera*, Coimbra, Observatório Português Dos Sistemas De Saúde.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010) *Desafios em Tempo de Crise: relatório da Primavera 2010*, Coimbra, Observatório Português Dos Sistemas De Saúde.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2008) *Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas: Relatório da Primavera 2008*, Coimbra, Mar da Palavra.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. Glossary of Key Terms in Evaluation and Results Based Management. Publicação [online]. Paris. 2002. [citado em outubro de 2013]. Disponível em URL: <<http://www.oecd.org/development/peer-reviews/2754804.pdf>> . Acedido em 10 de outubro de 2013.
- Parida, A. (2006). *Development of multi-criteria hierarchical framework for maintenance performance measurement: concepts, issues and challenges*. Doctoral Thesis, Unpublished, Lulea University of Technology.

- Pinto, F. (2005). III Seminário Internacional “Gestão e Estratégia no Século XXI: Balanced Scorecard – Adaptações ao Sector Público e às Organizações sem fins lucrativos. Publicação [on line] Universidade do Algarve. Faro 2005. Disponível em URL: <<http://www.franciscojspinto.com/pdf/seminternestrat.pdf>. [Consultado em setembro de 2014].
- Polít, D. F. e B. P. Hungler (1995) *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem*, 3ª edição, Porto Alegre, Artes Médicas.
- Pordata (2012a) Despesa Corrente em Cuidados de saúde: total e por tipo de prestador - Portugal. Publicação [online]. Lisboa. 2012a. [citado em outubro de 2013]. Disponível em URL:<<http://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+saude+total+e+por+tipo+de+agente+financiador-601>>. Acedido em 26 de dezembro de 2013.
- Pordata (2012b) Despesas do Estado em saúde: execução orçamental em % do PIB - Portugal. Publicação [online]. Lisboa. 2012b. [citado em outubro de 2013]. Disponível em URL:<<http://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+saude+em+percentagem+do+PIB-610>> Acedido em 26 de dezembro de 2013.
- Portal da Saúde. Programas Nacionais de Saúde. Página [online]. [citado em outubro de 2013]. Disponível em URL:<<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/programas+nacionais/programas+nacionais.htm>> Acedido em 23 de novembro de 2013.
- Quivy, R. e L.V, Campenhout (1992) *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva.
- Resolução do Conselho de Ministros nº 197/1997 de 18 de novembro. Diário da Republica nº 105 Série I-B. Assembleia da República. Lisboa. Procedo ao reconhecimento público da denominada Rede Social.
- Ribeiro, C. M. S. (2008). O controlo de gestão nas unidades de saúde: o *Balance Scorecard*. *TOC, 100*, 61-66. Nicolau, V. e A. Escoval (2010) Cidadão e comunidade: que relevância no processo de contratualização?. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 95-103.
- Segurança Social. Documentos e Formulários. Página [online]. [citado em outubro de 2013]. Disponível em URL:<<http://www4.segsocial.pt/legislacao?bundleId=283946#>> Acedido em 23 de novembro de 2013.
- Smith, P.C. (1996) A framework for analysing the measurement of outcome. in P. Smith (eds.), *Measuring outcome in the public sector*, London, Taylor & Francis, 1-19.
- Smith P., E. Mossialos e I. Papanicolas (2008) *Performance measurement for health system improvement: experience, challenges and prospects*, Tallinn, World Health Organization.
- Turabi, A. E., M. Hallsworth, T. Ling e J. Grant (2011) A novel performance monitoring framework for health research systems: experiences of the National Institute for Research in England. *BMC Health Services Research*, 9-13.

Weir E., N. d'Entremont, S. Stalker, K. Kurji e V. Robinson (2009) Applying the balanced scorecard to local public health performance measurement: deliberations and decisions. *BMC Public Health*, 1-7.

WHO (2008) *The world health report 2008 primary health care: now more than ever*. Geneva, WHO.

WHO e UNICEF (1978) Declaração Alma-Ata. Publicação [on line]. 1978. [citado em outubro de 2013]. Disponível em URL: <[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)>. Acedido em 10 de outubro de 2013.

Woodward G., D. Manuel e V. Goel (2004) *Developing a Balanced Scorecard for Public Health*, Toronto, Institute for Clinical Evaluative Sciences.

Zelman W. N.; G. H. Pink e C. B. Matthias (2003) Use of the Balance Score card in Health Care. *Journal of Health Care Finance*, 29 (4), 1-16.

# **ANEXOS**

## **Anexo I - Questionário**

FACULDADE DE ECONOMIA



Universidade do Algarve

Campus de Gambelas, 8000-117 Faro, Portugal

Tel.: +351 289 800 915; Fax: +351 289 815 937

## **Indicadores de Desempenho das UCC**

### **Grau de Adequabilidade**

**Destinatários: Coordenadores da UCC**

Questionário n.º \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Caro(a) coordenador (a):

Este estudo surge no âmbito da elaboração da minha dissertação para completar a obtenção do grau de Mestre do Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve. Foi proposto realizar um trabalho académico de elevada pertinência no atual estágio de desenvolvimento das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). Pretende-se estudar os indicadores de desempenho propostos a nível nacional para a contratualização interna das UCC. Escolhemos essa unidade como foco do nosso estudo, por ser uma unidade criada com a atual reforma dos CSP (Cuidados de Saúde Primários), por apresentar um curto histórico de funcionamento e por enfrentar múltiplos desafios, quer ao nível da afirmação da sua missão no contexto comunitário, quer ao nível da contratualização.

Neste contexto parece-nos pertinente, estudar esta área acrescentando conhecimento científico, propondo alternativas viáveis para que, à semelhança do que aconteceu nas USF, os indicadores sejam adaptados aos estádios de desenvolvimento das equipas e às necessidades das comunidades em que estão inseridas. De acordo com o exposto, é importante impulsionar esta área da contratualização das UCC para o reconhecimento e valorização destas unidades na reforma dos CSP, nomeadamente na promoção da saúde e prevenção da doença a nível comunitário com os expetáveis ganhos em saúde.

**Objetivo Geral:** Analisar a adequabilidade dos indicadores de desempenho das UCC propostos no documento de trabalho do Grupo Missão dos CSP (2010), face às carteiras de serviços em desenvolvimento nas UCC nacionais.

**Objetivos específicos:**

- Conhecer os projetos em desenvolvimento nas UCC estudadas através de um questionário aos coordenadores.
- Relacionar as carteiras de serviço desenvolvidas pelas UCC com a carteira de serviços prioritária, definida pelo despacho nº 10143/2009 de 16 de Abril, que regulamenta a Organização e Funcionamento das UCC.
- Avaliar a adequabilidade percebida pelos coordenadores, dos indicadores de desempenho propostos pela Missão dos Cuidados de Saúde Primários, para a contratualização entre os ACES e as UCC.
- Apresentar novas propostas de indicadores, emergidas da análise das carteiras de serviço e da opinião dos Coordenadores das UCC (não contempladas no documento do Ex grupo Missão).

Este questionário é dirigido aos Coordenadores das UCC, sendo confidencial e voluntário. A sua colaboração é imprescindível para tornar possível esta pesquisa, agradecemos que responda a todas as questões com o máximo de rigor. Divide-se em três partes, sendo a primeira parte sobre a caracterização da UCC, a segunda parte relativa à adequabilidade percebida acerca dos indicadores e a terceira parte opcional.

Muito Obrigado

## Grupo I – Caracterização

Por favor responda às seguintes questões:

1- Designação da UCC (Facultativo): \_\_\_\_\_

ACES \_\_\_\_\_

ULS \_\_\_\_\_

ARS \_\_\_\_\_

2-População Alvo

Nº total de utentes inscritos: \_\_\_\_\_

3- Qual o ano de início da UCC que coordena (Coloque um x na linha correta):

2009 \_\_\_\_\_

2010 \_\_\_\_\_

2011 \_\_\_\_\_

2012 \_\_\_\_\_

2013 \_\_\_\_\_

4- A equipa nuclear da UCC é constituída por:  
(mencionar o nº de horas dos colaboradores na UCC)

Enfermeiros (Nº) \_\_\_\_

Medico (Nº) \_\_\_\_

Fisioterapeuta (Nº) \_\_\_\_

Assistente Social (Nº) \_\_\_\_

Assistentes Operacionais (Nº) \_\_\_\_

Nutricionista/Dietista (Nº) \_\_\_\_

Psicólogo (Nº) \_\_\_\_

Terapeuta Ocupacional (Nº) \_\_\_\_

Higienista Oral (Nº) \_\_\_\_

Assistente Técnico (Nº) \_\_\_\_

Outros \_\_\_\_\_

Total Profissionais: \_\_\_\_\_ Total de profissionais equipa nuclear da UCC \_\_\_\_\_

5- Descreva de forma sucinta qual ou quais os projetos, que tem em desenvolvimento na sua UCC tendo como referência a carteira de serviço prioritária a contratualizar com o ACES (Despacho n.º 10143/2009 de 16 de Abril):

---

---

---

---

---

6- Tem outro ou outros projetos que não se enquadram na questão anterior?

Sim \_\_\_\_

Não \_\_\_\_

6.1- Se respondeu afirmativamente descreva sucessivamente qual ou quais são estes projetos.

---

---

---

---

7- Descreva os projetos mais significativos da sua UCC relativamente ao maior consumo de horas de cuidados gastas.

---

---

---

---

---

8- Refira os cinco projetos desenvolvidos na sua UCC que considere prioritários contratualizar indicadores com os ACES.

---

---

---

---

## Grupo II

O presente grupo refere-se aos indicadores de desempenho propostos para a UCC (Grupo Missão, 2010) disponível em [http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/.../indicadores\\_daucc\\_vf.pdf](http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/.../indicadores_daucc_vf.pdf) (recomendo a sua leitura integral) e no documento de Orientações para a Constituição e Implementação das UCCs (Coordenação Estratégica, 2010).

Pretende-se conhecer o grau de adequabilidade dos indicadores propostos com o propósito de analisar e eleger os mais adequados e identificar as principais causas da não adequabilidade do indicador.

Solicitamos assim a colaboração do Sr. Enfº Coordenador da UCC, à análise do grau de adequabilidade de cada um dos 35 indicadores descritos no documento da Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Assim, os quadros que se seguem, apresentam reduzidamente os indicadores supracitados, e solicita-se o parecer acerca da sua adequabilidade como indicador a contratuar, assinalando com uma cruz o nível em que se posiciona. Apresenta-se o tipo de indicador, o nome e nº do indicador, para o avaliar numa escala tipo de Likert, com cinco graus de adequabilidade com o seguinte código:

1-Não adequado

2-Pouco adequado

3-Adequado

4-Muito adequado

5-Extremamente adequado

Considerando a sua experiência de coordenação, propomos que sugira as alterações consideradas pertinentes para cada indicador, alterando o seu bilhete de identidade de modo livre, caso o considerar inadequado ou pouco adequado. Utilize os quadrados vazios na linha abaixo do indicador de modo livre, colocando o título do indicador que pretende alterar.

**Nota:** A formulação de novos indicadores nos quadros vazios do grupo II e III é **opcional**. Poderá também utilizar os quadros vazios, para efetuar os comentários que considere pertinentes ao indicador. Gostaríamos de recolher o máximo de opiniões, na tentativa de enriquecer este trabalho e contribuir para a criação de indicadores nacionais mais adaptados à missão das UCC de todo o país. Agradecemos desde já o vosso empenho e disponibilidade.

Tipo	Nº /Nome do Indicador	Critérios de Inclusão	Grau de adequabilidade do indicador					Se responder negativamente (1 ou 2), por favor diga, na sua opinião qual ou quais as razões da inadequabilidade (coloque x à frente da frase mais pertinente).
			1	2	3	4	5	
Acesso	UCC 1- Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de enfermagem por programa/projeto	<b>Numerador-</b> Nº de pessoas com pelo menos uma intervenção de enfermagem documentada no período em análise no serviço UCC e por programa/projeto. <b>Denominador-</b> Nº de pessoas admitidas por programa/projeto da UCC, no período em análise.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados__ b) Indicador muito ambicioso____ c) Inexistência de projeto compatível na UCC__ d) Projeto atribuído a outra UF____ e) Outra. Qual?_____
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								
Acesso	UCC 2- Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados médicos por programa/projeto	<b>Numerador-</b> Nº de pessoas com pelo menos um contato médico documentado no período em análise no serviço UCC e por programa/projeto. <b>Denominador-</b> Nº de pessoas admitidas por programa/projeto da UCC, no período em análise.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados__ b) Indicador muito ambicioso____ c) Inexistência de projeto compatível na UCC__ d) Projeto atribuído a outra UF____ e) Outra. Qual?_____
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								
Acesso	UCC 3- Percentagem de pessoas abrangidas pelo serviço social por programa/projeto.	<b>Numerador-</b> Nº de pessoas com pelo menos um contato do técnico de serviço social documentado no período em análise, no serviço UCC e por programa/projeto. <b>Denominador-</b> Nº de pessoas admitidas por programa/projeto da UCC, no período em análise.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados__ b) Indicador muito ambicioso____ c) Inexistência de projeto compatível na UCC__ d) Projeto atribuído a outra UF____ e) Outra. Qual?_____
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								

Tipo	Nº /Nome do Indicador	Critérios de Inclusão	Grau de adequabilidade do indicador					Se responder negativamente (1 ou 2), por favor diga, na sua opinião qual ou quais as razões da inadequabilidade (coloque x à frente da frase mais pertinente).
			1	2	3	4	5	
Acesso	<b>UCC 4-</b> Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de psicologia por programa/projeto.	<b>Numerador-</b> Nº de pessoas com pelo menos um contato do psicólogo documentado no período em análise, no serviço UCC e por programa/projeto. <b>Denominador-</b> Nº de pessoas admitidas por programa/projeto da UCC, no período em análise.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados__ b) Indicador muito ambicioso____ c) Inexistência de projeto compatível na UCC__ d) Projeto atribuído a outra UF____ e) Outra. Qual?_____
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								
Acesso	<b>UCC 5-</b> Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de nutrição por programa/projeto.	<b>Numerador-</b> Nº de pessoas com pelo menos um contato do nutricionista documentado no período em análise, no serviço UCC e por programa/projeto. <b>Denominador-</b> Nº de pessoas admitidas por programa/projeto da UCC, no período em análise.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados__ b) Indicador muito ambicioso____ c) Inexistência de projeto compatível na UCC__ d) Projeto atribuído a outra UF____ e) Outra. Qual?_____
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								
Acesso	<b>UCC 6-</b> Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de fisioterapia por programa/projeto.	<b>Numerador-</b> Nº de pessoas com pelo menos um contato do fisioterapeuta documentado no período em análise no serviço UCC e por programa/projeto. <b>Denominador-</b> Nº de pessoas admitidas por programa/projeto da UCC, no período em análise.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados__ b) Indicador muito ambicioso____ c) Inexistência de projeto compatível na UCC__ d) Projeto atribuído a outra UF____ e) Outra. Qual?_____
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								

