



CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS –
QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E
USF



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



2

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E EFICIÊNCIA
NAS UCSP E USF

EDITOR

Entidade Reguladora da Saúde

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100-455 Porto
geral@ers.pt | tlf. 222 092 350 | fax: 222 092 351

www.ers.pt

DATA

MARÇO DE 2024

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2024

A reprodução de partes do conteúdo deste documento é autorizada, exceto para fins comerciais, desde que mencionando a ERS como autora, o título do documento, o ano de publicação e a referência "Porto, Portugal".

Na execução deste documento foi atendida a privacidade dos titulares de dados pessoais. O tratamento destes dados cumpriu as normas relativas à sua proteção, nomeadamente as constantes do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



3

ÍNDICE

4	ÍNDICE TABELAS	74	4 ANÁLISE DA QUALIDADE
6	ÍNDICE FIGURAS	74	4.1 COMPARAÇÃO INTERNACIONAL
7	ABREVIATURAS	80	4.2 REQUISITOS BÁSICOS DE QUALIDADE E SEGURANÇA
9	SUMÁRIO EXECUTIVO	80	4.2.1 CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO
13	1 INTRODUÇÃO	82	4.2.2 ANÁLISE DAS RESPOSTAS
16	2 CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL	95	4.2.3 FISCALIZAÇÕES DA ERS DE 2018
19	2.1 UTENTES COM MÉDICO DE FAMÍLIA	96	4.3 INTERVENÇÃO REGULATÓRIA DA ERS
21	2.2 RECURSOS HUMANOS	100	5 CONCLUSÕES
26	3 ANÁLISE DA EFICIÊNCIA	104	6 ANEXOS
26	3.1 UTILIZAÇÃO	104	ANEXO 1 NÚMERO DE UCSP, USF-A E USF-B
38	3.2 PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÓNICAS E DE NEOPLASIAS	107	ANEXO 2 DOCUMENTAÇÃO DE APOIO À ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO
47	3.3 DESEMPENHO ECONÓMICO-FINANCEIRO	115	ANEXO 3 CHECK-LIST: REQUISITOS BÁSICOS DE QUALIDADE E SEGURANÇA
62	3.4 ANÁLISE DA EFICIÊNCIA PRODUTIVA	121	ANEXO 4 TAXA DE CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS DE QUALIDADE E SEGURANÇA VERIFICADOS NAS AÇÕES DE FISCALIZAÇÃO DE 2018



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



4

ÍNDICE DE TABELAS

19	TABELA 1 IDENTIFICAÇÃO DAS UCSP, USF-A E USF-B, POR REGIÃO DE SAÚDE
20	TABELA 2 N.º DE UTENTES COM MÉDICO DE FAMÍLIA, SEM MÉDICO DE FAMÍLIA E SEM MÉDICO DE FAMÍLIA POR OPÇÃO, 2022
22	TABELA 3 NÚMERO DE MÉDICOS DE FAMÍLIA, ENFERMEIROS E OUTROS PROFISSIONAIS (ASSISTENTES TÉCNICOS E OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE), A 31 DE DEZEMBRO DE 2022
23	TABELA 4 NÚMERO DE MÉDICOS DE FAMÍLIA, ENFERMEIROS E OUTROS PROFISSIONAIS (ASSISTENTES TÉCNICOS E OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE) POR ETC, A 31 DE DEZEMBRO DE 2022
24	TABELA 5 RÁCIO DE ENFERMEIROS POR MÉDICOS (TOTAIS E ETC) POR UF E REGIÃO DE SAÚDE, 2022
27	TABELA 6 NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS, 2019-2022
28	TABELA 7 NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS NÃO PRESENCIAIS, 2019-2022
29	TABELA 8 NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS AO DOMICÍLIO, 2019-2022
31	TABELA 9 RÁCIOS DE CONSULTAS MÉDICAS, CONSULTAS NÃO PRESENCIAS E CONSULTAS AO DOMICÍLIO POR NÚMERO DE UTENTES INSCRITOS EM 2022
33	TABELA 10 NÚMERO DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM, 2019-2022
34	TABELA 11 NÚMERO DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM NÃO PRESENCIAIS, 2019-2022
35	TABELA 12 NÚMERO DE DOMICÍLIOS DE ENFERMAGEM, 2019-2022
37	TABELA 13 RÁCIOS DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM, CONSULTAS DE ENFERMAGEM NÃO PRESENCIAS E AO DOMICÍLIO POR NÚMERO DE UTENTES INSCRITOS EM 2022
39	TABELA 14 PROPORÇÃO MÉDIA DE UTENTES COM DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2019-2022
41	TABELA 15 PROPORÇÃO MÉDIA DE UTENTES COM O DIAGNÓSTICO DE DIABETES <i>MELLITUS</i> , 2019-2022
43	TABELA 16 PROPORÇÃO MÉDIA DE UTENTES COM DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIAS MALIGNAS, NO FINAL DE CADA ANO, 2019-2022
45	TABELA 17 PROPORÇÃO MÉDIA DE UTENTES COM DIABETES, DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÓNICA, DOENÇA CARDÍACA CRÓNICA, OU COM IDADE SUPERIOR A 65 ANOS, COM A VACINA DA GRIPE PRESCRITA OU EFETUADA NOS 12 MESES ANTERIORES, 2019-2022
48	TABELA 18 DESPESA MÉDIA (EM EUR) COM MEDICAMENTOS PRESCRITOS, COMPARTICIPADOS PELO SNS, POR UTENTE UTILIZADOR, 2019-2022
50	TABELA 19 DESPESA MÉDIA (EM EUR) COM MEDICAMENTOS FATURADOS, POR UTENTE UTILIZADOR, COM BASE NO PVP, 2019-2022
52	TABELA 20 DESPESA MÉDIA (EM EUR) COM MEDICAMENTOS FATURADOS, POR UTENTE UTILIZADOR, BASEADO NO VALOR COMPARTICIPADO PELO SNS, 2019-2022
54	TABELA 21 PROPORÇÃO MÉDIA DE EMBALAGENS DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS PRESCRITOS, 2019-2022
56	TABELA 22 DESPESA MÉDIA (EM EUR) COM MCDT PRESCRITOS, POR UTENTE UTILIZADOR, COM BASE NO PREÇO, 2019-2022



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



5

58	TABELA 23 DESPESA MÉDIA COM MCDT FATURADOS, POR UTENTE UTILIZADOR DO SNS, BASEADA NO PREÇO CONVENCIONADO LÍQUIDO DA TAXA MODERADORA, 2019-2022
59	TABELA 24 DESPESA TOTAL SALARIAL (EM EUR) COM PESSOAL MÉDICO, 2019-2022
60	TABELA 25 TABELA 25 DESPESA TOTAL SALARIAL (EM EUR) COM PESSOAL DE ENFERMAGEM, 2019-2022
61	TABELA 26 TABELA 26 DESPESA TOTAL SALARIAL (EM EUR) COM PESSOAL ASSISTENTE TÉCNICO, 2019-2022
65	TABELA 27 SCORE MÉDIO POR UF E POR REGIÃO, 2022
67	TABELA 28 ANÁLISE DE REGRESSÃO USANDO OS SCORES DEA (MODELO TOBIT)
69	TABELA 29 ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA À DESPESA MÉDIA COM MEDICAMENTOS
71	TABELA 30 ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA À DESPESA MÉDIA COM MCDT
81	TABELA 31 ESTRUTURA DO QUESTIONÁRIO
83	TABELA 32 RESULTADOS DO LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÃO, POR ÁREA E SECÇÃO
85	TABELA 33 ÁREA I - ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO: QUESTÕES COM MENOR E MAIOR PORCENTAGEM DE CUMPRIMENTO
87	TABELA 34 ÁREA II - PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE: QUESTÕES COM MENOR E MAIOR PORCENTAGEM DE CUMPRIMENTO
88	TABELA 35 ÁREA III - INFRAESTRUTURAS E SISTEMAS TÉCNICOS: QUESTÕES COM MENOR E MAIOR PORCENTAGEM DE CUMPRIMENTO
89	TABELA 36 ÁREA IV - GESTÃO DA MEDICAÇÃO: QUESTÕES COM MENOR E MAIOR PORCENTAGEM DE CUMPRIMENTO
90	TABELA 37 ÁREA V - GESTÃO DO RISCO: QUESTÕES COM MENOR E MAIOR PORCENTAGEM DE CUMPRIMENTO
97	TABELA 38 PRINCIPAIS ASSUNTOS VISADOS NAS RECLAMAÇÕES DOS ESTABELECIMENTOS DE CSP REFERENTES A QUALIDADE E SEGURANÇA



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



6

ÍNDICE DE FIGURAS

63	FIGURA 1 DATA ENVELOPMENT ANALYSIS (DEA)
64	FIGURA 2 PERCENTAGEM DE SCORES ACIMA E ABAIXO DO VALOR MÉDIO, POR UF, 2022
75	FIGURA 3 ADMISSÃO HOSPITALAR POR MOTIVO DE ASMA OU DPOC POR 100.000 HABITANTES COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 15 ANOS, EM 2019 E 2022 (OU 2021)
76	FIGURA 4 ADMISSÃO HOSPITALAR POR MOTIVO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, EM 2019 E 2022 (OU 2021), POR 100.000 HABITANTES COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 15 ANOS
77	FIGURA 5 ADMISSÃO HOSPITALAR POR MOTIVO DE DIABETES POR 100.000 HABITANTES, EM 2019 E 2022 (OU 2021), PARA IDADES IGUAIS OU SUPERIORES A 15 ANOS
78	FIGURA 6 ADMISSÃO HOSPITALAR POR MOTIVO DE HIPERTENSÃO POR 100.000 HABITANTES, EM 2019 E 2022 (OU 2021), PARA IDADES IGUAIS OU SUPERIORES A 15 ANOS
79	FIGURA 7 AMPUTAÇÕES MAJOR DE MEMBROS INFERIORES EM DOENTES COM DIABETES, EM 2019 E 2022 (OU 2021), POR 100.000 HABITANTES
82	FIGURA 8 LOCALIZAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS RESPONDENTES E SUA DISTRIBUIÇÃO POR REGIÃO DE SAÚDE
92	FIGURA 9 QUESTÕES COM TAXA DE CONFORMIDADE MÉDIA INFERIOR A 50%
96	FIGURA 10 TEMAS VISADOS NAS RECLAMAÇÕES SOBRE CSP, COM DATA DE OCORRÊNCIA ENTRE JANEIRO DE 2018 E JUNHO DE 2023



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



7

ABREVIATURAS

ACES | Agrupamento de Centros de Saúde

ACSC | *Ambulatory Care Sensitive Conditions*

ACSS | Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

ANEPC | Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil

ARS | Administração Regional de Saúde

AVAC | Aquecimento, Ventilação e Ar Condicionado

CCR | Modelo Charnes, Cooper e Rhodes

CSP | Cuidados de Saúde Primários

DDM | Diagnóstico de Diabetes *Mellitus*

DEA | *Data Envelopment Analysis*

DE-SNS | Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde

DGS | Direção-Geral da Saúde

DM2 | Diabetes *Mellitus* Tipo 2

DMCDT_FATUR | Despesa média com MCDT faturados, por utente utilizador do SNS, baseada no preço convencionado líquido da taxa moderadora

DMCDT_PRESC | Despesa média com MCDT prescritos, por utente utilizador, baseada no preço

DMEDF | Despesa média com medicamentos faturados, por utente utilizador, baseada no PVP

DMEDF_SNS | Despesa média com medicamentos faturados, por utente utilizador, baseada no valor participado pelo SNS

DMU | *Decision Making Units*

DNM | Diagnóstico de Neoplasias Malignas

DPOC | Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EPI | Equipamento de Proteção Individual

ERS | Entidade Reguladora da Saúde

ETC | Equivalente a Tempo Completo

HTA | Hipertensão Arterial

INFARMED | Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

ISBAR | *Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation*

LASA | *Look-alike, Sound-alike*

LVT | Lisboa e Vale do Tejo

MCDT | Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MF | Médico de Família

OCDE | Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE | Ordem dos Enfermeiros

OF | Ordem dos Farmacêuticos

OM | Ordem dos Médicos

OMS | Organização Mundial da Saúde

PNS | Plano Nacional de Saúde

PVP | Preço de Venda ao Público

RNCCI | Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP | Rede Nacional de Cuidados Paliativos

RS | Região de Saúde

SDGM | Sistema de Distribuição de Gases Medicinais

SGREC | Sistema de Gestão de Reclamações da ERS

SNS | Serviço Nacional de Saúde

SRER | Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados

SUB | Serviço de Urgência Básica

TMRG | Tempos Máximos de Resposta Garantidos



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



ABREVIATURAS

UCC | Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP | Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF | Unidade Funcional

ULS | Unidade Local de Saúde

URAP | Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

URDMUM | Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo

USF | Unidade de Saúde Familiar

USP | Unidade de Saúde Pública

UTMF | Utentes com Médico de Família



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



Sumário Executivo

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm sido objeto de análise e supervisão por parte da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) ao longo dos anos, desde logo atento o contributo que o bom funcionamento deste nível de cuidados pode aportar para a eficiência e eficácia do sistema de saúde no seu global, com impacto no acesso dos utentes, que importa à ERS salvaguardar, no âmbito das atribuições previstas nos seus estatutos, aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, em concreto a de “garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes” (cf. alínea b) do artigo 5.º dos estatutos da ERS).

O presente estudo teve por objetivo proceder a uma avaliação das Unidades de Saúde Familiares (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), considerando duas óticas de análise complementares, para os anos compreendidos entre 2019 e 2022: qualidade e eficiência.

No ano de 2022, 87,0% dos utentes inscritos em USF e UCSP tinham médico de família. A região de saúde do Norte apresentou a maior percentagem de utentes inscritos com médico de família atribuído (97,4%) e a região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo apresentou a menor percentagem (74,8%). Adicionalmente, verificou-se também que as USF modelo B apresentaram a maior percentagem de utentes com médico de família, quando comparadas com as UCSP.

Relativamente aos recursos humanos, a região de saúde do Norte exibiu a maior percentagem de médicos, tendo as proporções de enfermeiros e outros profissionais seguido distribuições regionais semelhantes entre si. Quanto ao rácio de enfermeiros por médico, as UCSP apresentaram rácios superiores, quando comparadas com as USF, destacando-se, em

termos regionais, o resultado da região de saúde do Alentejo, que exibiu o maior rácio de enfermeiros por médico.

Em termos de utilização dos CSP, os resultados globais indicaram um aumento anual do número de consultas médicas e de enfermagem entre 2019 e 2021 e uma diminuição entre 2021 e 2022, tendência semelhante à observada para as consultas não presenciais (médicas e de enfermagem). Entre 2019 e 2020, houve um decréscimo do número de consultas médicas ao domicílio – tendência que se inverteu entre 2020 e 2021, apesar de não se ter atingido o nível de produção pré-pandemia, com novo decréscimo entre 2021 e 2022. Por seu turno, o número de consultas de enfermagem ao domicílio decresceu sistematicamente nos quatro anos em análise.