Tipo	Nº /Nome do Indicador	Critérios de Inclusão	Grau de adequabilidade do indicador					Se responder negativamente (1 ou 2), por favor diga, na sua opinião qual ou quais as razões da inadequabilidade (coloque x à frente da frase mais pertinente).
			1	2	3	4	5	
Acesso	<b>UCC 7-</b> Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de outros técnicos por programa/projeto.	<b>Numerador-</b> Nº de pessoas com pelo menos um contato de outros técnicos, documentado no período em análise no serviço UCC e por programa/projeto.  <b>Denominador-</b> Nº de pessoas admitidas por programa/projeto da UCC, no período em análise.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados__ b) Indicador muito ambicioso____ c) Inexistência de projeto compatível na UCC__ d) Projeto atribuído a outra UF____ e) Outra. Qual?_____
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								
Qualidade Técnico Científica	<b>UCC 8-</b> Taxa de resolução do Papel do Prestador Cuidados Inadequado.	<b>Numerador-</b> Nº de pessoas admitidas no serviço UCC, num determinado período de tempo, em que foi documentado o diagnóstico de enfermagem – <u>Papel do prestador de cuidados adequada</u> , com data posterior à data de início do diagnóstico de enfermagem- <u>Papel do prestador de cuidados não adequado</u> e que exista pelo menos uma intervenção realizada que contribua para a resolução do diagnóstico.  <b>Denominador-</b> Nº de pessoas admitidas no serviço UCC, a quem foi documentado o diagnóstico de enfermagem- <u>Papel do prestador de cuidados não adequado</u> no período em análise.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados__ b) Indicador muito ambicioso____ c) Inexistência de projeto compatível na UCC__ d) Projeto atribuído a outra UF____ e) Outra. Qual?_____
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								

Tipo	Nº /Nome do Indicador	Critérios de Inclusão	Grau de adequabilidade do indicador					Se responder negativamente (1ou 2), por favor diga, na sua opinião qual ou quais as razões da inadequabilidade (coloque x à frente da frase mais pertinente).
			1	2	3	4	5	
Satisfação	<b>UCC 9-</b> Percentagem de utilizadores da UCC satisfeitos com os serviços prestados por esta unidade.	<b>Numerador-</b> Nº de utilizadores que responderam ao questionário, com resposta- satisfeito ou muito satisfeito.  <b>Denominador-</b> Nº de utilizadores que responderam ao questionário.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados___ b) Indicador muito ambicioso____ c) Inexistência de projeto compatível na UCC___ d) Projeto atribuído a outra UF___ e) Outra. Qual?_____
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								
Satisfação	<b>UCC 10-</b> Percentagem de profissionais satisfeitos com a UCC.	<b>Numerador-</b> Nº de profissionais que responderam ao questionário, com resposta- satisfeito ou muito satisfeito.  <b>Denominador-</b> Nº de profissionais que responderam ao questionário						a) Falta de Sistemas de Informação adequados___ b) Indicador muito ambicioso____ c) Inexistência de projeto compatível na UCC___ d) Projeto atribuído a outra UF___ e) Outra. Qual?_____
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								
Acesso ECCI	<b>UCC 11-</b> Percentagem de pessoas com visitaçã domiciliária nas 1 <sup>as</sup> 24h após admissão na ECCI.	<b>Numerador-</b> Nº de pessoas com pelo menos um contato no local domicilio, no serviço UCC, com o programa ECCI associado, realizado nas primeiras 24 horas após admissão no programa. É contada a data/hora referente ao contato e não a data/hora do registo.  <b>Denominador-</b> Nº de pessoas admitidas na ECCI no período em análise.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados___ b) Indicador muito ambicioso____ c) Inexistência de projeto compatível na UCC___ d) Projeto atribuído a outra UF___ e) Outra. Qual?_____
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								

Tipo	Nº /nome do Indicador	Critérios de Inclusão	Grau de adequabilidade do indicador					Se responder negativamente (1 ou 2), por favor diga, na sua opinião qual ou quais as razões da inadequabilidade (coloque x à frente da frase mais pertinente).
			1	2	3	4	5	
Qualidade Técnico Científica ECCI	<b>UCC 12-</b> Taxa de eficácia na prevenção de úlceras pressão.	<p><b>Numerador-</b> Nº de pessoas com pelo menos um contato no serviço UCC, com o programa ECCI associado, no período em análise a quem foi documentado o diagnóstico de enfermagem – <u>Úlcera de pressão presente</u>, com origem no domicílio, com data posterior à data de início do diagnóstico de enfermagem- <u>Risco de úlcera de pressão</u> e que exista pelo menos uma intervenção documentada no âmbito da prevenção de úlceras de pressão.</p> <p><b>Denominador-</b> Nº de pessoas com pelo menos um contato no serviço UCC, com o programa ECCI, a quem foi documentado o diagnóstico de enfermagem - <u>Risco de úlcera de pressão</u> no período em análise.</p>						<p>a) Falta de Sistemas de Informação adequados__</p> <p>b) Indicador muito ambicioso__</p> <p>c) Inexistência de projeto compatível na UCC__</p> <p>d) Projeto atribuído a outra UF__</p> <p>e) Outra. Qual?_____</p>
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								
Qualidade Técnico Científica ECCI	<b>UCC 13-</b> Taxa de resolução de diagnóstico de úlcera pressão.	<p><b>Numerador-</b> Nº de pessoas admitidas no programa ECCI, serviço UCC, num determinado período de tempo, em que foi documentado o diagnóstico de enfermagem – <u>Úlcera de pressão ausente</u>, com data posterior à data de início do diagnóstico de enfermagem- <u>Úlcera de pressão presente</u> e que exista pelo menos uma intervenção realizada, que contribua para o tratamento das úlceras de pressão.</p> <p><b>Denominador-</b>Nº de pessoas admitidas no programa ECCI e no serviço UCC, a quem foi documentado o diagnóstico de enfermagem -<u>Úlcera de pressão presente</u> no período em análise.</p>						<p>a) Falta de Sistemas de Informação adequados__</p> <p>b) Indicador muito ambicioso__</p> <p>c) Inexistência de projeto compatível na UCC__</p> <p>d) Projeto atribuído a outra UF__</p> <p>e) Outra. Qual?_____</p>
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								

Tipo	Nº /nome do Indicador	Critérios de Inclusão	Grau de adequabilidade do indicador					Se responder negativamente (1ou 2), por favor diga, na sua opinião qual ou quais as razões da inadequabilidade (coloque x à frente da frase mais pertinente).
			1	2	3	4	5	
Resultado	<b>UCC 14-</b> Ganhos em Independência nos Autocuidados (Higiene, Vestuário, Uso de Sanitário, transferir-se, posicionar-se alimentar-se, deambular.	<p><b>Numerador-</b> Nº de pessoas admitidas no programa ECCI e no serviço UCC, a quem foi documentada uma modificação positiva na opinião clínica em pelo menos um Autocuidado, no período em análise, comparativamente ao grau de dependência documentada no momento inicial da identificação do fenómeno de enfermagem.</p> <p><b>Denominador-</b> Nº de pessoas admitidas no programa ECCI e no serviço UCC, no período em análise, a quem foi identificada dependência em algum autocuidado. Só são contabilizadas pessoas em programas de ECCI com mais de 30 dias em programa.</p>						<p>a) Falta de Sistemas de Informação adequados__</p> <p>b) Indicador muito ambicioso__</p> <p>c) Inexistência de projeto compatível na UCC__</p> <p>d) Projeto atribuído a outra UF__</p> <p>e) Outra. Qual?_____</p>
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								
Qualidade Técnico Científica ECCI	<b>UCC 15-</b> Ganhos expressos no controlo da intensidade da Dor	<p><b>Numerador-</b> Nº de pessoas admitidas no programa ECCI, no serviço UCC, com controlo da dor.</p> <p><b>Denominador-</b> Nº de pessoas admitidas no programa ECCI, no serviço UCC, a quem foi documentado o fenómeno de enfermagem – Dor, no período em análise. (ver documento MCSP para mais esclarecimentos acerca da dor).</p>						<p>a) Falta de Sistemas de Informação adequados__</p> <p>b) Indicador muito ambicioso__</p> <p>c) Inexistência de projeto compatível na UCC__</p> <p>d) Projeto atribuído a outra UF__</p> <p>e) Outra. Qual?_____</p>
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								

			Grau de adequabilidade do indicador					
Tipo	Nº /nome do Indicador	Crítérios de Inclusão	1	2	3	4	5	Se responder negativamente (1 ou 2), por favor diga, na sua opinião qual ou quais as razões da inadequabilidade (coloque x à frente da frase mais pertinente).
Acesso ECCI	<b>UCC 16-</b> Taxa de ocupação da ECCI	<b>Numerador-</b> Nº de pessoas admitidas no programa ECCI no período em análise. <b>Denominador-</b> Nº de pessoas definidas no compromisso assistencial no programa ECCI, no período em análise.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados___ b) Indicador muito ambicioso___ c) Inexistência de projeto compatível na UCC___ d) Projeto atribuído a outra UF___ e) Outra. Qual?_____
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								
Acesso ECCI	<b>UCC 17-</b> Percentagem de pessoas com intervenção interdisciplinar em visita domiciliária nas primeiras 48h após admissão na ECCI	<b>Numerador-</b> Nº de pessoas com pelo menos um contato no local domicílio, no serviço UCC com o programa ECCI associado, com pelo menos uma intervenção- Avaliar de forma interdisciplinar a pessoa documentada, nas primeiras 48 horas após admissão no programa ECCI. É contabilizada a data/hora referente do contato e não a data/hora do registo. <b>Denominador-</b> Nº de pessoas admitidas na ECCI no período em análise.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados___ b) Indicador muito ambicioso___ c) Inexistência de projeto compatível na UCC___ d) Projeto atribuído a outra UF___ e) Outra. Qual?_____
Proponha alteração do indicador anterior								
Acesso ECCI	<b>UCC 18-</b> Percentagem de pessoas com necessidade em cuidados paliativos, admitidas no programa ECCI.	<b>Numerador-</b> Nº de pessoas com necessidade em cuidados paliativos, admitidas no programa ECCI e no serviço UCC, no período em análise. <b>Denominador-</b> Nº de pessoas admitidas no programa ECCI no período em análise.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados___ b) Indicador muito ambicioso___ c) Inexistência de projeto compatível na UCC___ d) Projeto atribuído a outra UF___ e) Outra. Qual?_____
Proponha alteração do indicador anterior								

Tipo	Nº /nome do Indicador	Critérios de Inclusão	Grau de adequabilidade do indicador				
			1	2	3	4	5
Produtividade PNSE	<b>UCC 19-</b> Percentagem de crianças e jovens por nível de ensino, que foram alvo de intervenção no PNSE.	<b>Numerador-</b> Nº de crianças e jovens por nível de ensino, que foram alvo de uma intervenção associada ao PNSE (Programa Nacional de Saúde Escolar). <b>Denominador-</b> Nº de crianças e jovens integradas nas escolas na área geográfica de abrangência da UCC, no período em análise.					Se responder negativamente (1ou 2), por favor diga, na sua opinião qual ou quais as razões da inadequabilidade (coloque x à frente da frase mais pertinente). a) Falta de Sistemas de Informação adequados__ b) Indicador muito ambicioso____ c) Inexistência de projeto compatível na UCC__ d) Projeto atribuído a outra UF__ e) Outra. Qual?_____
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)							
Efetividade	<b>UCC 20-</b> Percentagem de crianças e jovens com NSE, que foram alvo de intervenção pela ESE.	<b>Numerador</b> - Nº de crianças e jovens com NSE que foram alvo de intervenção da Equipa de Saúde Escolar (ESE). <b>Denominador</b> - Nº de crianças e referenciadas com necessidade de saúde especiais (NSE).					a) Falta de Sistemas de Informação adequados__ b) Indicador muito ambicioso____ c) Inexistência de projeto compatível na UCC__ d) Projeto atribuído a outra UF__ e) Outra. Qual?_____
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)							
Qualidade Técnico Científica PNSE	<b>UCC 21-</b> Percentagem de alunos com 6 anos que apresentam diminuição do percentil de Índice de Massa Corporal (IMC) e que no início do programa tinham IMC superior ou igual a 85.	<b>Numerador</b> - Nº de alunos que completaram 6 anos até 31 de dezembro do ano em avaliação (ultimo ano do ano letivo), com diminuição do percentil de IMC, com pelo menos 2 anos em PNSE e que apresentavam um percentil de IMC superior ou igual a 85 no início do programa. <b>Denominador</b> - Nº de alunos que completaram 6 anos até 31 de dezembro do ano em avaliação, que apresentavam um percentil de IMC superior ou igual a 85 no início do programa e pelo menos com 2 anos em PNSE.					a) Falta de Sistemas de Informação adequados__ b) Indicador muito ambicioso____ c) Inexistência de projeto compatível na UCC__ d) Projeto atribuído a outra UF__ e) Outra. Qual?_____
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)							

Tipo	Nº /nome do Indicador	Critérios de Inclusão	Grau de adequabilidade do indicador					Se responder negativamente (1 ou 2), por favor diga, na sua opinião qual ou quais as razões da inadequabilidade (coloque x à frente da frase mais pertinente).
			1	2	3	4	5	
Qualidade Técnico Científica PNSE	<b>UCC 22-</b> Percentagem de alunos com 10 anos que apresentam diminuição do percentil de Índice de Massa Corporal (IMC) e que no início do programa tinham IMC superior ou igual a 85.	<b>Numerador-</b> Nº de alunos que completaram 10 anos até 31 de dezembro do ano em avaliação (último ano do ano letivo), com diminuição do percentil de IMC, com pelo menos 2 anos em PNSE e que apresentavam um percentil de IMC superior ou igual a 85 no início do programa.  <b>Denominador-</b> Nº de alunos que completaram 10 anos até 31 de dezembro do ano em avaliação, que apresentavam um percentil de IMC superior ou igual a 85 no início do programa e pelo menos com 2 anos em PNSE.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados___ b) Indicador muito ambicioso_____ c) Inexistência de projeto compatível na UCC___ d) Projeto atribuído a outra UF___ e) Outra. Qual?_____
Proposta alteração do indicador anterior (opcional)								
Acessibilidade PNSE	<b>UCC 23-</b> Percentagem de elementos da comunidade educativa com intervenção por tema (x), no PNSE.	Identificação de pelo menos um tema.  <b>Numerador</b> - Nº de elementos da comunidade educativa com intervenção por tema (x), no PNSE e no serviço UCC, no período em análise.  <b>Denominador-</b> Nº de elementos da comunidade educativa em PNSE e no serviço UCC, no período em análise.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados___ b) Indicador muito ambicioso_____ c) Inexistência de projeto compatível na UCC___ d) Projeto atribuído a outra UF___ e) Outra. Qual?_____
Proposta alteração do indicador anterior (opcional)								

Tipo	Nº /nome do Indicador	Critérios de Inclusão	Grau de adequabilidade do indicador					Se responder negativamente (1 ou 2), por favor diga, na sua opinião qual ou quais as razões da inadequabilidade (coloque x à frente da frase mais pertinente).
			1	2	3	4	5	
Acessibilidade PNSE	<b>UCC 24</b> - Percentagem de alunos consumidores de tabaco com plano de Intervenção Interdisciplinar (PII) em curso.	<b>Numerador</b> - Nº de alunos com o diagnóstico de enfermagem – Uso de tabaco presente, com pelo menos: - 3 intervenções: Avaliar de forma Interdisciplinar a pessoa; - Uma intervenção: Monitorizar uso de tabaco; - Mais uma intervenção enunciada para a resolução do diagnóstico; Todas realizadas no serviço UCC no âmbito do PNSE, no período em análise. <b>Denominador</b> - Nº de alunos no serviço de UCC, em PNSE, com o diagnóstico de enfermagem – Uso de tabaco presente, no período em análise.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados___ b) Indicador muito ambicioso___ c) Inexistência de projeto compatível na UCC___ d) Projeto atribuído a outra UF___ e) Outra. Qual? _____
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								
Qualidade Técnico Científica PNSE	<b>UCC 25</b> - Percentagem de alunos da comunidade escolar com Exame Global de saúde (EGS) realizado aos 6 anos.	<b>Numerador</b> -Nº de alunos que completaram 6 anos até 31 de dezembro do ano letivo em avaliação (ultimo ano do ano letivo), com EGS realizado. <b>Denominador</b> - Nº de alunos que completaram 6 anos até 31 de dezembro, no período em análise.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados___ b) Indicador muito ambicioso___ c) Inexistência de projeto compatível na UCC___ d) Projeto atribuído a outra UF___ e) Outra. Qual? _____
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								

Tipo	Nº/nome do Indicador	Critérios de Inclusão	Grau de adequabilidade do indicador					Se responder negativamente (1 ou 2), por favor diga, na sua opinião qual ou quais as razões da inadequabilidade (coloque x à frente da frase mais pertinente).
			1	2	3	4	5	
Qualidade Técnico Científica PNSE	<b>UCC 26-</b> Percentagem de alunos da comunidade escolar com Exame Global de saúde (EGS) realizado aos 13 anos.	<b>Numerador-</b> Nº de alunos que completaram 13 anos até 31 de dezembro do ano letivo em avaliação (último ano do ano letivo), com EGS realizado  <b>Denominador-</b> Nº de alunos que completaram 13 anos até 31 de dezembro, no período em análise.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados___ b) Indicador muito ambicioso___ c) Inexistência de projeto compatível na UCC___ d) Projeto atribuído a outra UF___ e) Outra. Qual?_____
Proponha alteração indicador anterior (opcional)								
Qualidade Técnico Científica PNSE	<b>UCC 27-</b> Percentagem de alunos da comunidade escolar com Plano Nacional de Vacinação (PNV) atualizado aos 6 anos.	<b>Numerador-</b> Nº de alunos que completaram 7 anos até 31 de dezembro do ano em avaliação (último ano do ano letivo), com PNV atualizado.  <b>Denominador-</b> Nº de alunos que completaram 7 anos até 31 de dezembro, no período em análise.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados___ b) Indicador muito ambicioso___ c) Inexistência de projeto compatível na UCC___ d) Projeto atribuído a outra UF___ e) Outra. Qual?_____
Proponha alteração indicador anterior (opcional)								
Qualidade Técnico Científica PNSE	<b>UCC 28-</b> Percentagem de alunos da comunidade escolar com Plano Nacional de Vacinação (PNV) atualizado aos 13 anos.	<b>Numerador-</b> Nº de alunos que completam 14 anos até 31 de dezembro do ano em avaliação (último ano do ano letivo), com PNV atualizado.  <b>Denominador-</b> Nº de alunos que completaram 14 anos até 31 de dezembro, no período em análise.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados___ b) Indicador muito ambicioso___ c) Inexistência de projeto compatível na UCC___ d) Projeto atribuído a outra UF___ e) Outra. Qual?_____
Proponha alteração indicador anterior								

Tipo	Nº /nome do Indicador	Critérios de Inclusão	Grau de adequabilidade do indicador					Se responder negativamente (1ou 2), por favor diga, na sua opinião qual ou quais as razões da inadequabilidade (coloque x à frente da frase mais pertinente).
			1	2	3	4	5	
Qualidade Técnico Científica PNSE	<b>UCC 29</b> - Percentagem de profissionais (professores, educadores e auxiliares de ação educativa) da comunidade escolar com Plano Nacional de Vacinação (PNV) atualizado.	<b>Numerador</b> - Nº de profissionais da comunidade escolar com PNV atualizado. <b>Denominador</b> - Nº de profissionais da comunidade escolar, no período em análise						a) Falta de Sistemas de Informação adequados___ b) Indicador muito ambicioso___ c) Inexistência de projeto compatível na UCC___ d) Projeto atribuído a outra UF___ e) Outra. Qual?_____
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								
Acesso PPP	<b>UCC 30</b> - Percentagem de Grávidas/ Casais Grávidos que frequentaram o Curso de Preparação para a parentalidade na UCC.	<b>Numerador</b> - Nº de grávidas com pelo menos 12 contatos no serviço UCC, no Programa de Preparação para a Parentalidade, com pelo menos uma intervenção documentada no período em análise. <b>Denominador</b> - Nº de grávidas da área de abrangência UCC, no período em análise.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados___ b) Indicador muito ambicioso___ c) Inexistência de projeto compatível na UCC___ d) Projeto atribuído a outra UF___ e) Outra. Qual?_____
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								

Tipo	Nº /nome do Indicador	Critérios de Inclusão	Grau de adequabilidade do indicador					Se responder negativamente (1ou 2), por favor diga, na sua opinião qual ou quais as razões da inadequabilidade (coloque x à frente da frase mais pertinente).
			1	2	3	4	5	
Acesso	<b>UCC 31-</b> Percentagem de famílias de risco com Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF), no âmbito do Programa de Intervenção Precoce (PIP).	<b>Numerador-</b> Nº de casos de famílias acompanhadas no programa PIP, com PIAF, no serviço UCC, com pelo menos uma intervenção documentada em cada contato. <b>Denominador-</b> Nº de casos de famílias referenciadas para o PIP, no serviço UCC, no período em análise.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados___ b) Indicador muito ambicioso___ c) Inexistência de projeto compatível na UCC___ d) Projeto atribuído a outra UF___ e) Outra. Qual?_____
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								
Acesso	<b>UCC 32-</b> Percentagem de casos acompanhados com Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF), no Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), no serviço UCC.	<b>Numerador-</b> Nº de famílias acompanhadas no programa NACJR com PIAF, no serviço UCC, com pelo menos uma intervenção documentada no período em análise. <b>Denominador-</b> Nº de famílias acompanhadas no programa NACJR, no período em análise.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados___ b) Indicador muito ambicioso___ c) Inexistência de projeto compatível na UCC___ d) Projeto atribuído a outra UF___ e) Outra. Qual?_____
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								

Tipo	Nº /nome do Indicador	Critérios de Inclusão	Grau de adequabilidade do indicador					Se responder negativamente (1 ou 2), por favor diga, na sua opinião qual ou quais as razões da inadequabilidade (coloque x à frente da frase mais pertinente).
			1	2	3	4	5	
Acesso	<b>UCC 33-</b> Percentagem Crianças e Jovens /Famílias acompanhadas, no âmbito da CPCJ, no serviço UCC.	<b>Numerador-</b> Nº de crianças e jovens com pelo menos um contato no programa CPCJ, no período em análise. <b>Denominador-</b> Nº de crianças e jovens em programa CPCJ, no período em análise.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados___ b) Indicador muito ambicioso____ c) Inexistência de projeto compatível na UCC___ d) Projeto atribuído a outra UF___ e) Outra. Qual? _____
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								
Qualidade Técnico Científica	<b>UCC 34</b> - Taxa de resolução do Papel Parental Inadequado por programa (PIP, NACJR e CPCJ).	<b>Numerador-</b> Nº de crianças /jovens admitidas por programa (PIP, NACJR e CPCJ) na UCC, num determinado período de tempo, em que foi documentado o diagnóstico de enfermagem: – <u>Papel parental adequada</u> , com data posterior à data de início do diagnóstico de enfermagem – <u>Papel parental não adequada</u> , e que exista pelo menos uma intervenção realizada, que contribua para a resolução do diagnóstico.  <b>Denominador-</b> Nº de crianças /jovens admitidas por programa (programa de intervenção precoce (PIP, NACJR e CPCJ), na UCC, a quem foi documentado o diagnóstico de enfermagem: – <u>Papel parental inadequado</u> , no período em análise.						a) Falta de Sistemas de Informação adequados___ b) Indicador muito ambicioso____ c) Inexistência de projeto compatível na UCC___ d) Projeto atribuído a outra UF___ e) Outra. Qual? _____
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								

Tipo	Nº /nome do Indicador	Critérios de Inclusão	Grau de adequabilidade do indicador					
			1	2	3	4	5	
Acesso	UCC 35 - Percentagem de pessoas que cumpriram o acordo de inserção na área da saúde, no âmbito do Rendimento Social de Inserção (RSI).	<p><b>Numerador-</b> Nº de beneficiários do RSI que cumpriram os acordos de inserção na área da saúde.</p> <p><b>Denominador-</b> Nº de pessoas inscritas no programa RSI com acordos de inserção da saúde, no período em análise.</p>						Se responder negativamente (1 ou 2), por favor diga, na sua opinião qual ou quais as razões da inadequabilidade (coloque x à frente da frase mais pertinente).
Proponha alteração do indicador anterior (opcional)								a) Falta de Sistemas de Informação adequados__ b) Indicador muito ambicioso____ c) Inexistência de projeto compatível na UCC__ d) Projeto atribuído a outra UF____ e) Outra. Qual?_____

Grupo III (opcional)

Tendo por base os projetos implementados e carteira de serviços da UCC que coordena, solicitamos que sugira dois novos indicadores, que sejam uteis para a sua UCC.

<b>Tipo</b>	<b>Nome do Indicador</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Crêterios de Inclusão</b>	<b>Opcional</b>
			<b>Numerador</b> <b>Denominador-</b>	
			<b>Numerador</b> <b>Denominador-</b>	

**Anexo II- Autorizações de Organismos  
de Saúde para aplicação do questionário**

Exma. Sr.ª Enf.ª

Elsa Esteves da Silva Maia

[emaia@acescentral.min-saude.pt](mailto:emaia@acescentral.min-saude.pt)

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		21885/CES/2012	27-11-2012

**Assunto: “Indicadores de Desempenho das UCC’S – Grau de adequabilidade”.**

**Parecer 062/CES/INV/2012 da Comissão de Ética – Secção de Investigação**

O Projecto com a designação “Indicadores de Desempenho das UCC’S – Grau de adequabilidade”, foi sujeito à apreciação da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT (Secção de Investigação) na sua reunião de 23-11-2012, tendo merecido o seguinte Parecer favorável.

#### **Parecer**

*Este estudo destina-se a avaliar a adequabilidade dos indicadores de desempenho das UCCs propostos no documento de trabalho do grupo missão dos CSP (2010), face às carteiras de serviços em desenvolvimento nas UCC nacionais.*

*Os resultados deste estudo poderão contribuir para se colher informação e conhecimento sobre a qualidade dos cuidados prestados nas UCC e poderá ser um contributo para a aquisição de novo conhecimento, potencialmente generalizável*

*Foram solicitadas informações relativas aos materiais e métodos do estudo, às variáveis em análise e ao plano de análise estatística. Foi requerida ainda a investigadora que explicitasse a forma como pretendia garantir a confidencialidade dos dados pessoais dos participantes e a reformulação do cronograma.*

*A investigadora reformulou o protocolo de investigação procurando responder, de uma forma genérica, às objecções colocadas.*

*O estudo tem potencial e pode, como se disse, constituir fonte de novo conhecimento com interesse para o desenvolvimento dos indicadores de Cuidados Continuados, e por essa razão, pode considerar-se que pode prover informação com aplicação nacional e, portanto, generalizável. Nestas circunstâncias, propomos a emissão de um parecer favorável.*

*Conflito de interesses: não identificados*

*O Parecer foi aprovado por unanimidade.*

O Conselho Directivo, atento ao teor do Parecer emitido por aquela Comissão, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo



Luís Plisco



*Caraca da - 11*  
CONSELHO DIRECTIVO 2012/12/14  
O Presidente: José Afonso Robalo  
O Vogal: António Marcelino Greca Lopes  
A Vogal: Paula Ribeiro Marques

Parer N.º 08/2012/CES

Sobre o estudo "Adequabilidade dos Indicadores de Desempenho das UCC's – Opinião dos Coordenadores"

#### A – RELATÓRIO

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) deu início ao Processo n.º 08/2012/CES, em 06/11/2012, com base no pedido formulado a esta CES por correio electrónico, em 14/10/2012, pela investigadora Elsa Inês Esteves da Silva Maia, aluna do Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, na Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, no âmbito da Dissertação de Mestrado, sob a orientação da Professora Doutora Carla Alexandra Filipe Amado e Co-orientação do Dr. José Carlos Capucho Queimado.

A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos: pedido de autorização para aplicação de um questionário por correio electrónico aos enfermeiros coordenadores de todas as UCC's integradas na ARS Alentejo; protocolo de investigação; questionário; declaração de compromisso da investigadora de entrega dos resultados a esta CES; declaração da orientadora e do co-orientador; Currículo Vitae da investigadora.

#### A.3. Resumo da documentação

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com métodos de análise qualitativa e quantitativa dos dados. Este estudo pretende analisar a adequabilidade dos indicadores de desempenho das UCC's propostos no documento de trabalho do grupo missão dos CSP (2010), face às carreiras de serviços em desenvolvimento nas UCC's nacionais. A população alvo consiste em todos os coordenadores de 185 UCC's nacionais em atividade. O tipo de amostragem é por conveniência e constituída por todos os coordenadores de UCC's que respondam ao questionário via e-mail, após convite e acompanhado de um texto informativo, contendo o tipo de estudo, objectivos, métodos, riscos e benefícios esperados, assegurando a participação de carácter voluntário com a possibilidade de abandono da investigação sem qualquer penalização e sem obrigatoriedade de justificação. É ainda salvaguardado pela investigadora o direito dos coordenadores das UCC's participantes à informação sobre o eventual novo conhecimento gerado pela investigação. No contexto da apreciação dos documentos enviados pela investigadora a esta CES, foram solicitados diversos esclarecimentos no sentido de completar a documentação e todos foram respondidos.

#### B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1. Trata-se de um estudo com relevância, pertinência e interesse científico nos métodos empregados, a especifica a qual estes poderão contribuir para a produção de um benefício



adequabilidade dos indicadores de desempenho das UCC's a nível nacional. Apresenta os requisitos básicos duma metodologia cientificamente correta o que salvaguarda aspectos éticos fundamentais. O custo da investigação é totalmente suportado pela investigadora

B.2. Considera-se conveniente que a investigadora obtenha autorização por parte desta ARS para realização do estudo e respectiva recolha dos dados.

### C – CONCLUSÃO

Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo.

Aprovado em reunião do dia 04 de Dezembro de 2012, por unanimidade.

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Alentejo

Susana Teixeira



Exma. Senhora  
Dra. Elsa Inês Esteves Silva Maia

[emaia@acescentral.min-saude.pt](mailto:emaia@acescentral.min-saude.pt)

003359 '13 02-04 09:22

Sua referência

Data

Nossa referência

Data

ASSUNTO: Adequabilidade dos indicadores de desempenho das UCCs – opinião dos Coordenadores

Serve o presente para informar V. Ex<sup>a</sup>., que o Conselho Directivo da ARS Centro, I.P., deliberou homologar o parecer emitido pela Comissão de Ética para a Saúde (CES), que seguidamente se transcreve:

**PARECER FINAL:** *Assumindo que o cronograma (especificamente no que se refere à recolha de dados) será revisto em função da data do presente parecer, esta Comissão dá o seu parecer **favorável** à realização do estudo.*

*Recomenda-se no entanto que, ao receber o email com o questionário respondido em anexo, esse questionário seja copiado para uma pasta específica e o mail de imediato apagado, de forma a que não possa ser associado o questionário ao seu respondente.*

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho Directivo da ARSC, I.P.

(Dr. José Manuel Azenha Tereso)

AL

Até ao ponto "Parecer" e "Recomendações". Em todo o caso, não se deve esquecer de um resumo.



2711'12 015775

Exmª Senhora  
Enf.ª Elsa Inês Esteves da Silva Maia  
Urbanização Quinta João de Ourém Lote 62  
8700 – Quelfes Olhão

Sua Referência

Seu Fax

Nossa Referência  
277/12 D.S.P.P.  
26-11-2012

**ASSUNTO:** Pedido de autorização para aplicação de questionário para dissertação de mestrado subordinado ao tema “Adequabilidade dos Indicadores de desempenho das UCCs – Opinião dos Coordenadores”

Serve o presente para informar que atendendo ao parecer favorável da Comissão de Ética, foi autorizado a recolha de dados para o estudo em referência.

Solicita-se o envio a esta ARS de um exemplar do trabalho com os resultados.

Com os melhores cumprimentos,

  
Dr.ª Ana Costa  
Vogal do Conselho Directivo  
ARS Algarve, I.P.