Dos resultados ponderados pelo número de inscritos, concluiu-se que, em 2022, no que se refere às consultas médicas totais, consultas médicas não presenciais e consultas ao domicílio, as USF apresentaram rácios globalmente superiores, quando comparadas com as UCSP, com destaque para a maior produção das USF modelo B. A nível regional, a região de saúde do Norte exibiu os rácios mais elevados de consultas médicas por utentes inscritos. Por outro lado, no que se refere às consultas de enfermagem por utentes, as UCSP apresentaram, na maioria das regiões de saúde, os rácios mais elevados de consultas de enfermagem por utentes inscritos, tendo a região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo apresentado o rácio mais baixo. Nas consultas de enfermagem não presenciais por utentes inscritos, as USF modelo A apresentaram maior rácio na maioria das regiões de saúde, e as USF modelo B o menor rácio. Nas consultas de enfermagem ao domicílio, as regiões de Lisboa e Vale do Tejo e do Algarve exibiram rácios muito abaixo do observado a nível nacional.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



10

Estes resultados relativos à atividade das unidades de CSP foram acompanhados de um aumento da prevalência das doenças crónicas, entre 2019 e 2022, em concreto da proporção média de utentes com diagnóstico de hipertensão arterial e de Diabetes *Mellitus*, e da incidência de neoplasias malignas.

A análise do desempenho económico-financeiro assentou no estudo de nove indicadores de despesa, distribuídos por três categorias: Medicamentos, Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) e Recursos Humanos. No global, constatou-se que a despesa média com medicamentos por utente utilizador aumentou entre 2019 e 2020, diminuiu entre 2020 e 2021, e aumentou de novo entre 2021 e 2022. Já a despesa com medicamentos genéricos prescritos aumentou entre 2019 e 2021 e diminuiu entre 2021 e 2022. A despesa média com MCDT registou uma diminuição entre 2019 e 2020 e um aumento nos dois anos seguintes em ambos os indicadores avaliados (MCDT prescritos e MCDT faturados). No que toca a recursos humanos, verificou-se que a despesa total com pessoal médico registou um aumento entre 2019 e 2020 e uma diminuição anual nos anos seguintes, enquanto a despesa total com pessoal de enfermagem e com pessoal assistente técnico aumentou em todos os anos do período estudado.

A análise da eficiência produtiva permitiu constatar que, globalmente, as USF modelo B exibiram um *score* médio de eficiência superior por comparação às restantes UF, embora tal constatação se altere consoante a região de saúde em causa. O estudo econométrico, empreendido com o objetivo de avaliar o efeito de variáveis suscetíveis de influenciar a despesa média com medicamentos e a despesa média com MCDT no ano de 2022, revelou um melhor desempenho das USF em relação às UCSP, no que se refere a gerarem níveis mais baixos de despesa com medicamentos e com MCDT. Na comparação entre os diferentes modelos de USF, as unidades de modelo B demonstraram uma maior eficácia na redução dos gastos – tanto com medicamentos, como com MCDT – em relação às de modelo A. Verificou-se também que o número de utentes com médico de família e o número de médicos ETC (Equivalente a Tempo Completo) por UF não impactam nas despesas com medicamentos e com MCDT, e que o *score* médio da eficiência apresenta um impacto positivo na despesa média com medicamentos faturados e na despesa média com MCDT faturados. Por último, a prevalência da doença, considerando a proporção média de utentes com diagnóstico de hipertensão arterial e a proporção média de utentes com o diagnóstico de Diabetes *Mellitus*, apresentou um efeito positivo na despesa média com medicamentos, resultando num menor gasto.

No que diz respeito à avaliação da qualidade, a comparação de indicadores internacionais revelou que, quer no que respeita a qualidade no curto prazo, quer numa ótica de longo prazo, Portugal revelava um desempenho acima da média da OCDE, em todos os indicadores analisados.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



11

Considerando o levantamento de informação realizado pela ERS sobre as condições existentes nas USF, UCSP e respectivos polos e extensões de saúde, que se encontravam registrados na ERS, em maio de 2023 – por referência quer à legislação aplicável, quer às normas, orientações e informações da Direção-Geral da Saúde (DGS) – constatou-se que a área de Prevenção e Controlo de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde apresentou a maior percentagem média de cumprimento, em termos de procedimentos implementados, condições existentes e práticas instituídas. Por outro lado, a área de Infraestruturas e Sistemas Técnicos apresentou a menor percentagem média de procedimentos instituídos.

A análise dos comentários e sugestões submetidos à ERS pelas UF no âmbito do questionário permitiu concluir que subsistia ainda algum desconhecimento relativo aos requisitos regulamentares exigíveis para estes estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, bem como sobre a quem incumbe, em termos de responsabilidades, a sua implementação e manutenção. Detetaram-se também oportunidades de melhoria no que diz respeito à articulação entre os ACES e as UF que os compõe, e entre diferentes tipos de UF dentro do mesmo ACES.

A comparação dos resultados do questionário com outras fontes de informação interna da ERS (ações de fiscalização realizadas e processos de reclamação, avaliação e inquérito tramitados) permitiu confirmar que os constrangimentos identificados pelas UF eram coincidentes com as falhas verificadas em sede de ações de fiscalização e, adicionalmente, que estavam relacionados com as temáticas abordadas em maior volume nas reclamações.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



12



1

INTRODUÇÃO



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



13

1 | INTRODUÇÃO

Os CSP têm sido objeto de análise e supervisão por parte da ERS ao longo dos anos, sob várias óticas distintas. Em 2008 a ERS publicou um primeiro estudo dedicado aos CSP⁽¹⁾, o qual teve por principal objetivo analisar o acesso à rede de cuidados de saúde primários do SNS, através da avaliação de cinco dimensões – proximidade, capacidade, adequabilidade, aceitabilidade e esforço financeiro. Este trabalho permitiu concluir, designadamente, que a maioria dos utentes estava globalmente satisfeita com o acesso aos Centros de Saúde do SNS, sem prejuízo de se ter detetado algum desconhecimento relativamente ao modo de funcionamento dos serviços dos Centros de Saúde.

Num segundo estudo⁽²⁾, publicado em 2016, procedeu-se à comparação dos modelos de gestão das USF e das UCSP. Estudadas as principais diferenças entre modelos, e analisados vários indicadores transversais (acesso, eficiência, desempenho económico-financeiro, entre outros), as principais conclusões deste estudo indicavam um melhor desempenho das USF modelo B na maioria dos indicadores considerados, possivelmente associado ao regime de incentivos financeiros aos profissionais dessas USF, incentivos que não se encontravam previstos nas USF modelo A e nas UCSP.

No ano de 2019 foram realizados dois estudos distintos dedicados aos CSP, o primeiro dos quais incidiu sobre a avaliação do acesso a estes cuidados, numa vertente de ajustamento entre a oferta e a procura, e sobre a análise da qualidade e da eficiência dos serviços e dos cuidados prestados. Foi possível concluir que a criação de unidades funcionais não estava a acompanhar a procura potencial estimada destes cuidados. Por outro lado, no âmbito da qualidade e eficácia dos CSP, constatou-se que a taxa de internamentos evitáveis por causas atribuíveis aos CSP tinha diminuído entre 2014 e 2016, e que, relativamente aos cuidados de saúde de prevenção e à promoção da saúde, o desempenho global da rede não tinha sofrido alterações significativas entre 2015 e 2017, com as USF modelo B a exibirem um melhor desempenho, em todos os parâmetros, face aos demais tipos de unidades funcionais.

O segundo estudo de 2019 teve por objetivo avaliar a satisfação dos utentes das USF dos ACES do SNS, tendo por base a realização de entrevistas levadas a cabo presencialmente nas USF dos ACES. Na análise da satisfação levou-se em consideração a perceção e a avaliação por parte dos utentes dos CSP em várias dimensões dos serviços, como a marcação de consultas, a organização dos serviços, a conduta dos profissionais administrativos e de saúde, a resposta às suas expectativas e a imagem da unidade de CSP. No cômputo geral, os resultados obtidos revelavam níveis de satisfação altos, o que refletiu a importância dos CSP para a população e a relação de confiança que os utentes estabelecem com estes serviços. Concluiu-se também que seria possível promover o aumento do nível de satisfação dos utentes com os CSP do SNS através de melhorias na qualidade e na organização dos serviços administrativos.

(1) “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS”, disponível em <https://www.ers.pt/media/jrdp50oy/file-24.pdf>.

(2) “Estudo sobre as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados”, disponível em <https://www.ers.pt/media/emrjttgz/file-56.pdf>.



ESTUDO
ABRIL DE 2024



Adicionalmente, os CSP têm vindo a ser monitorizados pela ERS de forma regular, particularmente da perspetiva do acesso dos cidadãos a estes cuidados, destacando-se aqui a última publicação da Informação de Monitorização sobre “Cuidados de Saúde Primários – Acesso a médico de família, consultas médicas e de enfermagem e rastreios”⁽³⁾, de junho de 2023.

A particular atenção que a ERS tem dedicado aos CSP deve-se ao contributo que o bom funcionamento deste nível de cuidados pode aportar para a eficiência e eficácia do sistema de saúde no seu global e, consequentemente, para o acesso e bem estar dos utentes, que importa à ERS salvaguardar, no âmbito das atribuições previstas nos seus estatutos, aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, em concreto a de “garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes”⁽⁴⁾.

A nível internacional, a assinatura da Declaração de Alma-Ata⁽⁵⁾, em 1978, é o ponto chave para o reconhecimento da importância dos CSP como base para potenciar uma vida social e economicamente mais produtiva, por via da promoção da saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera mesmo que os CSP podem responder à maioria das necessidades de cuidados de saúde de uma pessoa durante toda a sua vida, incluindo a prevenção, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos (OMS, 2019)⁽⁶⁾. Sendo certo que o conceito de CSP tem sido repetidamente reinterpretado e redefinido, recentemente a OMS concebeu uma definição deste nível de cuidados com base em três componentes orientadoras: a satisfação de necessidades das pessoas em matéria de saúde, a abordagem sistemática de determinantes da saúde mais vastos

(sociais, económicos e ambientais) e a capacitação das pessoas, famílias e comunidades para a otimização da sua própria saúde (OMS, 2019). Na prática, esta definição implica que os CSP também se assumem como uma componente essencial do desenvolvimento humano, centrada em aspetos económicos, sociais e políticos (OMS, 2019).

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde 2030 (PNS 2030)⁽⁷⁾ está alinhado com esta perspetiva internacional. As estratégias de intervenção ali definidas (os Quatro «I» - Investir, Incluir, Inovar e Implementar) dão particular relevo à promoção e proteção da saúde, tendo por objetivo uma cobertura universal, centrada nos CSP e na comunidade, “não deixando ninguém para trás (*leaving no one behind*)” e com uma forte aposta no desenvolvimento de uma cultura de transição digital.

Tendo por base o contexto apresentado, o presente estudo tem por objetivo proceder à caracterização e avaliação das Unidades de Saúde Familiares (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), entre 2019 e 2022, considerando duas óticas de análise complementares: qualidade e eficiência.

O estudo está estruturado em quatro capítulos, sendo este primeiro capítulo introdutório. No capítulo 2 apresenta-se uma caracterização da forma de organização dos CSP em Portugal. No capítulo três procede-se a uma análise da eficiência produtiva e financeira das USCP e USF. O quarto capítulo é dedicado à análise de alguns parâmetros de qualidade, incluindo-se uma comparação de indicadores a nível internacional e a avaliação do atual grau de cumprimento de requisitos básicos de qualidade e segurança aplicáveis. O capítulo quinto apresenta um resumo dos resultados e conclusões mais relevantes.

(3) Disponível em <https://www.ers.pt/media/fvriest5/informa%C3%A7%C3%A3o-de-monitoriza%C3%A7%C3%A3o-csp.pdf>

(4) Cf. alínea b) do artigo 5.º dos estatutos da ERS.

(5) Declaração resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, realizada na cidade de Alma-Ata, Casaquistão, a 12/09/1978, (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347879/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471-eng.pdf?sequence=1>).

(6) Secção dedicada aos cuidados de saúde primários da organização Mundial de Saúde, disponível em <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>.

(7) Aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023, de 16 de agosto, publicada em Diário da República, Série I, n.º 158, de 16/08/2023.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



15



2

CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

2.1 UTENTES COM MÉDICO DE FAMÍLIA

2.2 RECURSOS HUMANOS



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



16

2 | CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

Os CSP assumem uma posição de relevo no SNS desde a sua criação, em 1979⁽⁸⁾. Ao longo de mais de quatro décadas, os CSP têm sido objeto de várias reformas, ainda que mantendo sempre como objetivo a saúde de proximidade para todas as populações, tendendo, cada vez mais, para a articulação e integração com outros níveis de cuidados.

Destacam-se aqui duas alterações aos CSP de grande impacto, levadas a cabo na primeira década do presente século: a reorganização de algumas UF em equipas autónomas, com a criação das USF, cuja missão de prestar cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica procura garantir a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos; e a criação dos ACES, integrando várias UF, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

O novo Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, veio definir a organização do SNS com base em regiões de saúde (organização territorial) e em níveis de cuidados (organização funcional), focando-se na proximidade e integração dos cuidados e na articulação inter-regional dos serviços. Através deste diploma é criada a Direção Executiva do SNS (DE-SNS), entidade que assume a coordenação da resposta assistencial das unidades de saúde do SNS e das unidades que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), assegurando o seu funcionamento em rede.

No que se refere aos CSP, o Estatuto do SNS define-os como o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com os cuidados de saúde, constituindo a resposta de proximidade e continuidade do processo assistencial⁽⁹⁾. Os ACES, incumbidos de garantir a prestação dos cuidados de saúde primários⁽¹⁰⁾, assumem a natureza jurídica de Institutos Públicos de regime especial, e são constituídos por centros de saúde – conjuntos de UF de prestação de CSP que intervêm a nível comunitário e de base populacional, a nível personalizado (com base na livre escolha pelos utentes) e ainda, quando aplicável, com funções de autoridade de saúde e de intervenção nos comportamentos aditivos⁽¹¹⁾.

(8) A Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, publicada em Diário da República, Série I, n.º 214, de 15/09/1979, cria o Serviço Nacional de Saúde, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição.

(9) Cf. alínea a) do n.º 1 do art.º 7.º do Estatuto do SNS.

(10) Cf. n.º 2 do art.º 10.º do Estatuto do SNS.

(11) Cf. art.º 33.º do Estatuto do SNS.



ESTUDO
ABRIL DE 2024



De salientar, também, a importância que o Estatuto do SNS atribui ao papel das Unidades Locais de Saúde (ULS) no âmbito dos CSP, no sentido de garantir, no próprio estabelecimento, a prestação integrada de cuidados de saúde hospitalares e de CSP⁽¹²⁾, prevendo, desde logo, que os centros de saúde integrados em ULS observem, com as necessárias adaptações, o mesmo regime de organização e funcionamento previsto para os ACES⁽¹³⁾. Neste sentido, o Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, procedeu à integração dos ACES, hospitalares e centros hospitalares já existentes no modelo das ULS, visando a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, o reforço dos cuidados primários na resposta de proximidade e de continuidade na assistência e a aposta na promoção da saúde, através da simplificação dos processos, do incremento da articulação entre equipas de profissionais de saúde e da melhoria da eficiência na gestão dos recursos públicos, procurando, simultaneamente, a participação ativa dos municípios no planeamento, organização e gestão do funcionamento da resposta em saúde à população das suas áreas geográfica, potenciando a proximidade e a gestão em rede.

Em conformidade com o artigo 38.º do Estatuto do SNS, coexistem nos ACES cinco tipos de UF⁽¹⁴⁾:

As Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (**URAP**), que prestam cuidados de saúde e serviços de consultoria às demais UF do ACES, promovendo a articulação com os cuidados hospitalares e com outros recursos da comunidade. São compostas por médicos de especialidades hospitalares, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas,

terapeutas da fala e ocupacionais, médicos dentistas, higienistas orais, assistentes sociais e outros profissionais integralmente afetos à URAP, mas que desempenham funções em várias UF (uma URAP por cada ACES);

As Unidades de Saúde Pública (**USP**), às quais cabe a vigilância epidemiológica, a elaboração de informações e planos no domínio da saúde pública, a gestão de programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população e de grupos específicos (uma USP por cada ACES);

As Unidade de Cuidados na Comunidade (**UCC**), através das quais os ACES participam na RNCCI, são unidades de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, com intervenção de âmbito domiciliário e comunitário junto de pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, sendo compostas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais (cada centro de saúde tem que incluir uma UCC ou serviços desta);

As Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (**UCSP**), são unidades constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, com autonomia funcional e técnica, que garantem uma carteira básica de serviços personalizados.

(12) Cf. n.º 4 do art.º 10.º do Estatuto do SNS.

(13) Cf. art.º 62.º do Estatuto do SNS.

(14) A título extraordinário, mediante proposta fundamentada dos respetivos diretores executivos, podem ser incorporadas nos ACES outras unidades ou serviços.



ESTUDO
ABRIL DE 2024



As Unidades de Saúde Familiar (**USF**), também dedicadas a cuidados personalizados, são formadas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, com autonomia funcional e técnica, e garantem aos cidadãos nelas inscritos uma carteira básica de serviços, diferenciando-se das UCSP por desenvolverem a sua atividade com base na contratualização de objetivos, fazendo corresponder incentivos financeiros e institucionais ao cumprimento daqueles objetivos.

No que diz respeito às USF, existem dois modelos, diferenciados pelo grau de autonomia organizacional, modelo retributivo e de incentivos aos profissionais, e modelo de financiamento. Neste contexto, será de destacar que, na sequência da publicação, em agosto de 2022, do Estatuto do SNS, houve lugar a toda uma série de alterações legislativas, nomeadamente no âmbito do regime jurídico de organização e funcionamento das USF⁽¹⁵⁾, da definição da carteira básica de serviços e dos princípios da carteira adicional de serviços das USF⁽¹⁶⁾, do índice de desempenho da equipa multiprofissional das USF modelo B e da atribuição dos incentivos institucionais a estas UF e às UCSP⁽¹⁷⁾ ou ainda no que diz respeito aos procedimentos de candidatura aplicáveis à constituição das USF modelo B, aos respetivos processos de monitorização e de acompanhamento e ainda os mecanismos de transição para USF modelo B⁽¹⁸⁾, diplomas publicados em datas posteriores à da elaboração do presente trabalho.

(15) Cf. Decreto-lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, que aprova o regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar, que revoga o Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto.

(16) Cf. Despacho n.º 12456-B/2023, de 5 de dezembro.

(17) Cf. Portaria 411-A/2023, de 5 de dezembro, que revoga a Portaria n.º 212/2017, de 19 de julho.

(18) Cf. Portaria n.º 454-A/2023, de 28 de dezembro.

Assim, considerando que os tipos de UF que mais se assemelham e são comparáveis são as USF e as UCSP, na medida em que dispõem de carteiras básicas de serviços similares e comparáveis, o presente estudo teve por objetivo avaliar a eficiência e qualidade destes tipos de UF.

A 31 de dezembro de 2022, a rede de UCSP, USF modelo A e USF modelo B era constituída por 1.054 UF, das quais 65,7% eram USF (33,4% USF modelo A e 32,3% USF modelo B) e 34,3% eram UCSP⁽¹⁹⁾.

(19) A informação utilizada para análise da rede de CSP do SNS neste capítulo foi disponibilizada pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), em resposta a um pedido de informação realizado pela ERS em junho de 2023.



Tabela 1
Identificação das UCSP,
USF-A e USF-B, por
Região de Saúde

REGIÃO DE SAÚDE	UCSP	% UCSP face ao total da região	USF-A	% de USF-A face ao total da região	USF-B	% de USF-B face ao total da região	TOTAL	%
Norte	115	26,9%	129	30,1%	184	43,0%	428	40,6%
Centro	85	44,7%	70	36,8%	35	18,4%	190	18,0%
Lisboa e Vale do Tejo	108	32,2%	125	37,3%	102	30,4%	335	31,8%
Alentejo	38	64,4%	12	20,3%	9	15,3%	59	5,6%
Algarve	16	38,1%	16	38,1%	10	23,8%	42	4,0%
Portugal Continental	362	34,3%	352	33,4%	340	32,3%	1 054	100,0%

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.

De acordo com os dados analisados, concluiu-se que a maioria das UF da região Norte correspondem a USF (73,1% das UF da região), sendo mais preponderantes as USF modelo B (43,0%). Por outro lado, a região de saúde do Alentejo, apresenta a maior percentagem de UCSP (64,4%) e as USF modelo B correspondem a 15,3% das UF dessa região. A distribuição dos três tipos de UF por ACES encontra-se descrita no Anexo 1.

2.1 UTENTES COM MÉDICO DE FAMÍLIA

De acordo com o Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos, o médico de família assume um papel central nos CSP, considerando-se que “cuida da pessoa, em termos de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos”⁽²⁰⁾.

A tabela 2 reporta o número de utentes com médico de família, sem médico de família, e sem médico de família por opção, por UF e por região de saúde.

(20) Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar, disponível em <https://ordemdosmedicos.pt/colégio-da-especialidade-de-medicina-geral-e-familiar/>.



Tabela 2
N.º de utentes com
médico de família, sem
médico de família e
sem médico de família
por opção, 2022^{(21),(22)}

Região de saúde	UF	Utentes com MF		Utentes sem MF por opção		Utentes sem MF		Total inscritos ativos	% utentes inscritos ativos por tipo de UF
		N.º	% total utentes inscritos ativos	N.º	% total utentes inscritos ativos	N.º	% total utentes inscritos ativos		
Norte	UCSP	663.830	95,1%	1.935	0,3%	32.220	4,6%	697.985	18,5%
	USF-A	858.147	97,4%	368	0,0%	22.627	2,6%		
	USF-B	2.149.917	98,1%	389	0,0%	41.783	1,9%		
Total		3.671.894	97,4%	2.692	0,1%	96.630	2,6%	3.771.216	100,0%
Centro	UCSP	719.888	87,2%	3.316	0,4%	102.743	12,4%	825.947	45,9%
	USF-A	526.822	93,9%	2.055	0,4%	32.457	5,8%		
	USF-B	400.570	97,3%	82	0,0%	11.073	2,7%		
Total		1.647.280	91,6%	5.453	0,3%	146.273	8,1%	1.799.006	100,0%
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	562.504	41,2%	12.780	0,9%	788.905	57,8%	1.364.189	35,8%
	USF-A	1.047.793	88,0%	743	0,1%	142.782	12,0%		
	USF-B	1.235.707	98,8%	496	0,0%	14.903	1,2%		
Total		2.846.004	74,8%	14.019	0,4%	946.590	24,9%	3.806.613	100,0%
Alentejo	UCSP	242.342	79,3%	1.249	0,4%	62.055	20,3%	305.646	59,5%
	USF-A	92.616	86,6%	416	0,4%	13.906	13,0%		
	USF-B	95.802	94,8%	7	0,0%	5.245	5,2%		
Total		430.760	83,9%	1.672	0,3%	81.206	15,8%	513.638	100,0%
Algarve	UCSP	168.911	81,1%	445	0,2%	38.914	18,7%	208.270	43,5%
	USF-A	132.563	91,3%	2	0,0%	12.678	8,7%		
	USF-B	124.981	100,0%	0	0,0%	14	0,0%		
Total		426.455	89,1%	447	0,1%	51.606	10,8%	478.508	-
Portugal Continental		9.022.393	87,0%	24.283	0,2%	1.322.305	12,8%	10.368.981	-

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.

(21) O total de utentes inscritos ativos engloba o somatório de utentes com médico de família, utentes sem médico de família e utentes sem médico de família por opção.

(22) A informação aqui apresentada, relativamente ao n.º de utentes com médico de família, sem médico de família e sem médico de família por opção não reflete todo o universo dos CSP, englobando somente os utentes inscritos em USF e UCSP.



A análise aos resultados permite verificar a existência de assimetrias importantes. Concretamente, em 2022, 87,0% dos utentes inscritos nos CSP tinham médico de família, e 13,0% não tinham médico de família, dos quais 0,2% não tinham médico de família por opção. A nível regional, a região de saúde do Norte apresentou a maior percentagem de utentes inscritos com médico de família atribuído (97,4%). Por outro lado, a região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo apresentou a menor percentagem (74,8%). Verificou-se também que a percentagem de utentes sem médico de família por opção era muito reduzida em todas as regiões de saúde

2.2 RECURSOS HUMANOS

No presente subcapítulo apresentam-se os números totais de recursos humanos e de recursos humanos equivalentes a tempo completo (ETC)⁽²³⁾, considerando médicos de família, enfermeiros e outros profissionais (assistentes técnicos e outros profissionais de saúde), a 31 de dezembro de 2022, por região de saúde e por tipo de UF.

Da análise da tabela 3 constatou-se que, em 2022, a nível nacional, havia uma maior predominância de enfermeiros (37,5%), seguindo-se os médicos (34,9%). A região de saúde do Norte exibia a maior percentagem de médicos (38,8%), seguida pelas regiões de saúde de Lisboa e Vale do Tejo (32,8%) e do Centro (18,7%). Quanto aos enfermeiros e outros profissionais, verificou-se que seguiam uma distribuição regional

(igual ou inferior a 0,4%), o que significa que a quase totalidade dos utentes sem médico de família não estava nessa situação por sua iniciativa.

Destaca-se ainda que as USF modelo B apresentam uma maior cobertura de utentes com médico de família, com percentagens superiores a 94% dos utentes inscritos em todas as regiões, por oposição às UCSP, com menor percentagem de utentes com médico de família, sendo de destacar o caso concreto das UCSP da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo (com 41,2%).

semelhante. Por tipo de UF, as regiões de saúde do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo concentravam o maior número de médicos em USF modelo B, enquanto nas restantes regiões de saúde esta classe profissional predominava nas UCSP. Quanto aos enfermeiros, a região de saúde do Norte concentrava mais de metade destes profissionais da região nas USF modelo B, e nas restantes regiões de saúde, com exceção de Lisboa e Vale do Tejo, a maioria encontrava-se nas UCSP. Em relação aos outros profissionais, as regiões de saúde do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo apresentavam a sua maior percentagem desta tipologia de profissionais nas USF modelo B, enquanto nas restantes regiões de saúde estavam nas USF modelo A.

(23) Carga semanal praticada pelos profissionais em horas, a dividir por 40 horas, independentemente do vínculo contratual.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



22

Tabela 3
Número de médicos de família, enfermeiros e outros profissionais (assistentes técnicos e outros profissionais de saúde), a 31 de dezembro de 2022

Região de saúde	Tipo	Médicos	% face ao total por região	Enfermeiros	% face ao total por região	Assistentes técnicos e outros	% face ao total por região
Norte	UCSP	554	23,6%	614	25,2%	514	27,7%
	USF-A	561	23,9%	565	23,2%	432	23,3%
	USF-B	1.232	52,5%	1.260	51,7%	912	49,1%
Total		2.347	38,8%	2.439	37,4%	1.858	38,8%
Centro	UCSP	561	49,4%	683	54,0%	469	52,4%
	USF-A	339	29,9%	346	27,4%	255	28,5%
	USF-B	235	20,7%	235	18,6%	171	19,1%
Total		1.135	18,7%	1.264	19,4%	895	18,7%
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	607	30,5%	666	32,8%	450	31,5%
	USF-A	679	34,2%	695	34,2%	482	33,7%
	USF-B	702	35,3%	672	33,1%	498	34,8%
Total		1.988	32,8%	2.033	31,2%	1.430	29,8%
Alentejo	UCSP	210	64,6%	349	73,8%	273	73,4%
	USF-A	62	19,1%	66	14,0%	55	45,5%
	USF-B	53	16,3%	58	12,3%	44	71,0%
Total		325	5,4%	473	7,3%	372	7,8%
Algarve	UCSP	115	44,1%	151	49,0%	121	51,3%
	USF-A	80	30,7%	89	28,9%	62	26,3%
	USF-B	66	25,3%	68	22,1%	53	22,5%
Total		261	4,3%	308	4,7%	236	4,9%
Portugal Continental		6.056	34,9%	6.517	37,5%	4.791	27,6%

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.



Quanto à análise dos recursos humanos por ETC, a análise da tabela 4 permitiu verificar que, em termos regionais, as tendências eram semelhantes às descritas anteriormente. Constatou-se também que, a nível nacional, das três categorias de recursos humanos descritas havia uma maior predominância de enfermeiros (37,8%), seguindo-se os médicos (33,9%).

Tabela 4
Número de médicos de família, enfermeiros e outros profissionais (assistentes técnicos e outros profissionais de saúde) por ETC, a 31 de dezembro de 2022

Região de saúde	Tipo	Médicos	% face ao total por região	Enfermeiros	% face ao total por região	Assistentes técnicos e outros	% face ao total por região
Norte	UCSP	485	21,7%	586	24,4%	495	27,0%
	USF-A	542	24,2%	564	23,4%	430	23,4%
	USF-B	1.212	54,1%	1.255	52,2%	910	49,6%
Total		2.239	40,0%	2.404	38,5%	1.835	39,3%
Centro	UCSP	469	45,8%	626	52,0%	456	51,8%
	USF-A	324	31,7%	344	28,6%	255	28,9%
	USF-B	231	22,5%	233	19,4%	171	19,3%
Total		1.024	18,3%	1.203	19,2%	882	18,9%
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	490	27,0%	587	30,2%	421	30,4%
	USF-A	642	35,3%	687	35,3%	470	33,8%
	USF-B	686	37,7%	671	34,5%	496	35,8%
Total		1.818	32,5%	1.945	31,1%	1.387	29,7%
Alentejo	UCSP	160	59,4%	278	69,2%	236	70,5%
	USF-A	56	20,9%	66	16,4%	55	16,4%
	USF-B	53	19,6%	58	14,4%	44	13,1%
Total		269	4,8%	402	6,4%	335	7,2%
Algarve	UCSP	105	42,5%	142	47,6%	119	50,9%
	USF-A	77	31,2%	88	29,6%	62	26,5%
	USF-B	65	26,3%	68	22,8%	53	22,6%
Total		248	4,4%	299	4,8%	234	5,0%
Portugal Continental		5.598	33,9%	6.252	37,8%	4.673	28,3%

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.