## AUTORIZAÇÃO DA ARS NORTE

**De:** Celeste Maria G M Meireles Pinto [celeste.pinto@arsnorte.min-saude.pt]

**Enviado:** quinta-feira, 11 de Outubro de 2012 10:58

**Para:** Elsa Maia

**Cc:** Enf<sup>a</sup> Dulce Sousa (VCC)

**Assunto:** RE: FW: Indicadores de desempenho das UCC

Bom dia, Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>o</sup> Elsa,

No decorrer do seu pedido para a implementação do questionário anexo, aos coordenadores das UCC da ARSN, tendo em conta a sua pertinência e a tentativa de perceber as dificuldades encontradas no terreno para que se possa encontrar soluções, que o questionário é dirigido aos profissionais, não se encontrando nenhum aspeto que levante questões de ordem ética, é autorizado a sua aplicação.

Melhores cumprimentos,

**Celeste Pinto**

ARS Norte

Assessoria dos CSP

.

**De:** Elsa Maia [<mailto:emaia@acescentral.min-saude.pt>]

**Enviada:** segunda-feira, 8 de Outubro de 2012 23:12

**Para:** Celeste Maria G M Meireles Pinto

**Assunto:** FW: FW: Indicadores de desempenho das UCCs

Bom dia

Exma. Sra. Enfermeira Celeste Pinto,

Na sequência do contato telefónico e do email reencaminhado pela Sra. Enfermeira Dulce Sousa, envio o referido questionário, solicitando a autorização da ARS Norte para a aplicação do questionário em anexo aos coordenadores das UCC dessa ARS. A pertinência do tema em estudo, está demonstrada no questionário e email de solicitação de colaboração enviado aos coordenadores que se encontra abaixo.

Agradeço muito a disponibilidade, compreensão e colaboração demonstrada no contato telefónico. Lamento algum constrangimento que possa ter ocorrido, pois já enviei emails aos Coordenadores (seguí orientações que me deram, no sentido de não ser necessário por ser a opinião de colegas).

Encontro-me disponível para apresentar os documentos que considerar necessários.

Aguardo resposta.

Com os melhores cumprimentos.

**Elsa Maia**

---

**De:** Dulce Sousa [dulcemagsousa@gmail.com]  
**Enviado:** segunda-feira, 8 de Outubro de 2012 12:30  
**Para:** Elsa Maia

**Assunto:** Re: FW: Indicadores de desempenho das UCC

Bom Enfermeira Elsa

Como deve calcular tudo o que possa ser feito em prol das UCC é uma mais-valia para todos. Para respondermos ao seu questionário temos que ter a certeza que tudo esta a ser feito de forma correta, para isso é necessário a informação da nossa ARS para tal pode contactar a sra enfermeira Celeste Pinto assessora para os cuidados de saúde primários.

Atentamente  
Dulce Sousa

No dia 08/10/2012 03:15, "Elsa Maia" <[emaia@acescentral.min-saude.pt](mailto:emaia@acescentral.min-saude.pt)> escreveu:

Bom dia

Caro Coordenador (a)

Chamo-me Elsa Inês Esteves da Silva Maia, sou enfermeira e encontro-me a frequentar o 2º ano do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, e propus-me a efetuar um trabalho de investigação a nível nacional, que tenha interesse prático no âmbito das UCC.

Pretende-se estudar os indicadores de desempenho propostos a nível nacional para a contratualização interna das UCC. Escolhemos essa unidade como foco do nosso estudo, por ser uma unidade criada com a atual reforma dos CSP (Cuidados de Saúde Primários), por apresentar um curto histórico de funcionamento e enfrentar múltiplos desafios, quer ao nível da afirmação da sua missão no contexto comunitário quer ao nível da contratualização.

Atualmente, parecem existir diversos obstáculos a nível nacional, para a implementação e desenvolvimento da contratualização dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) com as UCC. Esses obstáculos são de diversa natureza e não tem surgido por parte da tutela muita disponibilidade para os resolver (como é do vosso conhecimento), ao longo deste dois anos.

Neste contexto parece-nos pertinente, estudar esta área acrescentando conhecimento científico, na tentativa de encontrar alternativas viáveis para que, à semelhança do que aconteceu nas USF, os indicadores sejam adaptados aos estádios de desenvolvimento das equipas e às necessidades das comunidades em que estão inseridas. Assim este estudo tem como objetivo geral:

- Analisar a adequabilidade dos indicadores de desempenho das UCC propostos no documento de trabalho do Grupo Missão dos CSP (2010), face às carteiras de serviços em desenvolvimento nas UCC nacionais.

Os objetivos específicos estão descritos no questionário em anexo. Contudo para tentar captar a vossa atenção e colaboração, refiro que pretendo apresentar (caso obtenha uma amostra significativa de respostas) o resultado do estudo a todos os coordenadores que me enviem o questionário e ao Ministério da Saúde (MS). Comprometo-me também a apresentar ao MS os novos indicadores emergidos da análise da opinião dos Coordenadores das UCC (não contempladas no documento do Ex grupo Missão).

Pelo exposto a sua colaboração é imprescindível, para tornar possível esta pesquisa, agradecemos que responda a todas as questões com o máximo de rigor. O questionário em anexo divide-se em duas partes, sendo a primeira parte sobre a caracterização da UCC e a segunda parte relativa ao tema do estudo (não se desmotive com o tamanho do questionário, a formulação de novos indicadores nos quadros vazios do grupo

II e III, é opcional, sendo imprescindível responder à escala de likert de cada indicador). Gostaríamos de recolher o máximo de opiniões de novos indicadores, na tentativa de enriquecer este trabalho e conseguir propor à tutela indicadores nacionais mais adaptados à missão das UCC de todo o país. Agradecemos desde já o vosso empenho e disponibilidade e solicitamos que me reenviem o questionário o mais breve possível.

Proponho que me reenviem o questionário preenchido informaticamente em word, não é necessário se preocuparem com formatações, de preferência escrevam numa cor diferente, para melhor visualizar. Se preferir imprimir o questionário e escrever manualmente, pode enviar pelo correio para: Elsa Maia- Centro de Saúde de Olhão- Rua Antero Nobre - 8700 Olhão.

Qualquer duvida poderá contatar-me pessoalmente – telemóvel: 961783459 ou para este email ou ainda para [elsa-maia@hotmail.com](mailto:elsa-maia@hotmail.com)

Agradecemos a colaboração.

Cumprimentos

**Elsa Maia**

De: Maria Luiza Lopes  
 Para: Sr.º Enf.º Director- Dr. António Miranda  
 C/C:

*ACTA 29/2013  
 De 31*

ASSUNTO: " Adequabilidade dos Indicadores de Desempenho das UCC'S- Opinião dos Coordenadores".

PARECER	DESPACHO/DELIBERAÇÃO
<p>____/____/____</p>	<p><i>O CA delibera autorizar.</i></p> <p><i>Informe-se os emmerados na presente via formal (Part 7)</i></p> <p><i>25/7/2013</i></p> <p>O Conselho de Administração</p> <p>Dorinda Calha</p> <p>José Carlos Freixinho</p> <p><del>Joaquim Araújo</del></p> <p>Jorge F. Gomes</p> <p>António José Chaves Miranda</p> <p><i>Az</i></p>

A mestranda Elsa Inês Esteves da Silva Maia, a frequentar o curso de mestrado em Gestão de Unidades de Saúde na Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, solicitou autorização para aplicação de questionários no âmbito da sua dissertação de mestrado.

Para o efeito, juntou projecto final do trabalho, bem como o guião dos questionários a aplicar.

Assim, cumpre apreciar:

1- Enquadramento

O presente trabalho como refere a mestranda, tem o seu enquadramento na Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, recentemente operada, sendo que nesta sequência foram criadas várias unidades de saúde, constituindo a Unidade de Cuidados na Comunidade, um enorme desafio, quer ao nível da sua missão, quer ao nível da contratualização.

Atendendo ao Despacho n.º 10143/2009, de 16 de Abril, que definiu as actividades a contratualizar entre as UCC'S e os ACES, é pois premente aferir da adequabilidade dos indicadores de desempenho destas unidades.

2- Objectivos

2.1- Objectivo Geral

Analisar a adequabilidade dos indicadores de desempenho das UCC'S propostos no documento de trabalho Unidade de Missão dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), face às carteiras de serviços em desenvolvimento nas UCC'S nacionais.

2.2- Objectivos específicos

*[Handwritten signature]*



- Conhecer os projectos em desenvolvimento nas UCC'S estudadas através de um questionário aos coordenadores;
- Relacionar as carteiras de serviço desenvolvidas pelas UCC'S com a carteira de serviços prioritária, definida pelo Despacho n.º 10143/2009, de 16 de Abril, que regulamenta a Organização e Funcionamento das UCC'S.
- Avaliar a adequabilidade dos indicadores de desempenho propostos pela Missão dos CSP (MCSP), para a contratualização entre os ACES e as UCC'S, através de questionários aos coordenadores.
- Apresentar novas propostas de indicadores, emergidas da análise das carteiras de serviço das UCC'S, não contempladas no documento produzido pela MCSP que os coordenadores considerem pertinentes.

### 3- População

A população alvo, serão todos os coordenadores das UCC'S nacionais em actividade, que em Outubro de 2012 eram em número de 186. A dimensão da amostra é constituída por todos os coordenadores que responderem ao questionário.

### 4- Tipo de Estudo

O estudo é exploratório e descritivo.

### 5- Instrumento e Técnica de Recolha de Dados

O instrumento de colheita de dados é a aplicação de questionários a todos os coordenadores das UCC'S nacionais.

### 6- Tratamento e Análise dos Dados

O tratamento e análise dos dados, terá uma abordagem qualitativa e quantitativa. A análise do questionário será efectuada de acordo com uma análise de conteúdo e comparações, análises descritivas, quadros e gráficos.

### 7- Análise

A Comissão de Ética em reunião, procedeu à análise de toda a documentação e metodologia a aplicar no presente estudo e deliberou o seguinte:

A temática do presente projecto, bem como os seus objectivos, encontram-se justificados pela importância de aferir se a reforma dos Cuidados de Saúde Primários, como alicerce do Sistema Nacional de Saúde(SNS), se constituiu num interesse convergente entre utentes e SNS, indo de encontro às necessidades da população em geral.

As UCC'S porque se destinam a fomentar a proximidade entre os cuidados de saúde e a população, poder-se-á constituir como um referencial neste processo de mudança. Daí que a adequabilidades dos indicadores de desempenho assumam particular importância neste contexto, já que os mesmos irão condicionar todo o processo de contratualização, tanto interna, como externa.

Neste quadro, os objectivos específicos deste estudo, sobretudo, a apresentação de novas propostas de indicadores, emergidas da análise das carteiras de serviço das UCC'S, não contempladas no documento produzido pela MCSP que os coordenadores considerem pertinentes, parece-nos constituir uma mais valia, podendo até ser aproveitado para a ULSNA.

Nesta sequência, a Comissão de Ética, por que se encontram reunidos e descritos de forma clara e objectiva todos os passos estruturantes do projecto, e porque a metodologia não viola a ética e a legalidade, a que acresce a importância e actualidade do estudo, delibera emitir parecer favorável e, consequentemente propõe que seja autorizada a recolha de informação através da aplicação de questionários aos coordenadores das UCC'S da ULSNA,



E.P.E., sendo este instrumento necessário à execução tese de dissertação de mestrado subordinado ao tema:  
"Adequabilidade dos Indicadores de Desempenho das UCC'S- Opinião dos Coordenadores."

A decisão que recair sobre a presente informação, deverá ser notificada:

- À Mestranda;
- À Sr.ª Directora Executiva do ACES e Conselho Clínico;
- Aos Coordenadores das UCC'S;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

pe

A Comissão de Ética para a Saúde da ULSNA, E.P.E.

  
**MARIA LUÍZA LOPES**  
responsável do Serviço  
Jurídico e Contencioso

Anexo: Anteprojecto do estudo e requerimento.

## Autorização da ULS Nordeste

Cara Colega,

Após análise do documento enviado, entendo que não se colocam questões de ordem ética, tendo por isso autorização para aplicação do questionário.

Dada a pertinência e relevância do estudo solícito apenas que após a sua conclusão, nos seja enviada um exemplar do mesmo.

Bom trabalho e votos de Boas Festas também para si!

Com os melhores cumprimentos,

Ângela M<sup>a</sup> Meireles Moás Prior

Enfermeira Diretora da ULSNE

Av. Abade de Baçal

5301- 852 Bragança

**De:** Elsa Maia [mailto:emaia@acescentral.min-saude.pt]

**Enviada:** segunda-feira, 17 de Dezembro de 2012 12:24

**Para:** Direção Enfermagem ULSNE

**Assunto:** FW: FW: Indicadores de desempenho das UCC

Bom dia

Exma. Sra. Enfermeira Ângela Prior,

Na sequência do contato telefónico, envio o referido questionário, solicitando a autorização da ULSNE, para a aplicação do questionário em anexo, aos coordenadores das UCC, dessa ULS. A pertinência do tema em estudo, está demonstrada no questionário e email de solicitação de colaboração enviado aos coordenadores que se encontra abaixo.

Agradeço muito a disponibilidade, compreensão e colaboração demonstrada no contato telefónico. Lamento algum constrangimento que possa ter ocorrido, pois já enviei emails aos Coordenadores (segui orientações que me deram, no sentido de não ser necessário por ser a opinião de colegas).

Encontro-me disponível para apresentar mais documentos que considerar necessários.

Aguardo resposta.

Com os melhores cumprimentos e votos de boas festas.

**Elsa Maia**

*Enfermeira Coordenadora*

*Telemovel- 961783459*

*Ucc Olhar+*

*Aces Central*

## AUTORIZAÇÃO DA ULS BAIXO ALENTEJO

**De:** Vitória Rodrigues - ULSBA [vitoria.rodrigues@ulsba.min-saude.pt]

**Enviado:** quarta-feira, 5 de Junho de 2013 17:31

**Para:** Elsa Maia

**Cc:** João Guerreiro - ULSBA; Cristina Alves - ULSBA

**Assunto:** Indicadores de desempenho das UCC/envio de resposta

Exma. Sra. Enfermeira Elsa Maia

Encarrega-me o Enfermeiro Diretor da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Sr. Enf<sup>o</sup>. João Guerreiro de informar V. Exa. que após parecer positivo da Comissão de Ética da ULSBA, EPE, está autorizada a aplicação do questionário, conforme solicitado.

Atenciosamente,

**Vitória Rodrigues**

**Secretariado do Conselho de Administração**

**Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE**

**ca@ulsba.min-saude.p**

**Telemóvel. 965.398.995/Telefone. 284.325.830/Fax.284.322.747**

**De:** Cristina Alves - ULSBA

**Enviada:** sexta-feira, 17 de Maio de 2013 16:08

**Para:** João Guerreiro - ULSBA

**Assunto:** FW: FW: Indicadores de desempenho das UCC

João

Gostava de saber se já tem o parecer da comissão de ética.

A colega já só tem até ao fim do mês para aplicar.