A tabela 5 apresenta os rácios de enfermeiros por médicos por tipo de UF, tanto para o número total de recursos humanos como para ETC⁽²⁴⁾. A análise permite concluir que a região de saúde do Alentejo apresentou os maiores rácios, com 1,46 e 1,49 enfermeiros por médicos, respetivamente, e a de Lisboa e Vale do Tejo os menores rácios de 1,02 e 1,07, respetivamente. Adicionalmente, as regiões de saúde do Centro, Alentejo e Algarve exibiram valores superiores aos rácios nacionais. Numa análise por UF, as UCSP apresentavam rácios de enfermeiros por médicos superiores, quando comparadas com as USF modelo A e B.

(24) Os rácios calculados são utilizados como medidas de *skill-mix*, comumente aplicadas aos CSP. Veja-se, a título de exemplo Maier, C. B., Kroezen, M., Busse, R., & Wismar, M. (Eds.). (2022). *Skill-mix Innovation, Effectiveness and Implementation: Improving Primary and Chronic Care*. Cambridge: Cambridge University Press; Spooner S, McDermott I, Goff M, Hodgson D, McBride A, Checkland K. (2022). Processes supporting effective skill-mix implementation in general practice: A qualitative study. *Journal of Health Services Research & Policy*. 27(4) pp.269-277. doi:10.1177/13558196221091356.

Tabela 5
Rácio de enfermeiros por médicos (totais e ETC) por UF e região de saúde, 2022

Região de saúde	Tipo	Enfermeiros/ Médicos (totais)	Enfermeiros/ Médicos (por ETC)
Norte	UCSP	1,11	1,21
	USF-A	1,01	1,04
	USF-B	1,02	1,04
Total		1,04	1,07
Centro	UCSP	1,22	1,33
	USF-A	1,02	1,06
	USF-B	1,00	1,01
Total		1,11	1,17
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	1,10	1,20
	USF-A	1,02	1,07
	USF-B	0,96	0,98
Total		1,02	1,07
Alentejo	UCSP	1,66	1,74
	USF-A	1,06	1,17
	USF-B	1,09	1,10
Total		1,46	1,49
Algarve	UCSP	1,31	1,35
	USF-A	1,11	1,15
	USF-B	1,03	1,04
Total		1,18	1,21
Portugal Continental		1,08	1,12

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



25



3 | ANÁLISE DA EFICIÊNCIA

3.1 UTILIZAÇÃO

3.2 PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÓNICAS E DE NEOPLASIAS

3.3 DESEMPENHO ECONÓMICO-FINANCEIRO

3.4 ANÁLISE DA EFICIÊNCIA PRODUTIVA



3 | ANÁLISE DA EFICIÊNCIA

No presente capítulo procede-se à análise da eficiência das USF e UCSP, considerando quer o desempenho económico-financeiro, quer a eficiência produtiva. A título de enquadramento e de confronto com os resultados obtidos, apresenta-se igualmente a evolução de indicadores relativos à produção, na secção 3.1., e de indicadores relativos à evolução da prevalência de doenças crónicas e neoplasias.

3.1 UTILIZAÇÃO

A utilização dos CSP foi aqui medida através do número de consultas médicas⁽²⁵⁾ e de enfermagem⁽²⁶⁾, consultas médicas e de enfermagem não presenciais e consultas médicas e de enfermagem ao domicílio, considerando a evolução entre 2019 e 2022, e os rácios de todas as tipologias de consultas por total de utentes inscritos em 2022⁽²⁷⁾. Os resultados revelaram um aumento anual do número de consultas médicas realizadas entre 2019 e 2021 a nível nacional, e uma diminuição entre 2021 e 2022, com as regiões de saúde do Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo a seguirem esta tendência. As regiões de saúde do Alentejo

e Algarve exibiram uma diminuição do número de consultas médicas entre 2019 e 2020 e entre 2021 e 2022, com um aumento entre 2020 e 2021. As USF modelo B apresentaram um crescimento no número de consultas médicas em todas as regiões de saúde, com exceção da região de saúde do Alentejo, que exibiu um decréscimo entre 2021 e 2022. Em contrapartida, nas UCSP este tipo de consultas diminuiu em todas as regiões de saúde entre 2019 e 2020 e entre 2021 e 2022, e aumentou em todas as regiões entre 2020 e 2021, com exceção da região de saúde do Algarve (tabela 6).

(25) De acordo com a informação remetida pela ACSS, o número de consultas médicas contempla as realizadas em cada UF, correspondendo à soma de [número de consultas médicas (exceto SAPs e afins)] com [número de consultas médicas (SAPs e afins)].

(26) De acordo com a informação remetida pela ACSS, o número de consultas de enfermagem realizadas em cada UF corresponde à soma de [número de consultas de enfermagem presenciais (exceto SAPs e afins)] com [número de consultas enfermagem não presenciais (exceto SAPs e afins)] e com [número de domicílios de enfermagem (exceto SAPs e afins)].

(27) Foram considerados os indicadores relevantes para a análise da eficiência das UF. A ERS analisa anualmente um grupo alargado de indicadores de acesso nas informações de monitorização sobre cuidados de saúde primários, disponíveis em <https://www.ers.pt/pt/atividade/supervisoao/selecionar/informacao-de-monitorizacao/>.



Tabela 6
Número de consultas
médicas, 2019-2022⁽²⁸⁾

Região de saúde	Tipo	2019	2020	Variação 2019-2020	2021	Variação 2020-2021	2022	Variação 2021-2022
Norte	UCSP	2.776.381	2.585.380	-6,9%	2.768.745	7,1%	2.509.291	-9,4%
	USF-A	3.291.242	3.555.249	8,0%	3.843.216	8,1%	3.091.504	-19,6%
	USF-B	6.270.046	6.732.872	7,4%	7.548.848	12,1%	8.521.958	12,9%
Total		12.337.669	12.873.501	4,3%	14.160.809	10,0%	14.122.753	-0,3%
Centro	UCSP	2.866.019	2.619.952	-8,6%	2.776.749	6,0%	2.625.573	-5,4%
	USF-A	1.699.540	1.700.323	0,0%	1.936.895	13,9%	1.930.019	-0,4%
	USF-B	1.053.322	1.327.185	26,0%	1.478.858	11,4%	1.500.004	1,4%
Total		5.618.881	5.647.460	0,5%	6.192.502	9,7%	6.055.596	-2,2%
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	3.214.912	2.931.948	-8,8%	2.942.361	0,4%	2.578.619	-12,4%
	USF-A	2.715.215	2.787.466	2,7%	3.284.808	17,8%	3.037.956	-7,5%
	USF-B	3.075.342	3.303.677	7,4%	3.709.801	12,3%	4.003.356	7,9%
Total		9.005.469	9.023.091	0,2%	9.936.970	10,1%	9.619.931	-3,2%
Alentejo	UCSP	1.070.717	977.549	-8,7%	1.052.706	7,7%	1.030.195	-2,1%
	USF-A	427.065	380.574	-10,9%	423.259	11,2%	405.274	-4,2%
	USF-B	267.735	338.596	26,5%	394.713	16,6%	384.580	-2,6%
Total		1.765.517	1.696.719	-3,9%	1.870.678	10,3%	1.820.049	-2,7%
Algarve	UCSP	623.310	473.387	-24,1%	471.927	-0,3%	428.233	-9,3%
	USF-A	284.223	334.473	17,7%	409.940	22,6%	362.154	-11,7%
	USF-B	267.547	273.710	2,3%	329.654	20,4%	375.042	13,8%
Total		1.175.080	1.081.570	-8,0%	1.211.521	12,0%	1.165.429	-3,8%
Portugal Continental		29.902.616	30.322.341	1,4%	33.372.480	10,1%	32.783.758	-1,8%

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.

(28) De acordo com a informação remetida pela ACSS, o número de consultas médicas contempla as realizadas em cada UF, correspondendo à soma de [número de consultas médicas (exceto SAPs e afins)] com [número de consultas médicas (SAPs e afins)].



Através da análise da tabela 7, constatou-se que as consultas médicas não presenciais aumentaram nos anos de 2019, 2020 e 2021, e diminuíram em 2022, registando-se o maior aumento entre 2019 e 2020 na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo (116,5%), e entre 2020 e 2021 na região de saúde do Algarve (16,8%).

Tabela 7
Número de consultas
médicas não
presenciais, 2019-2022

Região de saúde	Tipo	2019	2020	Varição 2019-2020	2021	Varição 2020-2021	2022	Varição 2021-2022
Norte	UCSP	854.449	1.569.576	83,7%	1.596.861	1,7%	1.189.419	-25,5%
	USF-A	1.205.651	2.423.139	101,0%	2.452.262	1,2%	1.618.751	-34,0%
	USF-B	2.145.760	4.536.160	111,4%	4.775.583	5,3%	4.444.996	-6,9%
Total		4.205.860	8.528.875	102,8%	8.824.706	3,5%	7.253.166	-17,8%
Centro	UCSP	921.151	1.465.633	59,1%	1.563.652	6,7%	1.250.919	-20,0%
	USF-A	582.756	1.063.215	82,4%	1.175.891	10,6%	962.468	-18,1%
	USF-B	312.919	844.890	170,0%	924.732	9,4%	768.268	-16,9%
Total		1.816.826	3.373.738	85,7%	3.664.275	8,6%	2.981.655	-18,6%
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	710.114	1.351.157	90,3%	1.408.643	4,3%	1.044.202	-25,9%
	USF-A	719.796	1.641.823	128,1%	1.993.573	21,4%	1.435.992	-28,0%
	USF-B	838.486	1.917.385	128,7%	2.109.621	10,0%	1.828.625	-13,3%
Total		2.268.396	4.910.365	116,5%	5.511.837	12,2%	4.308.819	-21,8%
Alentejo	UCSP	352.723	489.322	38,7%	514.488	5,1%	435.853	-15,3%
	USF-A	158.315	218.313	37,9%	246.221	12,8%	194.070	-21,2%
	USF-B	84.410	187.758	122,4%	234.669	25,0%	181.728	-22,6%
Total		595.448	895.393	50,4%	995.378	11,2%	811.651	-18,5%
Algarve	UCSP	156.854	181.170	15,5%	187.465	3,5%	162.467	-13,3%
	USF-A	71.952	158.023	119,6%	198.326	25,5%	136.359	-31,2%
	USF-B	74.769	140.462	87,9%	174.211	24,0%	163.187	-6,3%
Total		303.575	479.655	58,0%	560.002	16,8%	462.013	-17,5%
Portugal Continental		9.190.105	18.188.026	97,9%	19.556.198	7,5%	15.817.304	-19,1%

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.



Na análise das consultas médicas ao domicílio, apresentada na tabela 8, constatou-se que a nível nacional, entre 2019 e 2020, houve um decréscimo do número de domicílios de 41,1%, o que estará associado à pandemia por COVID-19, sendo certo que, em termos regionais, o decréscimo foi mais acentuado na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo (-53,9%). Entre 2020 e 2021, a tendência inverteu-se e verificou-se

um aumento no número de domicílios médicos em todas as regiões de saúde, apesar de não se terem sido atingidos valores semelhantes aos do período anterior à pandemia. Entre 2021 e 2022, três das cinco regiões de saúde apresentaram um decréscimo neste indicador (com exceção das regiões de saúde do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo).

Tabela 8
Número de
consultas
médicas ao
domicílio,
2019-2022

Região de saúde	Tipo	2019	2020	Varição 2019-2020	2021	Varição 2020-2021	2022	Varição 2021-2022
Norte	UCSP	16.082	9.186	-42,9%	13.735	49,5%	11.221	-18,3%
	USF-A	23.257	13.585	-41,6%	21.680	59,6%	16.325	-24,7%
	USF-B	49.149	30.000	-39,0%	49.699	65,7%	54.658	10,0%
Total		88.488	52.771	-40,4%	85.114	61,3%	82.204	-3,4%
Centro	UCSP	9.085	5.467	-39,8%	7.643	39,8%	6.228	-18,5%
	USF-A	9.576	6.061	-36,7%	6.002	-1,0%	7.969	32,8%
	USF-B	9.080	7.075	-22,1%	7.376	4,3%	8.961	21,5%
Total		27.741	18.603	-32,9%	21.021	13,0%	23.158	10,2%
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	8.893	4.544	-48,9%	4.083	-10,1%	3.430	-16,0%
	USF-A	13.720	5.808	-57,7%	6.315	8,7%	8.020	27,0%
	USF-B	22.153	10.300	-53,5%	12.378	20,2%	17.791	43,7%
Total		44.766	20.652	-53,9%	22.776	10,3%	29.241	28,4%
Alentejo	UCSP	5.155	3.069	-40,5%	2.793	-9,0%	2.405	-13,9%
	USF-A	2.131	1.713	-19,6%	1.965	14,7%	1.332	-32,2%
	USF-B	1.922	2.661	38,4%	3.008	13,0%	1.692	-43,8%
Total		9.208	7.443	-19,2%	7.766	4,3%	5.429	-30,1%
Algarve	UCSP	955	952	-0,3%	1.524	60,1%	545	-64,2%
	USF-A	1.155	945	-18,2%	823	-12,9%	677	-17,7%
	USF-B	1.525	983	-35,5%	1.343	36,6%	2.204	64,1%
Total		3.635	2.880	-20,8%	3.690	28,1%	3.426	-7,2%
Portugal Continental		173.838	102.349	-41,1%	140.367	37,1%	143.458	2,2%

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



30

Quanto aos rácios de consultas médicas, consultas médicas não presenciais e consultas médicas ao domicílio por número de utentes inscritos em 2022, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre regiões de saúde, entre anos e entre tipos de UF, através da aplicação do teste Kruskal-Wallis (tabela 9). Em 2022, a nível regional, constatou-se que a região de saúde do Norte exibiu os maiores rácios, e a região de saúde do Algarve os menores rácios, independentemente do tipo de consulta considerado. Com exceção da região de saúde do Alentejo, onde se destacaram as USF modelo A nas consultas médicas não presenciais, nas restantes regiões de saúde destacaram-se as USF modelo B, com rácios superiores de consultas médicas e de consultas médicas não presenciais.



Tabela 9
Rádios de consultas médicas, consultas não presenciais e consultas ao domicílio por número de utentes inscritos em 2022⁽²⁹⁾

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.

Notas: No teste Kruskal-Wallis encontram-se descritos os resultados da Estatística de teste respetiva.

***Nível de significância $p < 0,01$.

(29) No teste estatístico Kruskal-Wallis assume-se como hipótese nula que a variável é igual entre três ou mais grupos (por exemplo, entre as ARS) e, como hipótese alternativa, que a variável é diferente entre os três ou mais grupos. A utilização destes testes exige que os dados provenham de amostras independentes de populações (por exemplo, como é o caso das consultas médicas, consultas médicas não presenciais e ao domicílio), não exigindo que as distribuições de probabilidade sigam a normalidade. Para se aferir da normalidade das variáveis, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, cuja hipótese nula identifica que a variável assume uma distribuição normal. Nas variáveis relativas às consultas médicas constata-se que não seguem uma distribuição normal, na medida em que se verificou que $p < 0,05$, rejeitando-se a hipótese nula.

Região de saúde	Tipo	Rácio de consultas médicas por utentes inscritos	Rácio de consultas médicas não presenciais por utentes inscritos	Rácio de consultas médicas ao domicílio por utentes inscritos
Norte	UCSP	3,60	1,70	0,02
	USF-A	3,51	1,84	0,02
	USF-B	3,89	2,03	0,02
Total		3,74	1,92	0,02
Centro	UCSP	3,18	1,51	0,01
	USF-A	3,44	1,71	0,01
	USF-B	3,64	1,87	0,02
Total		3,37	1,66	0,01
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	1,89	0,77	0,00
	USF-A	2,55	1,21	0,01
	USF-B	3,20	1,46	0,01
Total		2,53	1,13	0,01
Alentejo	UCSP	3,37	1,43	0,01
	USF-A	3,79	1,81	0,01
	USF-B	3,81	1,80	0,02
Total		3,54	1,58	0,01
Algarve	UCSP	2,06	0,78	0,00
	USF-A	2,49	0,94	0,00
	USF-B	3,00	1,31	0,02
Total		2,44	0,97	0,01
Portugal Continental		3,16	1,53	0,01
Teste Kruskal-Wallis - ARS (p-value)		1116,992 (0,001)***	621,840 (0,001)***	1389,492 (0,001)***
Teste Kruskal-Wallis - UF (p-value)		256,370 (0,001)***	213,945 (0,001)***	67,262 (0,001)***



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



32

A nível nacional, as consultas de enfermagem diminuíram todos os anos, com exceção de 2021 (tabela 10). Em 2022, as regiões de saúde do Norte e do Algarve apresentaram crescimento neste indicador. As USF modelo B apresentaram um aumento de consultas de enfermagem, entre 2021 e 2022, em todas as regiões de saúde.



Tabela 10
Número de consultas de
enfermagem, 2019-2022⁽³⁰⁾

Região de saúde	Tipo	2019	2020	Variação 2019-2020	2021	Variação 2020-2021	2022	Variação 2021-2022
Norte	UCSP	1.768.015	1.354.910	-23,4%	1.565.437	15,5%	1.348.124	-13,9%
	USF-A	1.831.871	1.591.304	-13,1%	1.686.118	6,0%	1.488.213	-11,7%
	USF-B	3.311.897	2.819.981	-14,9%	2.967.138	5,2%	3.765.356	26,9%
Total		6.911.783	5.766.195	-16,6%	6.218.693	7,8%	6.601.693	6,2%
Centro	UCSP	1.964.299	1.550.551	-21,1%	1.858.969	19,9%	1.562.377	-16,0%
	USF-A	1.038.493	879.262	-15,3%	952.192	8,3%	1.015.509	6,6%
	USF-B	610.582	601.512	-1,5%	606.467	0,8%	671.733	10,8%
Total		3.613.374	3.031.325	-16,1%	3.417.628	12,7%	3.249.619	-4,9%
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	1.840.629	1.451.865	-21,1%	1.462.409	0,7%	1.221.250	-16,5%
	USF-A	1.483.815	1.218.194	-17,9%	1.285.394	5,5%	1.304.349	1,5%
	USF-B	1.608.349	1.351.055	-16,0%	1.410.759	4,4%	1.632.681	15,7%
Total		4.932.793	4.021.114	-18,5%	4.158.562	3,4%	4.158.280	0,0%
Alentejo	UCSP	737.381	588.585	-20,2%	859.160	46,0%	590.858	-31,2%
	USF-A	222.889	152.829	-31,4%	234.816	53,6%	157.679	-32,8%
	USF-B	151.216	142.072	-6,0%	168.480	18,6%	174.593	3,6%
Total		1.111.486	883.486	-20,5%	1.262.456	42,9%	923.130	-26,9%
Algarve	UCSP	365.954	243.944	-33,3%	214.979	-11,9%	221.738	3,1%
	USF-A	184.912	173.576	-6,1%	190.336	9,7%	193.797	1,8%
	USF-B	176.139	136.300	-22,6%	143.779	5,5%	188.486	31,1%
Total		727.005	553.820	-23,8%	549.094	-0,9%	604.021	10,0%
Portugal Continental		17.296.441	14.255.940	-17,6%	15.606.433	9,5%	15.536.743	-0,4%

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.

(30) De acordo com a informação remetida pela ACSS, o número de consultas de enfermagem realizadas em cada UF corresponde à soma de [número de consultas de enfermagem presenciais (exceto SAPs e afins)] com [número de consultas enfermagem não presenciais (exceto SAPs e afins)] e com [número de domicílios de enfermagem (exceto SAPs e afins)].



Relativamente às consultas de enfermagem não presenciais, foi possível observar que, em Portugal continental, este tipo de consultas aumentou entre 2019 e 2020, verificando-se uma diminuição em todos os anos seguintes. A nível regional, as regiões de saúde seguiram a mesma tendência, com exceção de Lisboa e Vale do Tejo e do Algarve, que exibiram crescimento na realização de consultas de enfermagem não presenciais em 2022.

Tabela 11
Número de consultas
de enfermagem não
presenciais, 2019-2022

Região de saúde	Tipo	2019	2020	Variação 2019-2020	2021	Variação 2020-2021	2022	Variação 2021-2022
Norte	UCSP	99.596	168.614	69,3%	160.347	-4,9%	108.983	-32,0%
	USF-A	101.954	228.815	124,4%	200.375	-12,4%	139.682	-30,3%
	USF-B	151.983	368.912	142,7%	335.703	-9,0%	317.523	-5,4%
Total		353.533	766.341	116,8%	696.425	-9,1%	566.188	-18,7%
Centro	UCSP	117.491	172.419	46,8%	148.803	-13,7%	122.770	-17,5%
	USF-A	73.924	129.826	75,6%	112.689	-13,2%	108.471	-3,7%
	USF-B	25.748	79.347	208,2%	79.976	0,8%	61.780	-22,8%
Total		217.163	381.592	75,7%	341.468	-10,5%	293.021	-14,2%
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	194.003	234.779	21,0%	174.532	-25,7%	202.943	16,3%
	USF-A	124.848	197.342	58,1%	181.220	-8,2%	198.444	9,5%
	USF-B	98.387	182.043	85,0%	170.022	-6,6%	197.415	16,1%
Total		417.238	614.164	47,2%	525.774	-14,4%	598.802	13,9%
Alentejo	UCSP	53.709	59.950	11,6%	46.803	-21,9%	40.619	-13,2%
	USF-A	19.884	10.892	-45,2%	8.909	-18,2%	6.332	-28,9%
	USF-B	6.777	8.090	19,4%	5.541	-31,5%	4.405	-20,5%
Total		80.370	78.932	-1,8%	61.253	-22,4%	51.356	-16,2%
Algarve	UCSP	21.400	24.447	14,2%	17.924	-26,7%	20.617	15,0%
	USF-A	15.336	27.277	77,9%	23.248	-14,8%	21.998	-5,4%
	USF-B	6.259	12.881	105,8%	9.446	-26,7%	9.992	5,8%
Total		42.995	64.605	50,3%	50.618	-21,7%	52.607	3,9%
Portugal Continental		1.111.299	1.905.634	71,5%	1.675.538	-12,1%	1.561.974	-6,8%

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.



Nos quatro anos em análise, verificou-se um decréscimo de consultas de enfermagem ao domicílio. Não obstante, nas regiões de saúde do Centro e do Alentejo as consultas de enfermagem ao domicílio aumentaram entre 2020 e 2021, e na região de saúde do Algarve entre 2021 e 2022. À semelhança do observado para o total das consultas de enfermagem, as USF modelo B apresentaram um aumento de consultas, entre 2021 e 2022 (com exceção da região de saúde do Alentejo), e a tendência inversa verificou-se para as UCSP, em todas as regiões de saúde.

Tabela 12
Número de domicílios
de enfermagem,
2019-2022

Região de saúde	Tipo	2019	2020	Varição 2019-2020	2021	Varição 2020-2021	2022	Varição 2021-2022
Norte	UCSP	151.300	151.724	0,3%	143.725	-5,3%	112.720	-21,6%
	USF-A	164.922	169.948	3,0%	157.492	-7,3%	128.199	-18,6%
	USF-B	312.177	297.525	-4,7%	288.487	-3,0%	334.972	16,1%
Total		628.399	619.197	-1,5%	589.704	-4,8%	575.891	-2,3%
Centro	UCSP	117.568	115.208	-2,0%	136.063	18,1%	97.568	-28,3%
	USF-A	69.679	67.553	-3,1%	68.160	0,9%	65.087	-4,5%
	USF-B	50.811	52.435	3,2%	48.925	-6,7%	50.932	4,1%
Total		238.058	235.196	-1,2%	253.148	7,6%	213.587	-15,6%
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	81.800	71.221	-12,9%	70.940	-0,4%	50.894	-28,3%
	USF-A	80.929	71.991	-11,0%	69.961	-2,8%	69.632	-0,5%
	USF-B	120.080	106.439	-11,4%	96.132	-9,7%	104.739	9,0%
Total		282.809	249.651	-11,7%	237.033	-5,1%	225.265	-5,0%
Alentejo	UCSP	60.696	66.410	9,4%	76.694	15,5%	55.033	-28,2%
	USF-A	17.653	13.609	-22,9%	14.199	4,3%	10.017	-29,5%
	USF-B	10.216	11.768	15,2%	11.198	-4,8%	10.060	-10,2%
Total		88.565	91.787	3,6%	102.091	11,2%	75.110	-26,4%
Algarve	UCSP	5.290	3.729	-29,5%	3.577	-4,1%	3.430	-4,1%
	USF-A	3.626	3.568	-1,6%	2.893	-18,9%	3.827	32,3%
	USF-B	4.547	2.936	-35,4%	3.225	9,8%	3.885	20,5%
Total		13.463	10.233	-24,0%	9.695	-5,3%	11.142	14,9%
Portugal Continental		1.251.294	1.206.064	-3,6%	1.191.671	-1,2%	1.100.995	-7,6%

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



36

Quanto aos rácios de consultas de enfermagem, consultas de enfermagem não presenciais e consultas de enfermagem ao domicílio por número de utentes inscritos em 2022, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre regiões de saúde, entre anos e entre tipos de UF, através da aplicação do teste Kruskal-Wallis (tabela 13). A região de saúde do Centro exibiu o rácio mais elevado de consultas de enfermagem por utentes inscritos (1,81), seguida pela região do Alentejo (1,80), tendo a região de Lisboa e Vale do Tejo apresentado o rácio mais baixo (1,09). No caso das consultas de enfermagem não presenciais por utentes inscritos, constatou-se uma realidade muito próxima entre regiões de saúde, com exceção das regiões do Alentejo e Algarve, que apresentaram os rácios inferiores. Nas consultas de enfermagem ao domicílio, as regiões de Lisboa e Vale do Tejo e do Algarve exibiram rácios muito abaixo do apresentado a nível nacional. Da análise por tipo de UF, em todas as regiões de saúde destacaram-se as UCSP, que apresentaram os rácios superiores de consultas de enfermagem por utentes inscritos em relação aos outros tipos de UF, com exceção das regiões de saúde de Lisboa e Vale do Tejo e do Algarve, onde se destacam as USF modelo B.



Tabela 13
Rádios de consultas de enfermagem, consultas de enfermagem não presenciais e ao domicílio por número de utentes inscritos em 2022⁽³¹⁾

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.

Notas: No teste Kruskal-Wallis encontram-se descritos os resultados da Estatística de teste respetiva.
***Nível de significância $p < 0,01$ e **Nível de significância $p < 0,05$.

(31) No teste estatístico Kruskal-Wallis assume-se como hipótese nula que a variável é igual entre três ou mais grupos (por exemplo, entre as ARS) e, como hipótese alternativa, que a variável é diferente entre os três ou mais grupos. A utilização destes testes exige que os dados provenham de amostras independentes de populações (por exemplo, como é o caso das consultas de enfermagem, consultas de enfermagem não presenciais e ao domicílio), não exigindo que as distribuições de probabilidade sigam a normalidade. Para se aferir da normalidade das variáveis, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, cuja hipótese nula identifica que a variável assume uma distribuição normal. Nas variáveis relativas às consultas de enfermagem constata-se que não seguem uma distribuição normal, na medida em que se verificou que $p < 0,05$, rejeitando-se a hipótese nula.

Região de saúde	Tipo	Rácio de consultas de enfermagem por utentes inscritos	Rácio de consultas de enfermagem não presenciais por utentes inscritos	Rácio de consultas de enfermagem ao domicílio por utentes inscritos
Norte	UCSP	1,93	0,16	0,16
	USF-A	1,69	0,16	0,15
	USF-B	1,72	0,14	0,15
Total		1,75	0,15	0,15
Centro	UCSP	1,89	0,15	0,12
	USF-A	1,81	0,19	0,12
	USF-B	1,63	0,15	0,12
Total		1,81	0,16	0,12
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	0,90	0,15	0,04
	USF-A	1,09	0,17	0,06
	USF-B	1,30	0,16	0,08
Total		1,09	0,16	0,06
Alentejo	UCSP	1,93	0,13	0,18
	USF-A	1,47	0,06	0,09
	USF-B	1,73	0,04	0,10
Total		1,80	0,10	0,15
Algarve	UCSP	1,06	0,10	0,02
	USF-A	1,33	0,15	0,03
	USF-B	1,51	0,08	0,03
Total		1,26	0,11	0,02
Portugal Continental		1,50	0,15	0,11
Teste Kruskal-Wallis - ARS (p-value)		1188,288 (0,001)***	43,874 (0,001)***	1389,492 (0,001)***
Teste Kruskal-Wallis - UF (p-value)		40,172 (0,001)***	8,700 (0,013)**	67,262 (0,001)***



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



38

3.2 PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS E DE NEOPLASIAS

Para avaliar a prevalência de doença, foi considerado o período compreendido entre 2019 e 2022, por região de saúde e por UF, e os seguintes indicadores: i) proporção média de utentes com diagnóstico de hipertensão arterial; ii) proporção média de utentes com o diagnóstico de Diabetes *Mellitus*; e iii) proporção média de utentes com diagnóstico de neoplasias malignas, no final de cada ano. Analisou-se também o indicador relativo à prevenção, nomeadamente a proporção média de utentes com diabetes, doença respiratória crónica, doença cardíaca crónica, ou idade superior a 65 anos com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos 12 meses anteriores.