*Com os melhores cumprimentos*

*Enf. Cristina Palma*

Vogal de Enfermagem C.C. DACESBA

Gestora do aplicativo SAPE do DACESBA

Tel: 925648691 Tel: 935939101

**De:** Cristina Alves - ULSBA

**Enviada:** terça-feira, 12 de Fevereiro de 2013 13:33

**Para:** João Guerreiro - ULSBA

**Assunto:** FW: FW: Indicadores de desempenho das UCC

Enf João, solicito autorização para enviar questionário aos colegas

*Com os melhores cumprimentos*

*Enf. Cristina Palma*  
Vogal de Enfermagem C.C. DACESBA  
Gestora do aplicativo SAPE do DACESBA  
Tel: 925648691 Tel: 935939101  
[cristina.alves@ulsba.min-saude.pt](mailto:cristina.alves@ulsba.min-saude.pt)

**De:** Elsa Maia [<mailto:emaia@acescentral.min-saude.pt>]

**Enviada:** quinta-feira, 7 de Fevereiro de 2013 0:48

**Para:** Cristina Alves - ULSBA

**Assunto:** FW: FW: Indicadores de desempenho das UCC

Bom dia

Exma. Sra. Enfermeira Cristina Alves,

Na sequência da conversa nas Jornadas de Beja envio o referido questionário e reencaminho o email que enviei aos colegas em outubro (contudo houve alguns que não tinha o endereço), solicitando a autorização e colaboração da ULSBA, para a aplicação do questionário em anexo, aos coordenadores das UCC, dessa ULS mais informo que tenho já autorização e parecer da ARS Alentejo. A pertinência do tema em estudo, está demonstrada no questionário e email de solicitação de colaboração enviado aos coordenadores que se encontra abaixo.

Agradeço muito a disponibilidade, compreensão e colaboração demonstrada. Lamento algum constrangimento que possa ter ocorrido, pois já enviei emails aos Coordenadores (seguir orientações que me deram, no sentido de não ser necessário, por ser a opinião de colegas).

Encontro-me disponível para apresentar os documentos que considerar necessários.

Aguardo resposta.

Com os melhores cumprimentos.

**Elsa Maia**

*Enfermeira Coordenadora*

*Ucc Olhar+*

*Aces Central*

---

Bom dia

Caro Coordenador (a)

Chamo-me Elsa Inês Esteves da Silva Maia, sou enfermeira e encontro-me a frequentar o 2º ano do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, e propus-me a efetuar um trabalho de investigação a nível nacional, que tenha interesse prático no âmbito das UCC.

Pretende-se estudar os indicadores de desempenho propostos a nível nacional para a contratualização interna das UCC. Escolhemos essa unidade como foco do nosso estudo, por ser uma unidade criada com a atual reforma dos CSP (Cuidados de Saúde Primários), por apresentar um curto histórico de funcionamento e enfrentar múltiplos desafios, quer ao nível da afirmação da sua missão no contexto comunitário, quer ao nível da contratualização.

Atualmente, parecem existir diversos obstáculos a nível nacional, para a implementação e desenvolvimento da contratualização dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) com as UCC. Esses obstáculos são de diversa natureza e não tem surgido por parte da tutela muita disponibilidade para os resolver (como é do vosso conhecimento), ao longo deste dois anos.

Neste contexto

parece-nos pertinente, estudar esta área acrescentando conhecimento científico, na tentativa de encontrar alternativas viáveis para que, à semelhança do que aconteceu nas USF, os indicadores sejam adaptados aos estádios de desenvolvimento das equipas e às necessidades das comunidades em que estão inseridas. Assim este estudo tem como objetivo geral:

- Analisar a adequabilidade dos indicadores de desempenho das UCC propostos no documento de trabalho do Grupo Missão dos CSP (2010), face às carteiras de serviços em desenvolvimento nas UCC nacionais.

Os objetivos específicos estão descritos no questionário em anexo. Contudo para tentar captar a vossa atenção e colaboração, refiro que pretendo apresentar (caso obtenha uma amostra significativa de respostas) o resultado do estudo a todos os coordenadores que me enviem o questionário e ao Ministério da Saúde (MS). Comprometo-me também a apresentar ao MS os novos indicadores emergidos da análise da opinião dos coordenadores das UCC (não contempladas no documento do Ex grupo Missão).

Pelo exposto a sua colaboração é imprescindível, para tornar possível esta pesquisa, agradecemos que responda a todas as questões com o máximo de rigor. O questionário em anexo divide-se em duas partes, sendo a primeira parte sobre a caracterização da UCC e a segunda parte relativa ao tema do estudo (não se desmotive com o tamanho do questionário, a formulação de novos indicadores nos quadros vazios do grupo II e III, é opcional, sendo imprescindível responder à escala de likert de cada indicador). Gostaríamos de recolher o máximo de opiniões de novos indicadores, na tentativa de enriquecer este trabalho e conseguir propor à tutela indicadores nacionais mais adaptados à missão das UCC de todo o país. Agradecemos desde já o vosso empenho e disponibilidade e solicitamos que me reenviem o questionário o mais breve possível.

Proponho que me reenviem o questionário preenchido informaticamente em word, não é necessário se preocuparem com formatações, de preferência escrevam numa cor diferente, para melhor visualizar. Se preferir imprimir o questionário e escrever manualmente, pode enviar pelo correio para: Elsa Maia- Centro de Saúde de Olhão- Rua Antero Nobre - 8700 Olhão.

Qualquer duvida poderá contatar-me pessoalmente – telemóvel: 961783459 ou para este email ou ainda para [elsa-maia@hotmail.com](mailto:elsa-maia@hotmail.com)

Agradecemos a colaboração.

Cumprimentos

**Elsa Maia**

## AUTORIZAÇÃO DA ULS LITORAL ALENTEJANO

**De:** Maria De Jesus Bernardino Palminha Goncalves [maria.jesus.goncalves@ulsla.min-saude.pt]

**Enviado:** domingo, 23 de Junho de 2013 15:47

**Para:** Cristina Lima; Anabela Pereira; Maria Banza; Maria Ferreira; Judite Henriques

**Assunto:** FW: Pedido de autorização para a aplicação de questionários nas UCC

Sras. Enfermeiras Responsáveis das UCC

Agradecia a vossa colaboração para com esta colega que está a desenvolver um trabalho de investigação no contexto das UCC, como podem ler no texto abaixo. Este pedido apesar de já ter um parecer positivo da Comissão de Ética da ARSA ainda foi encaminhada para a nossa comissão, o que está a levar muito tempo e esta colega necessita urgentemente da nossa colaboração. Por isso respondam por favor ao questionário.

Obrigado

M<sup>a</sup> Jesus Gonçalves

**De:** Elsa Maia [mailto:emaia@acescentral.min-saude.pt]

**Enviada:** quinta-feira, 13 de Junho de 2013 12:23

**Para:** Conselho de Administração

**Assunto:** FW: Pedido de autorização para a aplicação de questionários nas UCCs

Exma. Sra. Enfermeira Diretora

Conforme contato telefónico, reencaminho o email enviado a 27 de maio.

Agradeço toda a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos.

**Elsa Maia**

*Enfermeira Coordenadora*

*Ucc Olhar+*

*Aces Central*

---

**De:** Elsa Maia

**Enviado:** segunda-feira, 27 de Maio de 2013 10:55

**Para:** [conselho.administracao@ulsla.min-saude.pt](mailto:conselho.administracao@ulsla.min-saude.pt)

**Assunto:** FW: Pedido de autorização para a aplicação de questionários nas UCCs

Exma. Sra. Presidente do Conselho de Administração da ULS Litoral Alentejano

Dra. Joaquina Matos

Chamo-me Elsa Inês Esteves da Silva Maia, sou enfermeira; encontro-me a frequentar o 2º ano do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, e propus-me a efetuar um trabalho de investigação a nível nacional no âmbito das UCC. Assim, venho por este meio

solicitar a vossa excelência autorização para aplicar o questionário a todas as UCC pertencentes à ULS do Litoral Alentejano.

Pretendemos estudar os indicadores de desempenho propostos a nível nacional para a contratualização interna das UCC. Escolhemos essa unidade como foco do nosso estudo, por ser uma unidade criada com a atual reforma dos CSP (Cuidados de Saúde Primários), por apresentar um curto histórico de funcionamento e enfrentar múltiplos desafios, quer ao nível da afirmação da sua missão no contexto comunitário, quer ao nível da contratualização.

Neste contexto parece-nos pertinente, estudar esta área acrescentando conhecimento científico, na tentativa de encontrar alternativas viáveis para que, à semelhança do que aconteceu nas USF, os indicadores sejam adaptados aos estádios de desenvolvimento das equipas e às necessidades das comunidades em que estão inseridas. Assim este estudo tem como objetivo geral:

- Analisar a adequabilidade dos indicadores de desempenho das UCC propostos no documento de trabalho do Grupo Missão dos CSP (2010), face às carteiras de serviços em desenvolvimento nas UCC nacionais.

Os objetivos específicos estão descritos no questionário em anexo.

O questionário em anexo divide-se em duas partes, sendo a primeira parte sobre a caracterização da UCC e a segunda parte relativa ao tema do estudo. Gostaríamos de recolher o máximo de opiniões de novos indicadores, na tentativa de enriquecer este trabalho e conseguir propor à tutela indicadores nacionais mais adaptados à missão das UCC de todo o país.

Informo, que já enviei emails com o questionário para algumas colegas que não me responderam e pediram autorização superior. Este procedimento de envio de questionários sem autorização não teve intenção de ultrapassar hierarquias funcionais de cada ARS /ULS/ACES, mas por me terem orientado na faculdade, no sentido de que não haveria problema do ponto de vista ético por fazê-lo. Consciente de ter ultrapassado orientações funcionais das organizações, lamento o constrangimento causado, agradeço a vossa compreensão, solicitando resposta o mais brevemente possível.

Qualquer duvida poderá contatar-me pessoalmente – telemóvel: 961783459 ou para este email ou ainda para [elsa-maia@hotmail.com](mailto:elsa-maia@hotmail.com)

Agradecemos a vossa atenção.Com os melhores cumprimentos.

Agradecemos a vossa atenção.Com os melhores cumprimentos.

**Elsa Maia**

**Anexo III - Síntese dos principais motivos  
apontados pelos coordenadores para ocorrer  
inadequabilidade do indicador**

## Síntese dos principais motivos apontados pelos coordenadores para ocorrer inadequabilidade do indicador

### Comentários dos coordenadores acerca de outros motivos passíveis de interferir na medição do indicador, causando a sua inadequabilidade

Área de atividade	Dimensão/nº do indicador	Nº de comentários	Unidades de Registo	Frequência de respostas
Prestação de cuidados por perfil profissional	Acesso/UCC-1	10	Indicador importante mas com dificuldade em ser concretizado devido aos sistemas de informação inadequados.	7
			Denominador difícil de obter não está uniformizado.	1
			Não é representativo do trabalho desenvolvido	1
			Indicador exaustivo e difícil de obtenção sobretudo a nível do PNSE.	1
Prestação de cuidados por perfil profissional	Acesso/UCC-2	27	Só aplicável à ECCL.	7
			Médico com poucas horas semanais na UCC.	4
			O conselho clínico questionou a importância de avaliar este indicador.	1
			Registos médicos do projeto ECCL registados na UCSP e USF.	2
			Indicador pertinente mas o sistema informático não permite visualizar o número de pessoas com intervenções em todos os programas, nomeadamente na ECCL, PNSE e RSI. Os programas informáticos existentes só estão adequados à UCSP e USF.	2
			Nem todos os projetos têm necessidade de contato médico.	2
			Não parece ser um indicador de UCC, não é transversal a todos os projetos.	7
			Não tem apoio médico.	1
Não dispomos de sistemas de informação que permitam monitorizar o indicador.	1			
Prestação de cuidados por perfil profissional	Acesso/UCC-3	26	Só aplicável à ECCL.	7
			Necessidade de proceder a registos em papel por inexistência de outra plataforma para registo informático (exceto Gestacare).	5
			O conselho clínico questionou a importância de avaliar este indicador.	1
			Não existe técnico.	4
			Só aplicável no RSI e ECCL.	1
			Nem todos os projetos têm necessidade de técnica de serviço social.	4
			Acaba por ser um indicador contabilizado pela URAP.	2
Poucas horas fornecidas à UCC pelo técnico.	2			
Prestação de cuidados por perfil profissional	Acesso/UCC-4	12	O conselho clínico questionou a importância de avaliar este indicador.	1
			Necessidade de proceder a registos em papel por inexistência de outra plataforma para registo informático (exceto Gestacare).	2
			Acaba por ser um indicador contabilizado pela URAP.	3
			Nem todos os projetos têm necessidade de psicóloga.	1
			Horas de apoio do psicólogo consideradas insuficientes.	5

**Comentários dos coordenadores acerca de outros motivos passíveis de interferir na medição do indicador, causando a sua inadequabilidade**

Área de atividade	Dimensão/nº do indicador	Nº de comentários	Unidades de Registo	Frequência de respostas
Prestação de cuidados por perfil profissional	Acesso/UCC-5	22	O conselho clínico questionou a importância de avaliar este indicador.	1
			Necessidade de proceder a registos em papel por inexistência de outra plataforma para registo informático (exceto Gestacare).	5
			Nem todos os projetos têm intervenção do nutricionista.	13
			Acaba por ser um indicador contabilizado pela URAP.	2
			Recurso escasso.	1
Prestação de cuidados por perfil profissional	Acesso/UCC-6	26	O conselho clínico questionou a importância de avaliar este indicador.	1
			Necessidade de proceder a registos em papel por inexistência de outra plataforma para registo informático (exceto Gestacare).	5
			Nem todos os projetos têm necessidade de Fisioterapeuta.	4
			Não existe fisioterapeuta.	11
			Projetos em parceria com outros técnicos.	1
			Trocar fisioterapeuta por enfermeiro de reabilitação.	2
			Recurso escasso	2
Prestação de cuidados por perfil profissional	Acesso/UCC-7	18	O conselho clínico questionou a importância de avaliar este indicador.	1
			Necessidade de proceder a registos em papel por inexistência de outra plataforma para registo informático (exceto Gestacare).	8
			Nem todos os projetos têm necessidade de outros técnicos.	1
			Não existem outros técnicos.	6
			Acrescentar enfermeiro de reabilitação.	1
			Este indicador deveria ser único para todos os técnicos.	1
Adequação do papel do prestador de cuidados	QTC/UCC-8	9	Necessidade de clarificar o conceito de prestador de cuidados adequados e inadequados.	2
			Aplicável à ECCI.	1
			Falta de sistemas de informação que avalie as mudanças de estado neste diagnóstico.	1
			Não depende só da atuação do enfermeiro.	4
			Famílias com dificuldade em cuidar dos familiares (Burnaut).	1
Satisfação	Satisfação/UCC-9	7	No ACES foi realizado um inquérito nas outras UF e as UCC não foram incluídas.	1
			A direção do ACES decidiu que é uma atividade do Conselho Clínico, não existe questionário transversal a todas as UCC.	1
			Só aplicável na ECCI e com necessidade de registo em suporte de papel.	1
			Imperativo fazer um questionário uniformizado para todas as UCC.	1
			Para além dos profissionais prestadores de cuidados, não temos outros profissionais isentos para efetuar este trabalho.	1
			A aplicabilidade dos questionários de satisfação não deve ser da responsabilidade da UCC devido a questões de enviesamento de resultados.	1
			Aguarda que o questionário proposto seja aprovado pela comissão de ética e pelo conselho de administração da ULS a que pertence.	1

**Comentários dos coordenadores acerca de outros motivos passíveis de interferir na medição do indicador, causando a sua inadequabilidade**