Quanto à proporção média de utentes com diagnóstico de hipertensão arterial, nos anos de 2019 a 2022, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre regiões de saúde, entre anos e entre tipos de UF (cf. tabela 14). A nível nacional, os resultados indicaram um aumento da proporção média de utentes com diagnóstico de hipertensão arterial de 0,1 p.p. entre 2019 e 2020, de 0,2 p.p. entre 2020 e 2021, e de 0,6 p.p. entre 2021 e 2022. A nível regional, todas as regiões de saúde apresentaram aumentos no ano de 2022, sendo esse aumento mais expressivo nas regiões de saúde do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo. As USF modelo B apresentaram uma menor proporção média deste tipo de doença em três das cinco regiões de saúde (Norte, Centro e Alentejo).



Tabela 14
Proporção média
de utentes com
diagnóstico de
hipertensão arterial,
2019-2022⁽³²⁾

(32) No teste estatístico Kruskal-Wallis assume-se como hipótese nula que a variável é igual entre três ou mais grupos (por exemplo, entre as ARS) e, como hipótese alternativa, que a variável é diferente entre os três ou mais grupos. A utilização destes testes exige que os dados provenham de amostras independentes de populações (por exemplo, como é o caso da proporção média de utentes com diagnóstico de hipertensão arterial), não exigindo que as distribuições de probabilidade sigam a normalidade. Para se aferir da normalidade das variáveis, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, cuja hipótese nula identifica que a variável assume uma distribuição normal. Na variável "proporção média de utentes com diagnóstico de hipertensão arterial" constata-se que não segue uma distribuição normal, na medida em que se verificou que $p < 0,05$, rejeitando-se a hipótese nula.

Região de saúde	Tipo	2019	2020	Variação 2019-2020	2021	Variação 2020-2021	2022	Variação 2021-2022	
Norte	UCSP	24,8	24,8	0,0	25,6	0,8	26,2	0,6	
	USF-A	22,5	22,6	0,1	22,9	0,3	24,0	1,0	
	USF-B	20,7	20,7	0,0	21,4	0,6	22,2	0,8	
Total		22,5	22,5	0,0	23,0	0,5	23,7	0,7	
Centro	UCSP	27,4	27,5	0,0	27,7	0,2	27,6	-0,1	
	USF-A	23,5	23,8	0,3	24,0	0,2	24,5	0,5	
	USF-B	21,3	21,5	0,1	22,1	0,7	22,8	0,7	
Total		25,0	25,1	0,1	25,3	0,2	25,6	0,3	
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	19,0	19,3	0,3	18,5	-0,8	18,9	0,4	
	USF-A	21,7	21,8	0,0	22,0	0,3	22,8	0,8	
	USF-B	22,9	22,9	0,0	22,9	0,0	23,5	0,6	
Total		21,1	21,3	0,1	21,2	-0,1	21,8	0,7	
Alentejo	UCSP	29,9	29,8	-0,1	29,4	-0,4	29,2	-0,2	
	USF-A	29,1	28,9	-0,2	28,7	-0,2	28,8	0,0	
	USF-B	20,8	20,8	0,0	21,7	0,9	23,1	1,4	
Total		28,5	28,3	-0,1	28,2	-0,2	28,3	0,1	
Algarve	UCSP	21,3	20,5	-0,8	22,0	1,5	22,3	0,3	
	USF-A	19,7	20,0	0,3	20,4	0,4	20,5	0,1	
	USF-B	20,7	20,8	0,2	21,3	0,5	22,2	0,8	
Total		20,6	20,4	-0,2	21,3	0,9	21,6	0,4	
Portugal Continental		22,8	22,9	0,1	23,1	0,2	23,7	0,6	
Teste Kruskal-Wallis - ARS (p-value)	441,359 (0,001)***								
Teste Kruskal-Wallis - Ano (p-value)	20,957 (0,001)***								
Teste Kruskal-Wallis - UF (p-value)	172,625 (0,001)***								

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.

Notas: No teste Kruskal-Wallis encontram-se descritos os resultados da Estatística de teste respetiva. ***Nível de significância $p < 0,01$.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



40

Em relação à proporção média de utentes com diagnóstico de Diabetes *Mellitus*, constatou-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre regiões de saúde, entre anos e entre tipos de UF, através da aplicação do teste Kruskal-Wallis (cf. tabela 15).



Tabela 15
Proporção média de utentes com diagnóstico de Diabetes Mellitus, 2019-2022⁽³³⁾

(33) No teste estatístico Kruskal-Wallis assume-se como hipótese nula que a variável é igual entre três ou mais grupos (por exemplo, entre as ARS) e, como hipótese alternativa, que a variável é diferente entre os três ou mais grupos. A utilização destes testes exige que os dados provenham de amostras independentes de populações (por exemplo, como é o caso da proporção média de utentes com o diagnóstico de Diabetes Mellitus), não exigindo que as distribuições de probabilidade sigam a normalidade. Para se aferir da normalidade das variáveis, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, cuja hipótese nula identifica que a variável assume uma distribuição normal. Na variável "proporção média de utentes com o diagnóstico de Diabetes Mellitus" constata-se que não segue uma distribuição normal, na medida em que se verificou que $p < 0,05$, rejeitando-se a hipótese nula.

Região de saúde	Tipo	2019	2020	Varição 2019-2020	2021	Varição 2020-2021	2022	Varição 2021-2022
Norte	UCSP	9,3	9,4	0,1	9,8	0,4	10,1	0,3
	USF-A	8,4	8,5	0,1	8,7	0,2	9,2	0,5
	USF-B	7,9	8,0	0,1	8,4	0,3	8,7	0,3
Total		8,5	8,6	0,1	8,8	0,3	9,2	0,3
Centro	UCSP	9,9	9,9	0,0	10,1	0,2	10,1	0,0
	USF-A	8,6	8,9	0,2	9,0	0,1	9,1	0,2
	USF-B	7,8	8,0	0,1	8,3	0,3	8,5	0,3
Total		9,1	9,2	0,1	9,3	0,2	9,5	0,1
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	7,4	7,5	0,2	7,3	-0,2	7,4	0,1
	USF-A	7,5	7,6	0,1	7,8	0,3	8,1	0,3
	USF-B	7,8	7,9	0,1	7,9	0,0	8,1	0,2
Total		7,5	7,6	0,1	7,7	0,0	7,9	0,2
Alentejo	UCSP	10,6	10,6	0,0	10,5	-0,1	10,7	0,2
	USF-A	10,0	9,9	-0,1	10,0	0,1	10,2	0,1
	USF-B	7,7	7,7	0,0	8,0	0,3	8,4	0,4
Total		10,1	10,1	0,0	10,1	0,0	10,2	0,2
Algarve	UCSP	7,8	7,7	0,0	8,2	0,5	8,3	0,1
	USF-A	6,5	6,7	0,1	6,8	0,1	6,9	0,1
	USF-B	7,2	7,3	0,1	7,5	0,2	7,8	0,3
Total		7,2	7,3	0,1	7,5	0,3	7,7	0,1
Portugal Continental		8,4	8,5	0,1	8,6	0,2	8,8	0,2
Teste Kruskal-Wallis - ARS (p-value)	568,476 (0,001)***							
Teste Kruskal-Wallis - Ano (p-value)	36,122 (0,001)***							
Teste Kruskal-Wallis - UF (p-value)	216,923 (0,001)***							

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.

Notas: No teste Kruskal-Wallis encontram-se descritos os resultados da Estatística de teste respetiva.

***Nível de significância $p < 0,01$.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



42

Os resultados obtidos indicaram, quer a nível regional, quer para Portugal continental, um aumento da proporção média de utentes com este tipo de diagnóstico no período em análise. Em 2022, a proporção média de utentes com diagnóstico de Diabetes *Mellitus* foi de 8,8%, em Portugal continental, com as regiões de saúde do Alentejo, Centro e Norte a exibirem os valores mais elevados. As USF modelo B apresentaram uma menor proporção de utentes com diagnóstico de Diabetes *Mellitus* nas regiões de saúde do Norte, Centro e Alentejo.

Quanto à proporção média de utentes com diagnóstico de neoplasias malignas, no final de cada ano, entre 2019 e 2022, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre regiões de saúde, ano e tipo de UF através da análise do teste não paramétrico Kruskal-Wallis (tabela 16).



Tabela 16
Proporção média
de utentes com
diagnóstico de
neoplasias malignas,
no final de cada ano,
2019-2022⁽³⁴⁾

(34) No teste estatístico Kruskal-Wallis assume-se como hipótese nula que a variável é igual entre três ou mais grupos (por exemplo, entre as ARS) e, como hipótese alternativa, que a variável é diferente entre os três ou mais grupos. A utilização destes testes exige que os dados provenham de amostras independentes de populações (por exemplo, como é o caso da proporção média de utentes com diagnóstico de neoplasias malignas), não exigindo que as distribuições de probabilidade sigam a normalidade. Para se aferir da normalidade das variáveis, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, cuja hipótese nula identifica que a variável assume uma distribuição normal. Na variável “proporção média de utentes com diagnóstico de neoplasias malignas” constata-se que não segue uma distribuição normal, na medida em que se verificou que $p < 0,05$, rejeitando-se a hipótese nula.

Região de saúde	Tipo	2019	2020	Variação 2019-2020	2021	Variação 2020-2021	2022	Variação 2021-2022
Norte	UCSP	5,8	4,6	-1,3	6,2	1,6	6,8	0,6
	USF-A	5,7	4,5	-1,2	6,2	1,7	6,7	0,5
	USF-B	5,3	4,2	-1,1	5,9	1,7	6,0	0,1
Total		5,6	4,4	-1,2	6,1	1,7	6,4	0,3
Centro	UCSP	6,3	5,0	-1,3	6,0	1,0	6,3	0,3
	USF-A	5,7	4,8	-0,9	6,0	1,3	6,0	0,0
	USF-B	5,5	4,8	-0,7	5,7	1,0	6,2	0,5
Total		5,9	4,9	-1,0	6,0	1,1	6,2	0,2
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	5,1	3,9	-1,2	4,7	0,8	4,6	-0,2
	USF-A	5,8	4,2	-1,6	5,7	1,5	5,4	-0,3
	USF-B	5,9	4,4	-1,5	5,5	1,1	6,0	0,5
Total		5,6	4,1	-1,4	5,3	1,2	5,4	0,0
Alentejo	UCSP	5,9	4,6	-1,3	5,2	0,6	5,9	0,7
	USF-A	6,5	4,6	-1,9	5,8	1,1	6,4	0,6
	USF-B	5,1	3,8	-1,2	5,5	1,7	5,6	0,1
Total		5,9	4,5	-1,4	5,3	0,8	5,9	0,6
Algarve	UCSP	5,6	4,4	-1,2	5,4	1,0	4,7	-0,7
	USF-A	5,4	4,5	-0,9	5,2	0,7	5,6	0,4
	USF-B	6,2	4,4	-1,8	5,4	1,0	5,8	0,4
Total		5,7	4,4	-1,2	5,3	0,9	5,3	-0,1
Portugal Continental		5,7	4,4	-1,3	5,7	1,3	6,0	0,2
Teste Kruskal-Wallis - ARS (p-value)	106,716 (0,001)***							
Teste Kruskal-Wallis - Ano (p-value)	566,305 (0,001)***							
Teste Kruskal-Wallis - UF (p-value)	7,881 (0,019)**							

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.

Notas: No teste Kruskal-Wallis encontram-se descritos os resultados da Estatística de teste respetiva.

***Nível de significância $p < 0,01$ e ** Nível de significância $p < 0,5$.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



44

Os resultados indicaram um aumento da incidência de neoplasias malignas em Portugal continental, com exceção do ano de 2020, o que poderá estar associado à diminuição de diagnósticos durante a pandemia COVID-19. Em 2022, a proporção média de utentes com diagnóstico de neoplasias malignas era de 6,0‰, com as regiões de saúde do Norte e Centro a exibirem os valores mais elevados, de 6,4‰ e 6,2‰, respetivamente. Por tipo de UF, a realidade revelou-se muito heterogénea: as UCSP apresentaram uma menor proporção deste tipo de doença nas regiões de saúde de Lisboa e Vale do Tejo e Algarve, as USF modelo A na região de saúde do Centro e as USF modelo B nas regiões de saúde do Norte e do Alentejo.

Na tabela 17 apresenta-se a proporção média de utentes com diabetes, doença respiratória crónica, doença cardíaca crónica, ou com idade superior a 65 anos com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos 12 meses anteriores, tendo-se concluído pela existência de diferenças estatisticamente significativas entre regiões de saúde, entre anos e entre tipos de UF.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



45

Tabela 17

Proporção média de utentes com diabetes, doença respiratória crónica, doença cardíaca crónica, ou com idade superior a 65 anos com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos 12 meses anteriores, **(35)** 2019-2022

(35) No teste estatístico Kruskal-Wallis assume-se como hipótese nula que a variável é igual entre três ou mais grupos (por exemplo, entre as ARS) e, como hipótese alternativa, que a variável é diferente entre os três ou mais grupos. A utilização destes testes exige que os dados provenham de amostras independentes de populações (por exemplo, como é o caso da proporção média de utentes com diabetes, doença respiratória crónica, doença cardíaca crónica, ou com idade superior a 65 anos, com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos 12 meses anteriores), não exigindo que as distribuições de probabilidade sigam a normalidade. Para se aferir da normalidade das variáveis, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, cuja hipótese nula identifica que a variável assume uma

Região de saúde	Tipo	2019	2020	Variação 2019-2020	2021	Variação 2020-2021	2022	Variação 2021-2022
Norte	UCSP	51,2	60,1	8,9	69,7	9,6	67,3	-2,4
	USF-A	54,9	61,3	6,4	68,7	7,5	67,2	-1,6
	USF-B	55,8	60,3	4,5	68,9	8,6	68,3	-0,6
Total		54,1	60,5	6,4	69,1	8,5	67,7	-1,3
Centro	UCSP	45,7	50,9	5,2	65,0	14,1	62,7	-2,4
	USF-A	46,9	50,8	3,8	63,5	12,7	62,1	-1,4
	USF-B	49,5	52,5	2,9	65,6	13,1	64,7	-0,9
Total		46,8	51,2	4,3	64,6	13,4	62,9	-1,7
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	35,8	41,5	5,7	58,0	16,4	55,9	-2,1
	USF-A	41,5	46,0	4,5	61,2	15,2	59,0	-2,3
	USF-B	47,3	46,6	-0,7	62,0	15,3	59,6	-2,4
Total		41,1	44,7	3,6	60,4	15,7	58,2	-2,2
Alentejo	UCSP	41,1	50,5	9,4	58,1	7,5	56,4	-1,6
	USF-A	40,2	48,5	8,4	59,0	10,4	55,5	-3,5
	USF-B	38,7	45,4	6,8	59,0	13,6	58,6	-0,4
Total		40,6	49,4	8,9	58,4	9,0	56,5	-1,8
Algarve	UCSP	33,2	42,2	9,0	49,1	7,0	46,1	-3,1
	USF-A	35,8	41,1	5,3	49,1	8,0	45,2	-4,0
	USF-B	37,1	41,3	4,3	52,4	11,0	49,1	-3,3
Total		34,9	41,6	6,7	49,9	8,3	46,5	-3,4
Portugal Continental		47,3	52,6	5,3	64,1	11,5	62,3	-1,8
Teste Kruskal-Wallis - ARS (p-value)	995,137 (0,001)***							
Teste Kruskal-Wallis - Ano (p-value)	1501,188 (0,001)***							
Teste Kruskal-Wallis - UF (p-value)	128,549 (0,001)***							

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.

Notas: No teste Kruskal-Wallis encontram-se descritos os resultados da Estatística de teste respetiva.

***Nível de significância p<0,01.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



46

distribuição normal. Na variável "proporção média de utentes com diabetes, doença respiratória crónica, doença cardíaca crónica, ou com idade superior a 65 anos, com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos 12 meses anteriores" constata-se que não segue uma distribuição normal, na medida em que se verificou que $p < 0,05$, rejeitando-se a hipótese nula.

Os resultados indicam um aumento anual da proporção média deste indicador entre 2019 e 2021, e uma diminuição no ano seguinte, tanto em Portugal continental, como a nível regional. Em 2022, as regiões de saúde do Algarve, de Lisboa e Vale do Tejo e do Alentejo apresentaram as maiores diminuições e as menores proporção de utentes de grupos de risco com vacina da gripe prescrita ou administrada. Por outro lado, as USF modelo B apresentaram a maior proporção de utentes com vacina prescrita ou efetuada, em 2022, em todas as regiões de saúde.



ESTUDO
ABRIL DE 2024



3.3 DESEMPENHO ECONÓMICO-FINANCEIRO

A análise do desempenho económico-financeiro das UF no âmbito dos CSP assentou no estudo de nove indicadores de despesa, distribuídos por três categorias: Medicamentos, MCDT e Recursos Humanos. Concretamente, no âmbito do medicamento analisou-se a despesa média (em EUR) com medicamentos i) prescritos, comparticipados pelo SNS, por utente utilizador; ii) faturados, por utente utilizador, com base no Preço de Venda ao Público (PVP); e iii) faturados, por utente utilizador, com base no valor comparticipado pelo SNS. Ainda no contexto do medicamento, avaliou-se a proporção média de embalagens de medicamentos genéricos. Quanto aos MCDT, analisaram-se i) os prescritos, por utente utilizador, com base no preço, e ii) os faturados, por utente utilizador do SNS, com base no preço convencionado líquido da taxa moderadora. Por último, no âmbito dos recursos humanos, foi estudada a despesa total salarial com i) pessoal médico, ii) pessoal de enfermagem e iii) pessoal assistente técnico.

Na tabela 18 apresenta-se a despesa média com medicamentos prescritos, comparticipados pelo SNS, por utente utilizador, entre 2019 e 2021, cuja análise permitiu constatar a existência de diferenças significativas entre anos, entre regiões e entre tipo de UF, através da aplicação do teste Kruskal-Wallis. Em Portugal continental, esta despesa registou um aumento de 11,7% entre 2019 e 2020, uma diminuição de 3,7% entre 2020 e 2021, e um aumento de 5,7% entre 2021 e 2022. No período em análise, as regiões de saúde seguiram esta tendência, com exceção da região de saúde do Centro que, em 2022, registou um decréscimo de 1,2%. Nos quatro anos em análise, as USF modelo B apresentaram uma despesa por utente inferior em todas as regiões de saúde e as UCSP uma despesa superior, com a exceção da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, que apresentou a maior despesa nas USF modelo A, em 2021 e 2022.



ESTUDO
ABRIL DE 2024



Tabela 18
Despesa média
(em EUR) com
medicamentos
prescritos,
comparticipados
pelos SNS, por utente
utilizador, (36)
2019-2022

(36) No teste estatístico Kruskal-Wallis assume-se como hipótese nula que a variável é igual entre três ou mais grupos (por exemplo, entre ARS) e, como hipótese alternativa, que a variável é diferente entre os três ou mais grupos. A utilização destes testes exige que os dados provenham de amostras independentes de populações (por exemplo, despesa média com medicamentos prescritos), não exigindo que as distribuições de probabilidade sigam a normalidade. Para se aferir da normalidade das variáveis, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, cuja hipótese nula identifica que a variável assume uma distribuição normal. Na variável "despesa média com medicamentos prescritos" constata-se que não segue uma distribuição normal, na medida em que se verificou que $p < 0,05$, rejeitando-se a hipótese nula.

Região de saúde	Tipo	2019	2020	Varição 2019-2020	2021	Varição 2020-2021	2022	Varição 2021-2022
Norte	UCSP	199,7	217,2	8,8%	219,9	1,2%	233,3	6,1%
	USF-A	167,4	191,0	14,1%	191,1	0,0%	213,4	11,7%
	USF-B	152,3	173,4	13,8%	170,4	-1,7%	183,6	7,8%
Total		171,2	191,6	11,9%	190,0	-0,8%	204,0	7,4%
Centro	UCSP	230,5	253,7	10,1%	239,9	-5,5%	234,6	-2,2%
	USF-A	201,9	226,2	12,0%	213,5	-5,6%	214,7	0,6%
	USF-B	173,5	195,7	12,8%	189,8	-3,0%	186,0	-2,0%
Total		210,4	233,4	10,9%	220,8	-5,4%	218,2	-1,2%
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	180,2	198,5	10,1%	181,9	-8,4%	193,4	6,3%
	USF-A	168,6	191,4	13,5%	183,3	-4,2%	203,8	11,2%
	USF-B	161,2	183,1	13,6%	175,1	-4,4%	187,4	7,0%
Total		170,6	191,4	12,2%	180,4	-5,8%	195,7	8,5%
Alentejo	UCSP	240,0	264,5	10,2%	252,4	-4,6%	261,9	3,8%
	USF-A	204,2	238,4	16,7%	226,7	-4,9%	242,3	6,9%
	USF-B	176,5	191,7	8,6%	187,6	-2,2%	209,6	11,8%
Total		223,8	249,1	11,3%	238,2	-4,4%	250,7	5,2%
Algarve	UCSP	199,5	212,6	6,6%	203,5	-4,3%	218,7	7,5%
	USF-A	156,1	178,6	14,4%	169,2	-5,2%	181,5	7,3%
	USF-B	144,6	162,5	12,3%	156,1	-3,9%	168,4	7,9%
Total		173,3	190,1	9,7%	180,5	-5,0%	193,4	7,1%
Portugal Continental		181,7	203,0	11,7%	195,4	-3,7%	206,6	5,7%
Teste Kruskal-Wallis - ARS (p-value)	500,275 (0,001)***							
Teste Kruskal-Wallis - Ano (p-value)	185,577 (0,001)***							
Teste Kruskal-Wallis - UF (p-value)	624,832 (0,001)***							

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.

Notas: No teste Kruskal-Wallis encontram-se descritos os resultados da Estatística de teste respetiva.

***Nível de significância $p < 0,01$.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



49

A análise da tabela 19 permite verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas na despesa média com medicamentos faturados, por utente utilizador, com base no PVP, entre anos, entre regiões de saúde e entre UF, com base nos resultados do teste estatístico Kruskal-Wallis. De forma semelhante ao observado na análise anterior, a despesa média com medicamentos faturados a nível nacional, por utente utilizador, com base no PVP, registou um aumento entre 2019 e 2020 (11,7%), uma diminuição entre 2020 e 2021 (3,6%), e um aumento entre 2021 e 2022 (4,8%). No período em análise, todas as regiões de saúde seguiram esta tendência. Nos quatro anos em análise, as UCSP apresentaram despesa superior, com a única exceção a observar-se na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, onde a maior despesa foi verificada nas USF modelo B, em 2021, e nas USF modelo A, em 2022.



Tabela 19
Despesa média
(em EUR) com
medicamentos
faturados, por utente
utilizador, com base no
PVP, 2019-2022⁽³⁷⁾

(37) No teste estatístico Kruskal-Wallis assume-se como hipótese nula que a variável é igual entre três ou mais grupos (por exemplo, entre ARS) e, como hipótese alternativa, que a variável é diferente entre os três ou mais grupos. A utilização destes testes exige que os dados provenham de amostras independentes de populações (por exemplo, despesa média com medicamentos faturados), não exigindo que as distribuições de probabilidade sigam a normalidade. Para se aferir da normalidade das variáveis, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, cuja hipótese nula identifica que a variável assume uma distribuição normal. Na variável "despesa média com medicamentos faturados" constata-se que não segue uma distribuição normal, na medida em que se verificou que $p < 0,05$, rejeitando-se a hipótese nula.

Região de saúde	Tipo	2019	2020	Variação 2019-2020	2021	Variação 2020-2021	2022	Variação 2021-2022
Norte	UCSP	170,2	182,3	7,1%	184,1	0,9%	192,5	4,6%
	USF-A	144,8	165,3	14,1%	164,8	-0,3%	176,0	6,8%
	USF-B	137,9	153,9	11,6%	152,1	-1,2%	159,6	4,9%
Total		149,8	165,7	10,6%	164,6	-0,7%	172,2	4,7%
Centro	UCSP	194,3	212,9	9,5%	203,8	-4,3%	210,0	3,0%
	USF-A	172,6	194,8	12,8%	183,0	-6,0%	196,5	7,3%
	USF-B	157,7	174,5	10,6%	170,3	-2,4%	178,2	4,6%
Total		180,4	199,5	10,6%	189,9	-4,8%	199,1	4,8%
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	141,1	159,9	13,3%	147,2	-7,9%	150,2	2,0%
	USF-A	135,9	156,9	15,5%	148,7	-5,3%	161,8	8,9%
	USF-B	139,6	158,0	13,1%	150,6	-4,7%	155,9	3,5%
Total		138,8	158,2	14,0%	148,8	-6,0%	156,5	5,2%
Alentejo	UCSP	191,9	208,0	8,4%	198,3	-4,7%	202,0	1,9%
	USF-A	169,0	199,6	18,1%	191,2	-4,2%	201,7	5,5%
	USF-B	154,1	166,0	7,7%	161,8	-2,5%	173,8	7,4%
Total		182,0	200,5	10,2%	191,8	-4,3%	198,0	3,2%
Algarve	UCSP	154,0	166,8	8,3%	159,8	-4,2%	167,3	4,7%
	USF-A	108,9	142,0	30,4%	132,6	-6,6%	138,8	4,6%
	USF-B	128,7	145,3	12,9%	137,4	-5,5%	143,8	4,7%
Total		133,4	153,8	15,3%	145,2	-5,6%	151,7	4,5%
Portugal Continental		153,6	171,5	11,7%	165,4	-3,6%	173,2	4,8%
Teste Kruskal-Wallis - ARS (p-value)	698,595 (0,001)***							
Teste Kruskal-Wallis - Ano (p-value)	155,036 (0,001)***							
Teste Kruskal-Wallis - UF (p-value)	378,643 (0,001)***							

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.

Notas: No teste Kruskal-Wallis encontram-se descritos os resultados da Estatística de teste respetiva.

***Nível de significância $p < 0,01$.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



51

Considerando a despesa média com medicamentos faturados, por utente utilizador, com base no valor participado pelo SNS, constatou-se existirem diferenças estatisticamente significativas, de acordo com o resultado do teste estatístico Kruskal-Wallis, entre anos, entre regiões de saúde e entre UF (tabela 20). Esta despesa seguiu a tendência das despesas descritas anteriormente, em Portugal continental.



Tabela 20
Despesa média
(em EUR) com
medicamentos
faturados, por utente
utilizador, baseado no
valor compartilhado
pelos SNS,
2019-2022 ⁽³⁸⁾

(38) No teste estatístico Kruskal-Wallis assume-se como hipótese nula que a variável é igual entre três ou mais grupos (por exemplo, entre ARS) e, como hipótese alternativa, que a variável é diferente entre os três ou mais grupos. A utilização destes testes exige que os dados provenham de amostras independentes de populações (por exemplo, despesa média com medicamentos faturados, por utente utilizador, baseado no valor compartilhado pelo SNS), não exigindo que as distribuições de probabilidade sigam a normalidade. Para se aferir da normalidade das variáveis, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, cuja hipótese nula identifica que a variável assume uma distribuição normal. Na variável "despesa média com medicamentos faturados, por utente utilizador, baseado no valor compartilhado

Região de saúde	Tipo	2019	2020	Variação 2019-2020	2021	Variação 2020-2021	2022	Variação 2021-2022
Norte	UCSP	113,2	122,5	8,2%	124,2	1,4%	130,6	5,2%
	USF-A	95,8	110,7	15,6%	111,1	0,4%	119,4	7,5%
	USF-B	90,5	102,4	13,2%	101,7	-0,7%	107,2	5,4%
Total		98,9	110,8	12,0%	110,6	-0,2%	116,3	5,2%
Centro	UCSP	131,5	144,8	10,1%	139,6	-3,6%	144,7	3,6%
	USF-A	114,0	129,9	13,9%	122,7	-5,5%	132,1	7,6%
	USF-B	102,8	114,8	11,7%	112,6	-1,9%	118,3	5,1%
Total		120,4	134,1	11,4%	128,4	-4,3%	135,1	5,3%
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	92,5	106,1	14,7%	98,2	-7,4%	100,6	2,4%
	USF-A	87,9	103,1	17,3%	98,4	-4,5%	107,8	9,5%
	USF-B	89,9	103,2	14,8%	99,2	-3,9%	103,1	3,9%
Total		90,1	104,1	15,6%	98,6	-5,3%	104,2	5,7%
Alentejo	UCSP	127,1	139,1	9,4%	133,1	-4,3%	135,7	2,0%
	USF-A	112,0	134,4	20,0%	129,6	-3,6%	137,4	6,1%
	USF-B	101,8	111,1	9,2%	108,9	-2,0%	117,0	7,4%
Total		120,5	134,2	11,4%	129,0	-3,9%	133,5	3,5%
Algarve	UCSP	101,5	111,1	9,5%	106,9	-3,7%	112,5	5,2%
	USF-A	70,9	93,4	31,7%	88,1	-5,6%	92,8	5,3%
	USF-B	84,3	96,1	14,0%	91,0	-5,3%	95,5	5,0%
Total		87,5	101,9	16,4%	96,7	-5,0%	101,6	5,0%
Portugal Continental		101,2	114,3	12,9%	110,8	-3,0%	116,6	5,2%
Teste Kruskal-Wallis - ARS (p-value)	692,411 (0,001)***							
Teste Kruskal-Wallis - Ano (p-value)	181,452 (0,001)***							
Teste Kruskal-Wallis - UF (p-value)	384,643 (0,001)***							

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.