Área de atividade	Dimensão/nº do indicador	Nº de comentários	Unidades de Registo	Frequência de respostas
Satisfação	Satisfação/ UCC-10	8	Quem elabora o questionário de avaliação?	1
			A direção do ACES decidiu que é uma atividade do Conselho Clínico, não existe questionário transversal a todas as UCC.	1
			Com necessidade de registo em suporte de papel.	1
			Não existe questionários a este nível na UCC.	1
			Imperativo fazer um questionário uniformizado para todas as UCC,	1
			Para além dos profissionais prestadores de cuidados, não temos outros profissionais isentos para efetuar este trabalho.	1
			A aplicabilidade dos questionários de satisfação não deve ser da responsabilidade da UCC devido a questões de enviesamento de resultados.	1
			Aguarda que o questionário proposto seja aprovado pela comissão de ética e pelo conselho de administração da ULS a que pertence.	1
ECCI	Acesso/UCC-11	12	A plataforma Gestacare não tem módulo estatístico operacional pelo que a avaliação é feita manualmente.	1
			O indicador não está adequado porque nós somos: referenciadores, avaliadores e prestadores!	1
			Falta de sistemas informáticos adequados.	3
			O indicador é pertinente mas não existe o programa ECCI no SAPE a data de contato pode ser alterada pelo profissional, não fica registada a hora a que foi feita a solicitação. Na plataforma da RNCCI a situação também não se resolve pois a UCC por vezes assume o papel e ECL a referenciar para a sua ECCI.	1
			Fonte de informação pouco fiável e permeável ao não cumprimento, sem culpa da equipa prestadora.	1
			Propõe novo indicador.	2
			Existe o problema da transferência de utentes à sexta-feira para os profissionais médicos e técnicos de serviço social, que se repartem por diferentes unidades do CS não estando afetos em exclusivo à ECCI.	2
			Utente admitido na plataforma nem sempre corresponde ao dia da chegada do utente ao domicílio.	1
ECCI	QTC/UCC-12	19	A plataforma Gestacare não tem módulo estatístico operacional pelo que a avaliação é feita manualmente.	3
			Este indicador é muito importante no entanto desconheço a forma de o calcular nos atuais sistemas de informação disponíveis.	5
			Este indicador é ambicioso uma vez que por muitos ensinos que sejam feitos, o aparecimento de úlceras de pressão estará sempre relacionada com a alteração de posicionamentos ao longo de 24 h e outros fatores. A equipa não está com o utente 24 h, mas sim o prestador de cuidados, este indicador estará sempre dependente dos cuidadores e não diretamente da ECCI.	8
			Propõe novo indicador.	3
ECCI	QTC/UCC-13	13	Este indicador é muito importante no entanto desconheço a forma de o calcular nos atuais sistemas de informação disponíveis.	3
			Muito difícil de atingir pois mal começa a haver melhoria das úlceras de pressão o doente tem alta para os cuidados das UCSP/USF.	1
			Indicador pertinente pois revela ganhos em saúde. A cura da úlcera de pressão não depende só competência técnica do enfermeiro, mas também de internamentos de repetição, competência do cuidador, estado nutricional, patologia de base e existência de produtos de apoio (nomeadamente colchão de pressões alternadas).	4
			Propõe novo indicador.	2

**Comentários dos coordenadores acerca de outros motivos passíveis de interferir na medição do indicador, causando a sua inadequabilidade**

Área de atividade	Dimensão/nº do indicador	Nº de comentários	Unidades de Registo	Frequência de respostas
ECCI	QTC/UCC-13 (Cont.)		Este indicador só faria sentido se a ECCI tivesse a função obrigatória de cicatrização de úlceras, na minha opinião quando o doente estiver estável deverá ser encaminhado para a equipa de saúde (USF).	1
			Supostamente um utente que entra na ECCI para tratamento de úlceras de pressão (multiescariado) terá alta antes da cicatrização total das úlceras pois é enviado para a sua unidade de saúde (USF, UCSP).	1
			Indicador muito ambicioso e confuso.	1
ECCI	Resultado/UCC-14	15	A plataforma Gestacare não tem módulo estatístico operacional pelo que a avaliação é feita manualmente.	1
			Este indicador é muito importante no entanto desconheço a forma de o calcular nos atuais sistemas de informação disponíveis.	4
			Propõe novo indicador.	2
			Se a opinião clínica implicar sempre o uso de escalas será muito difícil. Pois por vezes consegue uma melhoria em certos autocuidados, mas ao aplicar uma escala, não há melhorias...	2
			Indicador pertinente pois revela ganhos em saúde. O SAPE ainda não contabiliza as mudanças de estado, nos diagnósticos de enfermagem. Os ganhos em autonomia poderão resultar da intervenção de uma equipa multidisciplinar. Pelos registos na plataforma da RNCCI, também não são visíveis os ganhos em autonomia nos autocuidados.	3
			Alguns utentes na equipa não têm condições para melhorar a independência nos autocuidados, o denominador deve ser mais limitativo de forma a entrar apenas quem tem critérios para evoluir.	1
			Avaliar o grau de dependência (escala de Barthel) a todos os utentes admitidos na ECCI no momento da alta da ECCI.	1
			Falta especificar o instrumento a utilizar. Como classificar a opinião clínica?	1
ECCI	QTC/UCC-15	11	A plataforma Gestacare não tem módulo estatístico operacional pelo que a avaliação é feita manualmente.	1
			Este indicador é muito importante no entanto desconheço a forma de o calcular nos atuais sistemas de informação disponíveis.	3
			Falta de objetividade. Controlo da dor igual a 0? Se de início tiver no 8 e passar para dor 2, não será um bom controlo da dor? O controlo da dor também depende da prescrição médica adequada e de médico com formação na área.	3
			Propõe novo indicador.	2
			Não temos pessoal com formação específica para fazermos ações paliativas.	1
			Monitorizar a dor (Escala de faces) a todos os utentes admitidos na ECCI no momento da alta.	1
ECCI	Acesso/UCC-16	19	A taxa de ocupação depende das referências das unidades funcionais para a ECL. Se a ECL não tiver referências, a UCC fica sem utentes.	14
			Indicador não revela qualidade na ECCI facilmente manipulado. Pode haver internamento prolongado para cumprir o indicador.	3
			Este indicador está mal definido.	1
			Este indicador já está contratualizado, faz parte da carta de compromisso.	1
			Não há forma prática de retirar os dados do sistema informático.	1
ECCI	Acesso/UCC-17	12	A plataforma Gestacare não tem módulo estatístico operacional pelo que a avaliação é feita manualmente.	3
			A visita em 24 h é sempre feita pela enfermagem. Se o indicador fosse para visita de enfermagem estava adequado. Mas como esta avaliação é interdisciplinar implica a visita de outros técnicos é muito difícil de concretizar.	2

**Comentários dos coordenadores acerca de outros motivos passíveis de interferir na medição do indicador, causando a sua inadequabilidade**

Área de atividade	Dimensão/nº do indicador	Nº de comentários	Unidades de Registo	Frequência de respostas
ECCI	Acesso/UCC-17 (Cont.)		Falta de sistemas de informação para os outros profissionais, além do médico e do enfermeiro. Dificuldade na operacionalização da data da admissão oficial em ECCI, pelas dificuldades na referenciação para a ECCI.	2
			Só é atingível se houver médico e assistente social a realizar a visita domiciliária no dia da entrada dos doentes.	1
			Existe o problema da transferência de utentes à sexta-feira para os profissionais médicos e técnicos de serviço social, que se repartem por diferentes unidades do CS não estando afetos em exclusivo à ECCI.	1
			Este indicador já está contratualizado, faz parte da carta de compromisso.	1
			Indicador ambicioso, dificuldade na concretização devido aos restantes elementos pertencerem a outras UF, necessidade de gestão de horas (por vezes insuficientes).	2
			Impossível de concretizar sem recursos humanos e técnicos adequados.	1
ECCI	Acesso/UCC-18	11	A plataforma Gestacare não tem módulo estatístico operacional pelo que a avaliação é feita manualmente.	1
			Este indicador é muito importante no entanto desconheço a forma de o calcular nos atuais sistemas de informação disponíveis.	1
			A ECCI recebe as referenciações pela ECL, não sabemos que doentes estão para entrar e não depende da equipa a quantidade de doentes com necessidades de cuidados paliativos que a integram.	3
			Projeto ainda não é aplicado.	1
			Desconhece os critérios que se utilizam para definir as necessidades em cuidados paliativos.	1
			Doentes a necessitar de cuidados paliativos não são colocados pela equipa coordenadora regional.	1
			Cuidados paliativos deveriam ser destinados às equipas de cuidados paliativos.	1
			Falta de médico na equipa com formação em cuidados paliativos, esta UCC presta ações de caráter paliativo.	1
			Este indicador é muito importante no entanto desconheço a forma de o calcular nos atuais sistemas de informação disponíveis.	1
PNSE	Produtividade/ UCC-19	9	Propõe novo indicador.	1
			Com necessidade de registo em suporte papel.	1
			Mais fácil para jardim-de-infância e 1º ciclo para os outros níveis de ensino é cada vez mais difícil devido à reestruturação do ensino. Se definirmos o indicador por nível de ensino já concordo.	1
			Os técnicos de saúde (exceto médicos e enfermeiros) não dispõem de sistema registo de informação adequados. Os contatos com grupos não são contabilizados no SAPE.	2
			Resultado pouco significativo.	1
			Em relação ao PNSE cada projeto/programa tem os seus indicadores próprios e esses devem ser objeto de contratualização.	1
			Não há forma prática de retirar os dados do sistema informático.	1
Falta profissionais.	1			
PNSE	Efetividade/ UCC-20	7	Propõe novo indicador.	2
			Com necessidade de registo em suporte papel.	1
			Falta de sistema de referenciação adequado (as escolas não referenciam).	3
			Falta profissionais.	1

**Comentários dos coordenadores acerca de outros motivos passíveis de interferir na medição do indicador, causando a sua inadequabilidade**

Área de atividade	Dimensão/nº do indicador	Nº de comentários	Unidades de Registo	Frequência de respostas
PNSE	QTC/UCC-21	9	Propõe novo indicador.	1
			Diffícil de concretizar sem recursos humanos e técnicos adequados.	2
			Não se aplica.	1
			Não depende de nós mas das referências.	1
			Não há forma prática de retirar os dados do sistema informático.	1
			Inexistência de projeto compatível na UCC (Falta de colaboração dos docentes da escola quer na avaliação do IMC quer na sinalização dos casos identificados).	1
			Este projeto está atribuído ao dietista que pertence à USP.	1
			Não existem horas disponíveis para o técnico de nutrição avaliar estas situações.	1
PNSE	QTC/UCC-22	7	Propõe novo indicador.	1
			Não depende dos profissionais de saúde mas das referências.	2
			Aos 10 anos não efetuamos avaliação de IMC uma vez que os EGS são efetuados entre os 11 e os 13 anos. Não efetuamos reavaliação do IMC no final do ano.	1
			Não se aplica.	1
			Na região do Alentejo existe um protocolo entre a ARS e a Direção Regional de Educação do Alentejo, em que os professores de educação física das escolas avaliam o peso e a altura das crianças em determinadas idades chave (11,15 e 18 anos), enviam estes dados para a ESE. A dietista depois de avaliar o percentil de IMC, se necessário recomenda que a criança seja seguida em consulta de dietética/nutrição.	1
Não há forma prática de retirar os dados do sistema informático.	1			
PNSE	Acessibilidade/ UCC-23	6	Com necessidade de registo em suporte papel.	1
			Falta profissionais.	1
			Contabilizar o nº correto de elementos da comunidade escolar é bastante difícil se atendermos à definição do PNSE.	2
			Discordo deste indicador, os professores lecionam as áreas da sua competência e não nos cabe a nós “formá-los” depois eles não aderem à formação não creditada pois os seus tempos para formação são escassos.	1
Falta de sistemas de informação adequados.	1			
PNSE	Acessibilidade/ UCC-24	10	Falta profissionais.	2
			Não temos forma de monitorizar o uso do tabaco. Como vigiar constantemente o aluno e registar quantos cigarros fumou?	1
			Não realista	1
			Entramos no domínio do Programa Escolas Livres de Tabaco, isto não será da USP?	1
			Foi-nos retirado da candidatura a intervenção no âmbito da cessação tabágica, que deixou de existir no CS. Só agora estão a providenciar condições para que os enfermeiros da UCSP façam formação na área.	1
			Projeto interessante, mas que requer formação específica dos profissionais envolvidos.	1
Como monitorizar? Compromissos não assumidos.	1			

**Comentários dos coordenadores acerca de outros motivos passíveis de interferir na medição do indicador, causando a sua inadequabilidade**

Área de atividade	Dimensão/nº do indicador	Nº de comentários	Unidades de Registo	Frequência de respostas
PNSE	Acessibilidade/ UCC-24 (Cont.)		No âmbito do PNSE está previsto efetuar este tipo de avaliação, temos previsto atividades dirigidas aos alunos do 3º ciclo e secundário sobre os consumos nocivos e comportamentos de risco.	1
			Necessita-se de apoio de outras unidades.	1
			Neste momento são poucos os recursos para avaliar este indicador.	1
PNSE	QTC/UCC-25	19	Este indicador deverá ser atribuído a outra UF, nomeadamente UCSP ou USF por depender do EGS que é realizado atualmente em consulta personalizada, pode ser no entanto efetuada sinalização no âmbito da ESE.	13
			Projeto atribuído a outra UF, embora o resultado seja importante para a ESE.	1
			Deveria ser a percentagem de encaminhamentos para EGS (a execução do exame é da responsabilidade das equipas de saúde nucleares pelo que é um indicador dependente de outros e não só de nós).	1
			Este indicador foi considerado desajustado para a UCC pela ERA.	1
			À UCC compete monitorizar e não apenas contabilizar os EGS realizados.	1
			Falta profissionais.	1
			Não há forma prática de retirar os dados do sistema informático.	1
PNSE	QTC/UCC-26	21	A UCC utiliza os dados do EGS, mas não é responsável pela sua execução.	15
			Este indicador deverá ser contratualizado com a UCC ou com a UCSP/USF?	1
			Deveria ser a percentagem de encaminhamentos para EGS (a execução do exame é da responsabilidade das equipas de saúde nucleares pelo que é um indicador dependente de outros e não só de nós).	1
			Este indicador foi considerado desajustado para a UCC pela ERA.	1
			Não há forma prática de retirar os dados do sistema informático.	1
			À UCC compete monitorizar e não apenas contabilizar os EGS realizados.	1
PNSE	QTC/UCC-27	14	Projeto atribuído a outra UF, embora o resultado seja importante para a ESE.	9
			Este indicador deverá ser contratualizado com a UCC ou com a UCSP/USF?	1
			Este indicador foi atribuído às UCSP/USF. Só fazemos monitorização e promovemos a atualização vacinal da comunidade escolar.	2
			Este indicador foi considerado desajustado para a UCC pela ERA.	1
			Não há forma prática de retirar os dados do sistema informático.	1
PNSE	QTC/UCC-28	17	A UCC utiliza os dados do PNV, promove o seu cumprimento mas não é responsável pela sua execução.	11
			Este indicador deverá ser contratualizado com a UCC ou com a UCSP/USF?	3
			Este indicador foi considerado desajustado para a UCC pela ERA.	1
			Identificação dos alunos e sinalização para a respetiva equipa de saúde.	1
			Não há forma prática de retirar os dados do sistema informático.	1

**Comentários dos coordenadores acerca de outros motivos passíveis de interferir na medição do indicador, causando a sua inadequabilidade**

Área de atividade	Dimensão/nº do indicador	Nº de comentários	Unidades de Registo	Frequência de respostas
PNSE	QTC/UCC-29	14	Dificuldade de monitorização	1
			Não se faz vacinação.	1
			Este indicador deverá ser contratualizado com a UCC ou com a UCSP/USF?	1
			Não depende só da UCC.	2
			Cobertura vacinal atribuída à UCSP. Só fazemos monitorização e promovemos a atualização da comunidade escolar.	6
			Este indicador foi considerado desajustado para a UCC, aquando da criação da UCC pela ERA.	1
			Não há forma prática de retirar os dados do sistema informático.	1
			Parte dos profissionais não são do concelho e é difícil colaborarem muitos não tem cartão de vacinas. Seria mais adequado pedir o nº de profissionais residentes no concelho com vacinas em dia.	1
Preparação para a parentalidade e/parto	Acesso/UCC-30	15	Será que têm de ser 12?	2
			Não depende exclusivamente da UCC.	2
			Com necessidade de registo em suporte de papel.	1
			O denominador deverá ser: Nº de grávidas da área de abrangência da UCC referenciadas ou que recorrem por iniciativa própria no período em análise.	1
			O SAPE não contabiliza os contatos nas comunidades/grupos.	2
			Sugiro substituir 12 para 6 contatos e no denominador colocar grávidas referenciadas em vez de área de abrangência.	1
			12 contatos é exagero. Denominador deve corresponder a referenciadas.	1
			Propõe novo indicador.	2
			Não é claro o que se pretende com a definição “com pelo menos uma intervenção documentada no período em análise”. O nº de grávidas da área de influência da UCC não é fácil de precisar.	1
			O curso de preparação para a parentalidade está na UCSP.	1
Pelo facto de estarmos na mesma cidade onde se situa a maternidade este curso é efetuado no hospital.	1			
SNIPI	Acesso/UCC-31	7	A ELI não pertence à carteira básica da UCC. É uma equipa transversal às várias unidades do ACES e autónoma.	1
			A IP na infância é multidisciplinar, falta sistemas de informação adequados.	1
			Não há forma prática de retirar os dados do sistema informático.	1
			Falta profissionais.	1
			Indicador desatualizado- em vez de PIAF – seria PIIP (abrange a criança e família).	1
			Este indicador é muito importante no entanto desconheço a forma de o calcular nos atuais sistemas de informação disponíveis (SAPE não dá resposta sobre o indicador).	1
			Dificuldade em perceber o que se pretende, que intervenção colocar.	1
NACJR	Acesso/UCC-32	8	O NACJR não pertence à carteira básica da UCC. É uma equipa transversal às várias unidades do ACES e autónoma.	1
			O indicador dá sempre 100% independente do universo do denominador o que não reflete o nº de horas despendidas.	1
			Com necessidade de registo em suporte de papel.	1

**Comentários dos coordenadores acerca de outros motivos passíveis de interferir na medição do indicador, causando a sua inadequabilidade**

Área de atividade	Dimensão/nº do indicador	Nº de comentários	Unidades de Registo	Frequência de respostas
NACJR	Acesso/UCC-32 (Cont.)		O NACJR na infância é multidisciplinar, falta sistemas de informação adequados.	1
			O ACES ainda não se encontra organizado neste âmbito de acordo com a legislação em vigor. Não existe NACJR formado.	2
			Falta profissionais.	1
			Este indicador é muito importante no entanto desconheço a forma de o calcular nos atuais sistemas de informação disponíveis.	1
CPCJ	Acesso/UCC-33	14	A UCC atualmente não colabora em nenhuma das modalidades da comissão (alargada/restrita) os representantes pertencem a outras UF.	1
			O indicador dá sempre 100% independente do universo do denominador o que não reflete o nº de horas despendidas.	1
			Com necessidade de registo em suporte de papel.	1
			Intervimos no âmbito do NACJR não intervimos diretamente na CPCJ.	1
			A intervenção na CPCJ é multidisciplinar, falta sistemas de informação adequados.	2
			Considero desadequado, as crianças em acompanhamento na CPCJ não devem ter mais técnicos a intervir (princípio da intervenção mínima) a não ser que nos seja solicitada colaboração.	1
			O representante da saúde na CPCJ não acompanha crianças nem famílias.	1
			Não está em causa o acesso mas a intervenção.	1
			Não temos equipa.	1
			Propõe novo indicador.	1
			A médica que faz parte da CPCJ não fornece estes dados. Não há forma de retirar os dados do sistema informático.	1
NACJR/CPC J/IP	QTC/UCC-34	7	O que define "Papel parental adequado? Quais os critérios de um e do outro ??? Nenhum destes programas pertence à carteira básica da UCC.	1
			Parece-me que devem ser definidos os conceitos e definida a escala a utilizar.	1
			O indicador dá sempre 100% independente do universo do denominador o que não reflete o nº de horas despendidas.	1
			Falta profissionais.	1
			Este indicador é muito importante, no entanto desconheço a sua forma de cálculo nos atuais sistema de informações disponíveis. Falta sistemas informáticos adequados (SAPE não dá resposta sobre o indicador).	1
			Muito difícil passar a adequado, principalmente quando se trata de famílias disfuncionais como as seguidas no NACJR ou na CPCJ.	1
RSI	Acesso/UCC-35	13	A UCC não tem intervenção com o RSI diretamente, trabalha as famílias vulneráveis muitas das quais têm RSI.	1
			O indicador dá sempre 100% independente do universo do denominador o que não reflete o nº de horas despendidas.	1
			Com necessidade de registo em suporte de papel.	1

**Comentários dos coordenadores acerca de outros motivos passíveis de interferir na medição do indicador, causando a sua inadequabilidade**

Área de atividade	Dimensão/nº do indicador	Nº de comentários	Unidades de Registo	Frequência de respostas
RSI	Acesso/UCC-35 (Cont.)		Por vezes por muito que a equipa se esforce, o beneficiário pode sempre recusar-se a cumprir o acordo.	1
			O representante do RSI é a técnica de serviço social.	2
			Pouco realista, o acordo tem de ser cumprido em todas as áreas.	1
			Não depende diretamente da UCC o cumprimento integral do acordo de inserção do RSI. O que depende da UCC é o acompanhamento e monitorização das pessoas em acordo.	1
			Falta profissionais.	1
			Neste momento a Segurança Social tem dificuldade em disponibilizar os dados atempadamente.	1
			Não é compatível com o que é a prioridade neste momento no RSI, em que a saúde deixou de ser uma das prioridades principais.	1
			Não há forma de retirar os dados do sistema informático.	1
			O projeto passou para a URAP.	1

**Anexo IV- Sugestões de melhoria dos indicadores de desempenho  
propostos pela MCSP (2010a)**

## SUGESTÕES DE MELHORIA DOS INDICADORES DE DESEMPENHO PROPOSTOS PELA MCSP (2010a)

Designação do Indicador (MCSP, 2010a)	Proposta de Alteração	Descrição do Indicador
<p><b>UCC 3</b> - Percentagem de pessoas abrangidas pelo técnico de serviço social por programa/projeto</p>	<p>1- Considerar as referências.</p> <p>2- Destacar o papel do técnico de serviço social na ECCI.</p>	<p><b>Numerador-</b> Nº de pessoas referenciadas pela UCC ao técnico de serviço social, com pelo menos um contato do técnico de serviço social documentado no período em análise, no serviço UCC e por programa/projeto.</p> <p><b>Denominador-</b> Nº de pessoas referenciadas ao técnico de serviço social por programa/projeto da UCC, no período em análise.</p> <p><b>Numerador-</b> Nº de pessoas com pelo menos um contato do técnico de serviço social documentado na ECCI.</p> <p><b>Denominador-</b> Nº de pessoas admitidas na ECCI.</p>
<p><b>UCC 4</b> - Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de psicologia por programa/projeto.</p>	<p>- Refere a necessidade de intervenção do psicólogo solicitada por técnicos da UCC e outros.</p>	<p><b>Numerador-</b> Nº de pessoas com necessidade de intervenção do psicólogo com pelo menos um contato do psicólogo documentado no período em análise, no serviço UCC e por programa/projeto.</p> <p><b>Denominador-</b> Nº de pessoas com necessidade de intervenção do psicólogo admitidas por programa/projeto da UCC, no período em análise.</p>

Designação do Indicador (MCSP, 2010a)	Proposta de Alteração	Descrição do Indicador
<p><b>UCC 5</b> - Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de nutrição por programa/projeto.</p>	<p>- Refere a necessidade de intervenção do nutricionista/dietista solicitada por técnicos da UCC e outros.</p>	<p><b>Numerador-</b> N° de pessoas com necessidade de intervenção do nutricionista/dietista com pelo menos um contato do psicólogo documentado no período em análise, no serviço UCC e por programa/projeto.</p> <p><b>Denominador-</b> N° de pessoas com necessidade de intervenção do nutricionista/dietista admitidos por programa/projeto da UCC, no período em análise.</p>
<p><b>UCC 6</b> - Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de fisioterapia por programa/projeto</p>	<p><b>1-</b> Refere a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação (algumas UCC não têm fisioterapeuta).</p> <p><b>2-</b> Refere a necessidade de intervenção do fisioterapeuta solicitada por técnicos da UCC e outros.</p>	<p><b>Numerador-</b> N° de pessoas com pelo menos um contato do fisioterapeuta /enfermeiro especialista em reabilitação documentado no período em análise no serviço UCC e por programa/projeto.</p> <p><b>Denominador-</b> N° de pessoas admitidas por programa/projeto da UCC, no período em análise.</p> <p><b>Numerador-</b> N° de pessoas com necessidade de intervenção do fisioterapeuta com pelo menos um contato documentado no período em análise, no serviço UCC e por programa/projeto.</p> <p><b>Denominador-</b> N° de pessoas com necessidade de intervenção do fisioterapeuta admitidos por programa/projeto da UCC, no período em análise.</p>

Designação do Indicador (MCSP, 2010a)	Proposta de Alteração	Descrição do Indicador
<p><b>UCC 7</b> -Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de outros técnicos por programa/projeto.</p>	<p><b>1</b>– Refere-se à capacidade de resposta da UCC às solicitações.</p> <p><b>2</b>- Refere a necessidade de intervenção de outros técnicos, solicitada por profissionais da UCC e outros.</p>	<p><b>Numerador</b>- Nº de pessoas com pelo menos um contato de outros técnicos, nas primeiras 24h após referenciação, documentado no período em análise no serviço UCC e por programa/projeto.</p> <p><b>Denominador</b>- Nº de pessoas admitidas por programa/projeto da UCC, no período em análise.</p> <p><b>Numerador</b>- Nº de pessoas com necessidade de intervenção de outros técnicos com pelo menos um contato documentado no período em análise, no serviço UCC e por programa/projeto.</p> <p><b>Denominador</b>- Nº de pessoas com necessidade de intervenção de outros técnicos admitidos por programa/projeto da UCC, no período em análise.</p>
<p><b>UCC 11</b>- Percentagem de pessoas com visitação domiciliária nas primeiras 24h após admissão na ECCI.</p>	<p>– Sugere alterar para a percentagem de pessoas com visitação domiciliária nas primeiras 48h após admissão na ECCI ou na data em que os cuidados são solicitados.</p>	<p><b>Numerador</b>- Nº de pessoas com pelo menos um contato no local domicílio, no serviço UCC, com o programa ECCI associado, realizado nas primeiras 48 horas após admissão no programa ou na data em que os cuidados são solicitados. É contada a data/hora referente ao contato e não a data/hora do registo.</p> <p><b>Denominador</b>- Nº de pessoas admitidas na ECCI no período em análise</p>

Designação do Indicador (MCSP, 2010a)	Proposta de Alteração	Descrição do Indicador
<p><b>UCC 12</b> - Taxa de eficácia na prevenção de úlceras de pressão.</p>	<p>1 – Sugere alteração no numerador.</p> <p>2 – Sugere classificar os utentes por nível risco de desenvolver úlcera de pressão, utilizando escalas para o efeito, exemplo escala de Braden.</p> <p>3- Sugere colocar o numerador proposto pela negativa</p>	<p><b>Numerador-</b> Nº de pessoas admitidas no programa ECCI, com pelo menos um contato no serviço UCC, a quem foi documentado o diagnóstico de enfermagem – <u>úlceras de pressão presente</u>, com origem no domicílio, com data posterior à data de início do diagnóstico de enfermagem- <u>Risco de úlcera de pressão</u> e que exista pelo menos uma intervenção documentada no âmbito da prevenção de úlceras de pressão.</p> <p><b>Denominador-</b> Nº de pessoas com pelo menos um contato no serviço UCC, com o programa ECCI, a quem foi documentado o diagnóstico de enfermagem - <u>Risco de úlcera de pressão no período em análise</u></p> <p><b>Numerador-</b> N.º de utentes com elevado risco de desenvolverem úlcera de pressão.</p> <p><b>Denominador-</b> N.º total de utentes.</p> <p><b>Numerador</b> -Nº de pessoas com pelo menos um contato no serviço UCC, com o programa ECCI associado, no período em análise a quem <u>não</u> foi documentado o diagnóstico de enfermagem – <u>Úlcera de pressão presente</u>, com origem no domicílio, com data posterior à data de início do diagnóstico de enfermagem- <u>Risco de úlcera de pressão</u> e que exista pelo menos uma intervenção documentada no âmbito da prevenção de úlceras de pressão.</p> <p><b>Denominador-</b> Nº de pessoas com pelo menos um contato no serviço UCC, com o programa ECCI, a quem foi documentado o diagnóstico de enfermagem - <u>Risco de úlcera de pressão no período em análise</u>.</p>

Designação do Indicador (MCSP, 2010a)	Proposta de Alteração	Descrição do Indicador
<p><b>UCC 13</b> - Taxa de resolução de diagnóstico ulcera pressão.</p>	<p>1 – Sugere alteração para Taxa de eficácia na Prevenção de Úlceras de Pressão.</p> <p>2 – Sugere avaliar o grau de dependência (escala de Barthel) a todos os utentes no momento da admissão na ECCL.</p>	<p><b>Numerador</b>-N.º de pessoas com presença de úlcera de pressão após admissão em ECCL com avaliação do risco de contrair Úlcera de Pressão.  <b>Denominador</b>-N.º de pessoas que foi avaliado o risco de contração de úlcera de pressão.</p> <p><b>Numerador</b>- N.º de utentes com dependência muito grave na admissão na ECCL.  <b>Denominador</b>-N.º total de utentes.</p> <p><b>Numerador</b>- N.º de utentes com dependência grave na admissão na ECCL.  <b>Denominador</b>-N.º total de utentes.</p> <p><b>Numerador</b>- N.º de utentes com dependência moderada na admissão na ECCL.  <b>Denominador</b>-N.º total de utentes.</p> <p><b>Numerador</b>- N.º de utentes com dependência ligeira na admissão na ECCL.  <b>Denominador</b>-N.º total de utentes.</p>

Designação do Indicador (MCSP, 2010a)	Proposta de Alteração	Descrição do Indicador
<p><b>UCC 14</b> - Ganhos em Independência nos Autocuidados (Higiene, Vestuário, Uso de Sanitário, transferir-se, posicionar-se alimentar-se, deambular.</p>	<p>– Sugere avaliar o grau de dependência (escala de Barthel) a todos os utentes que se encontram no projeto ECCI, no momento da alta.</p>	<p><b>Numerador</b>- N.º de utentes com dependência muito grave na alta da ECCI.  <b>Denominador</b>-N.º total de utentes.</p> <p><b>Numerador</b>- N.º de utentes com dependência moderada na alta da ECCI.  <b>Denominador</b>-N.º total de utentes</p> <p><b>Numerador</b>- N.º de utentes com dependência ligeira na alta da ECCI.  <b>Denominador</b>- N.º total de utentes.</p> <p><b>Numerador</b>- N.º de utentes independentes na alta da ECCI.  <b>Denominador</b>- N.º total de utentes.</p>
<p><b>UCC 15</b> - Ganhos expressos no controlo da intensidade da Dor</p>	<p>1- Sugere diminuir a falta de objetividade do indicador original.</p> <p>2 - Sugere diminuir monitorizar a dor (Escala de faces) a todos os utentes admitidos na ECCI no momento da alta.</p>	<p><b>Numerador</b>- N.º de pessoas admitidas no programa ECCI, no serviço UCC, com diminuição de pelo 50% do valor de intensidade da dor, segundo escala numérica analógica, no período de uma semana após identificação deste fenómeno.  <b>Denominador</b>- N.º de pessoas admitidas no programa ECCI, no serviço UCC, a quem foi documentado o fenómeno de enfermagem – Dor, no período em análise.</p> <p><b>Numerador</b>- N.º de utentes com avaliação do grau da dor à admissão na ECCI.  <b>Denominador</b>-N.º total de utentes.</p> <p><b>Numerador</b>- N.º de utentes com avaliação do grau da dor no momento da alta da ECCI.  <b>Denominador</b>-N.º total de utentes.</p>

Designação do Indicador (MCSP, 2010a)	Proposta de Alteração	Descrição do Indicador
<p><b>UCC 22-</b> Percentagem de alunos com 10 anos que apresentam diminuição do percentil de Índice de Massa Corporal (IMC) e que no início do programa tinham IMC superior a ou igual a 85.</p>	<p>– Valorizar as intervenções e não apenas os resultados.</p>	<p><b>Numerador-</b> N° de alunos que completaram 10 anos até 31 de dezembro do ano em avaliação (último ano do ano letivo), com pelo menos 2 anos em PNSE com diminuição do percentil de IMC e que apresentavam um percentil de IMC superior ou igual a 85 no início do programa (com intervenções relacionadas com a obesidade).</p> <p><b>Denominador-</b> N° de alunos que completaram 10 anos até 31 de dezembro do ano em avaliação, que apresentavam um percentil de IMC superior ou igual a 85 no início do programa e pelo menos com 2 anos em PNSE.</p>
<p><b>UCC 30</b> - Percentagem de Gravidas/ Casais Grávidos que frequentaram o Curso de Preparação para a parentalidade na UCC.</p>	<p>-Alterar o indicador ao nível do numerador, no que diz respeito ao número de contatos. Um inquirido refere 6 e outro 8 (indicador proposto pela MCSP, 2010a refere 12 contatos). Estes coordenadores sugerem que o denominador fique igual.</p>	<p><b>Numerador 1-</b> - N° de grávidas com pelo menos 8 contatos no serviço UCC, no programa de preparação para a parentalidade, com pelo menos uma intervenção documentada no período em análise</p> <p><b>Numerador 2-</b> N° de grávidas referenciadas com pelo menos 6 contatos no serviço UCC, no programa de preparação para a parentalidade, com pelo menos uma intervenção documentada no período em análise.</p>

**Anexo V- Novos indicadores**

Tabela 5.18 -Indicadores na área da educação para a saúde

**Área de atividade - Educação para a saúde**

Designação do Indicador	Critérios de Inclusão
Taxa de sessões de educação para a saúde realizadas na comunidade.	<p><b>Numerador-</b> Nº de sessões de educação para a saúde realizadas na comunidade por projeto/programa, no período em análise.</p> <p><b>Denominador-</b> Nº total de sessões de educação para a saúde solicitadas pela comunidade, por projeto/programa, no período em análise.</p>
Percentagem de pessoas abrangidas pelas sessões de Educação para a saúde realizadas na comunidade.	<p><b>Numerador-</b> Nº de pessoas abrangidas pelas sessões de Educação para a saúde por instituição/projeto/programa na área de abrangência da UCC, no período em análise.</p> <p><b>Denominador-</b> Nº de pessoas por instituição/projeto/programa na área de abrangência da UCC, no período em análise.</p>
Percentagem de sessões de educação para a saúde, por tema, realizadas no âmbito da UCC.	<p><b>Numerador-</b> Nº de sessões de educação para a saúde realizadas por tema.</p> <p><b>Denominador-</b> Número de sessões de educação para a saúde previstas por tema.</p>
Percentagem de participantes abrangidos pelas sessões de educação para a saúde, por tema, no âmbito da UCC.	<p><b>Numerador-</b> Número de pessoas que participaram nas sessões, por tema</p> <p><b>Denominador-</b> Número total de pessoas convocadas, por tema para as sessões de educação para a saúde.</p>
Percentagem de pessoas com oportunidade de adquirir informação/educação abrangidas por atividades de Enfermagem na comunidade por programa/projeto.	<p><b>Numerador-</b> Nº de pessoas que tiveram oportunidade de adquirir informação/ educação em atividades na comunidade por programa/projeto.</p> <p><b>Denominador-</b> Número total de pessoas convocadas, por tema para as sessões de educação para a saúde.</p>
Percentagem de sessões de educação para a saúde realizadas.	<p><b>Numerador</b> – Nº de ações de promoção da saúde realizadas a comunidades identificadas como vulneráveis.</p> <p><b>Denominador-</b> Nº de ações de promoção da saúde planeadas.</p>
Percentagem de utentes que participam, em pelo menos em 12 sessões teórico-práticas sobre temas definidos (especialmente na área da mobilidade entre outros).	<p><b>Numerador:</b> Número de utentes que participam pelo menos em 12 sessões teórico-práticas.</p> <p><b>Denominador:</b> Número total de utentes inscritos no projeto.</p>

Tabela 5.19 - Indicadores na área do apoio materno-infantil

**Área de atividade – Apoio materno – infantil**

Designação do Indicador	Critérios de Inclusão
Taxa de puérperas que frequentaram o CPNPna UCC e iniciou a amamentação precoce nas primeiras 24 horas após nascimento do Recém-nascido.	<p><b>Numerador-</b> N° de puérperas que frequentou curso de preparação para a parentalidade e iniciou a amamentação precoce.</p> <p><b>Denominador-</b> N° de puérperas que frequentou o curso de preparação para a parentalidade.</p>
Taxa de puérperas que amamentou em exclusividade na 1ª semana.	<p><b>Numerador-</b> N° de puérperas que frequentou o curso de preparação para a parentalidade e amamentou em exclusividade na 1ª semana de vida do recém-nascido.</p> <p><b>Denominador-</b> N° de puérperas que frequentou o curso de preparação para a parentalidade.</p>
Aprendizagem de habilidades para utilizar estratégias não farmacológicas para o alívio da dor (respiração e posicionamento) no período de trabalho de parto demonstrado e não demonstrado.	<p><b>Numerador</b> - N° de mulheres que demonstram habilidades para utilizar estratégias não farmacológicas para o alívio da dor (respiração e posicionamento) no trabalho de parto.</p> <p><b>Denominador</b> -N° total de mulheres que frequentaram o curso de preparação para a parentalidade.</p>
Aprendizagem de habilidades para utilizar estratégias não farmacológicas para o alívio da dor (respiração e posicionamento) no período expulsivo demonstrado e não demonstrado.	<p><b>Numerador</b> -N° de mulheres que demonstram habilidades para utilizar estratégias não farmacológicas para o alívio da dor (respiração, posicionamento e força) no período expulsivo</p> <p><b>Denominador</b> -N° total de mulheres que frequentaram o curso de preparação para a parentalidade.</p>
Porcentagem de puérperas que frequentaram as sessões de recuperação pós-parto.	<p>Numerador - N.º de Puérperas que frequentaram as sessões de recuperação pós parto.</p> <p>Denominador – N.º de Puérperas que frequentaram o curso de preparação para a parentalidade.</p>

Tabela 5.20 - Indicadores na área de apoio na doença crónica

**Área de atividade – Apoio na doença crónica (utentes e familiares)**

Designação do Indicador	Critérios de Inclusão
<p>Percentagem de pessoas portadoras de doenças crónicas que frequentaram a academia de saúde.</p>	<p><b>Numerador-</b> N° de pessoas portadoras de doença crónica que frequentam o projeto academia de saúde.</p> <p><b>Denominador-</b> n° de pessoas portadoras de doença crónica que foram identificadas como potenciais beneficiadores da academia.</p>
<p>Percentagem de pessoas portadoras de doença crónica que frequentaram o projeto “Amigos do Cuidador”.</p>	<p><b>Numerador</b> – N° de cuidadores de pessoas portadoras de doença crónica e dependência que frequentaram o projeto amigos do cuidador.</p> <p><b>Denominador-</b> N° de cuidadores de pessoas portadoras de doença crónica e dependência que foram identificados como potenciais beneficiadoras do projeto.</p>
<p>Percentagem de utentes com Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva que adquiriram ganhos em independência em pelo menos um dos autocuidados.</p>	<p><b>Numerador:</b> N° de utentes que adquiriram ganhos em independência em pelo menos um dos auto-cuidados.</p> <p><b>Denominador:</b> N° total de utentes em projeto.</p>
<p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre a prevenção das úlceras de pressão (demonstrado ou não demonstrado).</p>	<p><b>Numerador:</b> N° de prestadores de cuidados com ganhos de conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão.</p> <p><b>Denominador:</b> N° total de prestadores de cuidados com défice de conhecimentos.</p> <p><b>Numerador:</b> Ganhos em aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a prevenção de úlceras de pressão.</p> <p><b>Denominador:</b> N° total de prestadores de cuidados com défice de habilidade.</p>
<p>Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão.</p>	<p><b>Numerador:</b> N° de prestadores de cuidados com ganhos de habilidades sobre prevenção de úlceras de pressão.</p> <p><b>Denominador:</b> N° total de prestadores de cuidados com défice de habilidade.</p>

Tabela 5.21 - Indicadores na área da unidade móvel de saúde

**Área de atividade - Unidade móvel de saúde**

Designação do Indicador	Critérios de Inclusão
Taxa de Utilização de Recurso à Unidade Móvel.	<p><b>Numerador-</b> N° de utentes com pelo menos um contato de enfermagem documentado com a utilização da unidade móvel.</p> <p><b>Denominador-</b> População total residente no bairro de intervenção.</p>
Percentagem de pessoas idosas com risco agravado visitadas por trimestre.	<p>Numerador: N° de pessoas idosas com risco agravado (isolado, sem cuidador e sem contato telefónico), com pelo menos um contato no local domicílio, no projeto unidade móvel de saúde, por trimestre.</p> <p>Denominador- N° de pessoas idosas com risco agravado, admitidas na unidade móvel de saúde no trimestre em análise.</p>
Percentagem de idosos isolados vacinados com a vacina anti- gripe sazonal no domicílio	<p>Numerador – N° de idosos isolados, acompanhados pela unidade móvel de saúde, (com incapacidade de se deslocar aos serviços de saúde), vacinados com a vacina anti-gripe sazonal, no local domicílio.</p> <p>Denominador – N° de idosos isolados, acompanhados pela unidade móvel de saúde.</p>

Tabela 5.22 - Indicadores na área de ajudas técnicas

**Área de atividade – Ajudas técnicas**

Designação do Indicador	Critérios de Inclusão
Percentagem de ajudas técnicas atribuídas	<p><b>Numerador</b> - N° de ajudas técnicas atribuídas.</p> <p><b>Denominador</b> - N° total de avaliações realizadas.</p>

Tabela 5.23 - Indicadores na área das parcerias na comunidade

**Área de atividade – Parcerias na comunidade**

<b>Designação do Indicador</b>	<b>Critérios de Inclusão</b>
Percentagem de parcerias/articulações para implementar projetos de promoção da saúde.	<b>Numerador</b> - N° Parcerias/articulações estabelecidas. <b>Denominador</b> - N° de Parcerias/articulações planeadas.
Percentagem de utentes de comunidades vulneráveis acompanhados pela UCC.	<b>Numerador</b> - N° de utentes acompanhados/ tratados. <b>Denominador</b> - N° de encaminhados para a UCC.

Tabela 5.24 - Indicadores na área da reabilitação **Área de atividade – Reabilitação**

<b>Designação do Indicador</b>	<b>Critérios de Inclusão</b>
Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de enfermagem de reabilitação por programa/projeto	<b>Numerador</b> - N° de pessoas com pelo menos uma intervenção de enfermagem de reabilitação documentada no período em análise no serviço UCC e por programa/projeto. <b>Denominado</b> - N° de pessoas admitidas por programa/projeto da UCC, no período em análise
Percentagem de pessoas com necessidade em cuidados reabilitação, admitidas no programa ECCI.	<b>Numerador</b> - N° de pessoas com necessidade em cuidados de reabilitação, admitidas no programa ECCI e no serviço UCC, no período em análise. <b>Denominador</b> - N° de pessoas admitidas no programa ECCI no período em análise.

Tabela 5.25 - Indicadores na área relacionada com pessoas com necessidades especiais

**Área de atividade – Pessoas com necessidades especiais**

<b>Designação do Indicador</b>	<b>Critérios de Inclusão</b>
Percentagem de pessoas com necessidades especiais que usufruíram do projeto de Saúde Oral.	<p><b>Numerador</b> - N.º de utentes de instituições parceiras (instituições que trabalham com pessoas com necessidades especiais), com pelo menos uma consulta de higiene oral efetuada.</p> <p><b>Denominador</b>- N.º de utentes daquelas instituições no período em análise.</p>

Tabela 5.26 - Indicadores na área da saúde escolar

**Área de atividade – Saúde escolar**

<b>Designação do Indicador</b>	<b>Critérios de Inclusão</b>
Percentagem de agrupamentos de escola com gabinete de apoio ao aluno no seu projeto educativo.	<p><b>Numerador</b>-N.º Total de agrupamentos com gabinete de apoio ao aluno no seu projeto educativo.</p> <p><b>Denominador</b>-N.º total de agrupamentos de escolas.</p>
Percentagem de professores alvo do programa de promoção de alimentação saudável em saúde escolar.	<p><b>Numerador</b> - Alunos alvo do programa de promoção de alimentação saudável em saúde escolar por ciclo.</p> <p><b>Denominador</b> – N.º total de alunos alvo do programa de promoção de alimentação saudável em saúde escolar por ciclo.</p>
Percentagem de alunos abrangidos pelo programa regional de educação sexual em saúde escolar.	<p><b>Numerador</b> - Alunos alvo do programa regional de educação sexual em saúde escolar por ciclo.</p> <p><b>Denominador</b> – N.º total de alunos alvo do programa regional de educação sexual em saúde escolar por ciclo.</p>
Percentagem de utilizadores do gabinete da saúde nas escolas (Comunidade Educativa).	<p><b>Numerador</b>- N.º de utilizadores do gabinete de saúde por escola no período em análise.</p> <p><b>Denominador</b> N.º total da população escolar no período em análise.</p>

Tabela 5.27- Indicadores na área de apoio a grupos vulneráveis

**Área de Atividade – Apoio a grupos vulneráveis relativamente à faixa etária**

<b>Designação do Indicador</b>	<b>CrITÉrios de Inclusão</b>
Percentagem de idosos com 75 anos ou mais em situação de vulnerabilidade sinalizadas.	<b>Numerador-</b> N.º de idosos com 75 e mais anos em situação de maior vulnerabilidade identificados. <b>Denominador-</b> N.º de idosos com 75 e mais anos residentes no concelho.
Percentagem de utentes em ECCI com plano visita de enfermagem no âmbito do programa temperaturas extremas e adversas	<b>Numerador-</b> N.º de utentes em ECCI acompanhadas no programa temperaturas extremas e adversas, com pelo menos uma intervenção documentada em cada contato. <b>Denominador-</b> N.º de utentes em ECCI, no período em análise.
Percentagem de Pais/Cuidadores que frequentam os Cursos de Competências parentais na UCC	<b>Numerador-</b> N.º de pais/cuidadores que frequentaram pelo menos 6 sessões na UCC, dos cursos de Parentalidade, no período em análise <b>Denominador-</b> N.º de pais e cuidadores convocados/referenciados para o curso, no período em análise.
Taxa de referenciação aos médicos de família e/ou UF das crianças/famílias para vigilância em saúde.	<b>Numerador-</b> N.º de crianças/famílias vulneráveis identificadas pela UCC e encaminhadas/referenciadas para as suas UF/médicos de família. <b>Denominador-</b> N.º de crianças/famílias vulneráveis identificadas pela UCC.
Taxa de referenciação aos recursos da comunidade de adolescentes com problemas.	<b>Numerador-</b> N.º de adolescentes com problemas referenciados aos recursos da comunidade. <b>Denominador-</b> N.º total de adolescentes com problemas identificados.