Notas: No teste Kruskal-Wallis encontram-se descritos os resultados da Estatística de teste respetiva.

***Nível de significância $p < 0,01$.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



53

pelo SNS” constata-se que não segue uma distribuição normal, na medida em que se verificou que $p < 0,05$, rejeitando-se a hipótese nula.

Quanto à proporção média de embalagens de medicamentos genéricos prescritos, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre regiões de saúde, entre anos e entre tipo de UF com base na aplicação do teste Kruskal-Wallis (tabela 21). Os resultados para Portugal continental revelaram um aumento anual deste indicador entre 2019 e 2021, e uma diminuição de 1,0%, entre 2021 e 2022, com a região

de saúde do Norte a apresentar a maior quebra (1,1%). As USF modelo B apresentaram, em todas as regiões de saúde, a maior proporção média de embalagens de medicamentos genéricos prescritos, nos quatro anos em análise, com a exceção da região de saúde do Alentejo, em que a maior proporção de embalagem de medicamentos genéricos prescritos se registou nas USF modelo A entre 2020 e 2022.



Tabela 21
Proporção média
de embalagens
de medicamentos
genéricos prescritos,
2019-2022⁽³⁹⁾

(39) No teste estatístico Kruskal-Wallis assume-se como hipótese nula que a variável é igual entre três ou mais grupos (por exemplo, entre ARS) e, como hipótese alternativa, que a variável é diferente entre os três ou mais grupos. A utilização destes testes exige que os dados provenham de amostras independentes de populações (por exemplo, proporção média de embalagens de medicamentos genéricos), não exigindo que as distribuições de probabilidade sigam a normalidade. Para se aferir da normalidade das variáveis, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, cuja hipótese nula identifica que a variável assume uma distribuição normal. Na variável “proporção média de embalagens de medicamentos genéricos prescritos” constata-se que não segue uma distribuição normal, na medida em que se verificou que $p < 0,05$, rejeitando-se a hipótese nula.

Região de saúde	Tipo	2019	2020	Variação 2019-2020	2021	Variação 2020-2021	2022	Variação 2021-2022
Norte	UCSP	62,2	63,9	2,7%	64,4	0,8%	63,9	-0,8%
	USF-A	64,3	65,9	2,5%	65,8	-0,2%	64,7	-1,7%
	USF-B	64,9	66,3	2,2%	66,4	0,2%	65,7	-1,1%
Total		63,9	65,5	2,5%	65,7	0,3%	65,0	-1,1%
Centro	UCSP	60,8	62,9	3,5%	63,6	1,2%	63,4	-0,4%
	USF-A	63,0	64,9	3,0%	65,2	0,5%	64,5	-1,1%
	USF-B	65,1	66,9	2,8%	67,1	0,2%	66,3	-1,2%
Total		62,3	64,3	3,2%	64,9	0,8%	64,4	-0,8%
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	60,6	63,1	4,1%	62,7	-0,7%	63,2	0,9%
	USF-A	64,2	65,1	1,3%	65,6	0,8%	64,4	-1,9%
	USF-B	67,1	68,2	1,7%	67,8	-0,6%	66,7	-1,6%
Total		63,8	65,3	2,4%	65,3	0,0%	64,7	-0,9%
Alentejo	UCSP	58,3	60,6	4,0%	61,1	0,8%	60,8	-0,4%
	USF-A	61,1	63,6	4,2%	62,9	-1,1%	61,7	-1,9%
	USF-B	61,9	63,1	1,9%	62,8	-0,5%	61,5	-1,9%
Total		59,4	61,6	3,7%	61,7	0,2%	61,1	-0,9%
Algarve	UCSP	56,8	58,0	2,0%	58,7	1,2%	58,2	-0,8%
	USF-A	62,1	60,9	-1,9%	60,7	-0,4%	59,4	-2,0%
	USF-B	64,3	66,0	2,8%	66,0	0,0%	65,2	-1,3%
Total		60,2	60,7	0,9%	61,1	0,6%	60,4	-1,1%
Portugal Continental		63,1	64,8	2,6%	65,0	0,3%	64,3	-1,0%
Teste Kruskal-Wallis - ARS (p-value)	331,819 (0,001)***							
Teste Kruskal-Wallis - Ano (p-value)	131,499 (0,001)***							
Teste Kruskal-Wallis - UF (p-value)	616,719 (0,001)***							

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.

Notas: No teste Kruskal-Wallis encontram-se descritos os resultados da Estatística de teste respetiva.

***Nível de significância $p < 0,01$.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



55

Da análise da tabela 22 verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas, considerando os resultados do teste estatístico Kruskal-Wallis, entre anos, regiões de saúde e tipo de UF, na despesa média com MCDT prescritos, por utente utilizador, com base no preço. A nível nacional, a despesa média registou uma diminuição de 7,9%, entre 2019 e 2020, um aumento nos anos seguintes (de 22,8% entre 2020 e 2021, e de 1,5% entre 2021 e 2022). Em 2022, e em sentido oposto ao observado para Portugal continental, nas regiões de saúde do Norte e do Alentejo assistiu-se a uma diminuição da despesa média com MCDT prescritos, face ao ano anterior (de 0,6% e de 5,3%, respetivamente). Globalmente, as UCSP apresentaram uma maior despesa média relativa, com exceção do verificado na região de saúde do Centro, onde em 2021 e 2022 a maior despesa foi verificada nas USF modelo A, e na região de saúde do Alentejo, que em 2021 exibiu a maior despesa nas USF modelo B.



Tabela 22
Despesa média (em EUR) com MCDT prescritos, por utente utilizador, com base no preço, 2019-2022⁽⁴⁰⁾

⁽⁴⁰⁾ No teste estatístico Kruskal-Wallis assume-se como hipótese nula que a variável é igual entre três ou mais grupos (por exemplo, entre ARS) e, como hipótese alternativa, que a variável é diferente entre os três ou mais grupos. A utilização destes testes exige que os dados provenham de amostras independentes de populações (por exemplo, despesa média com MCDT prescritos, por utente utilizador, com base no preço), não exigindo que as distribuições de probabilidade sigam a normalidade. Para se aferir da normalidade das variáveis, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, cuja hipótese nula identifica que a variável assume uma distribuição normal. Na variável "despesa média com MCDT prescritos, por utente utilizador, com base no preço" constata-se que não segue uma distribuição normal, na medida em que se verificou que $p < 0,05$, rejeitando-se a hipótese nula.

Região de saúde	Tipo	2019	2020	Variação 2019-2020	2021	Variação 2020-2021	2022	Variação 2021-2022
Norte	UCSP	70,4	62,6	-11,0%	81,4	30,0%	81,5	0,1%
	USF-A	61,8	56,8	-8,1%	73,5	29,4%	77,3	5,2%
	USF-B	56,4	53,3	-5,6%	68,5	28,5%	66,3	-3,2%
Total		62,2	57,1	-8,3%	73,5	28,7%	73,0	-0,6%
Centro	UCSP	69,5	63,7	-8,3%	75,1	17,8%	74,9	-0,2%
	USF-A	67,2	61,9	-7,8%	75,7	22,2%	78,6	3,9%
	USF-B	59,7	56,5	-5,4%	68,7	21,6%	69,6	1,3%
Total		66,9	61,8	-7,7%	74,0	19,9%	75,1	1,5%
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	74,6	66,2	-11,3%	75,8	14,5%	81,9	8,0%
	USF-A	68,1	62,0	-8,9%	74,3	19,7%	78,6	5,9%
	USF-B	62,6	58,2	-7,1%	71,9	23,6%	73,8	2,6%
Total		68,8	62,3	-9,4%	74,0	18,8%	78,1	5,5%
Alentejo	UCSP	64,6	63,1	-2,4%	73,7	16,9%	73,3	-0,6%
	USF-A	55,7	60,9	9,4%	80,1	31,5%	68,1	-15,0%
	USF-B	52,4	57,7	10,2%	75,7	31,2%	67,0	-11,6%
Total		61,1	61,9	1,3%	75,3	21,7%	71,3	-5,3%
Algarve	UCSP	74,3	67,1	-9,7%	73,2	9,1%	79,5	8,7%
	USF-A	65,6	62,2	-5,2%	69,6	11,9%	68,3	-1,8%
	USF-B	55,7	52,0	-6,7%	63,9	22,9%	66,4	3,9%
Total		67,3	62,1	-7,8%	69,7	12,3%	72,4	3,8%
Portugal Continental		65,2	60,0	-7,9%	73,7	22,8%	74,8	1,5%
Teste Kruskal-Wallis - ARS (p-value)	84,646 (0,001)***							
Teste Kruskal-Wallis - Ano (p-value)	735,353 (0,001)***							
Teste Kruskal-Wallis - UF (p-value)	248,698 (0,007)***							

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.

Notas: No teste Kruskal-Wallis encontram-se descritos os resultados da Estatística de teste respetiva.

***Nível de significância $p < 0,01$.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



57

Considerando a despesa média com MCDT faturados, por utente utilizador do SNS, com base no preço convencionado líquido da taxa moderadora, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre anos, regiões de saúde e entre UF, de acordo com os resultados do teste estatístico Kruskal-Wallis (tabela 23). A nível nacional, esta despesa média registou uma diminuição de 12,8% entre 2019 e 2020 e um aumento nos anos seguintes, de 47,6% entre 2020 e 2021, e de 10,8% entre 2021 e 2022, tendência semelhante à verificada em todas as regiões de saúde. Em 2022, as USF modelo B apresentaram a despesa média mais baixa em três das cinco regiões de saúde (Norte, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve).



Tabela 23
Despesa média com MCDT faturados, por utente utilizador do SNS, baseada no preço convencionado líquido da taxa moderadora, 2019-2022 ⁽⁴¹⁾

(41) No teste estatístico Kruskal-Wallis assume-se como hipótese nula que a variável é igual entre três ou mais grupos (por exemplo, entre ARS) e, como hipótese alternativa, que a variável é diferente entre os três ou mais grupos. A utilização destes testes exige que os dados provenham de amostras independentes de populações (por exemplo, despesa média com MCDT faturados, por utente utilizador do SNS, baseada no preço convencionado líquido da taxa moderadora), não exigindo que as distribuições de probabilidade sigam a normalidade. Para se aferir da normalidade das variáveis, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, cuja hipótese nula identifica que a variável assume uma distribuição normal. Na variável "despesa média com MCDT faturados, por utente utilizador do SNS, baseada

Região de saúde	Tipo	2019	2020	Variação 2019-2020	2021	Variação 2020-2021	2022	Variação 2021-2022	
Norte	UCSP	70,7	57,7	-18,4%	88,2	52,8%	95,3	8,1%	
	USF-A	67,8	59,5	-12,3%	89,6	50,6%	100,6	12,3%	
	USF-B	66,1	57,3	-13,3%	85,5	49,3%	91,4	6,9%	
Total		68,0	58,1	-14,6%	87,4	50,5%	94,8	8,4%	
Centro	UCSP	62,6	54,1	-13,6%	76,7	41,8%	84,6	10,3%	
	USF-A	64,2	55,4	-13,7%	83,2	50,2%	96,8	16,4%	
	USF-B	57,7	50,0	-13,3%	79,5	59,0%	90,1	13,4%	
Total		62,2	53,7	-13,6%	79,5	47,9%	89,9	13,1%	
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	63,7	55,8	-12,4%	77,7	39,1%	89,6	15,4%	
	USF-A	56,4	51,4	-8,9%	73,9	43,8%	86,2	16,7%	
	USF-B	53,6	48,5	-9,4%	72,4	49,1%	77,4	6,9%	
Total		58,2	52,1	-10,5%	74,6	43,3%	84,6	13,3%	
Alentejo	UCSP	39,8	35,2	-11,6%	48,8	38,8%	56,7	16,2%	
	USF-A	32,9	36,5	11,1%	53,1	45,5%	59,2	11,5%	
	USF-B	31,4	32,1	2,2%	49,0	52,4%	57,5	17,5%	
Total		37,2	35,0	-5,9%	49,7	42,0%	57,4	15,3%	
Algarve	UCSP	62,4	53,1	-14,9%	77,9	46,6%	83,3	7,0%	
	USF-A	48,6	48,3	-0,6%	75,5	56,3%	76,3	1,1%	
	USF-B	49,8	43,4	-12,8%	72,1	66,0%	73,6	2,1%	
Total		55,0	49,4	-10,3%	75,7	53,4%	78,5	3,7%	
Portugal Continental		61,5	53,6	-12,8%	79,2	47,6%	87,7	10,8%	
Teste Kruskal-Wallis - ARS (p-value)		375,019 (0,001)***							
Teste Kruskal-Wallis - Ano (p-value)		1544,808 (0,001)***							
Teste Kruskal-Wallis - UF (p-value)		9,987 (0,007)***							

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.

Notas: No teste Kruskal-Wallis encontram-se descritos os resultados da Estatística de teste respetiva.

***Nível de significância p<0,01.



no preço convencionado líquido da taxa moderadora* constata-se que não segue uma distribuição normal, na medida em que se verificou que $p < 0,05$, rejeitando-se a hipótese nula.

Em Portugal continental, a despesa total salarial com pessoal médico registou um aumento de 0,9% entre 2019 e 2020, e uma diminuição, em cada um dos anos seguintes, de 0,9% (tabela 24). Em 2022, todas as regiões de saúde exibiram uma diminuição nesta despesa, com a exceção da região de saúde do Norte. Em 2022 as USF modelo B apresentaram um aumento desta despesa na maioria das regiões (com exceção da região de saúde do Alentejo), tendo-se assistido a uma tendência de diminuição nas UCSP e nas USF modelo A na maioria das ARS.

Tabela 24
Despesa total salarial (em EUR)
com pessoal médico, 2019-2022

Região de saúde	Tipo	2019	2020	Varição 2019-2020	2021	Varição 2020-2021	2022	Varição 2021-2022
Norte	UCSP	31.274.350	29.814.783	-4,7%	28.579.058	-4,1%	25.709.729	-10%
	USF-A	26.455.399	28.094.081	6,2%	25.954.567	-7,6%	22.539.767	-13,2%
	USF-B	91.923.325	93.957.546	2,2%	97.156.345	3,4%	105.049.067	8,1%
Total		149.653.074	151.866.410	1,5%	151.689.970	-0,1%	153.298.563	1,1%
Centro	UCSP	31.008.907	28.690.189	-7,5%	26.335.760	-8,2%	24.606.619	-6,6%
	USF-A	15.007.558	16.221.738	8,1%	16.142.009	-0,5%	16.655.771	3,2%
	USF-B	19.549.948	19.522.428	-0,1%	20.968.207	7,4%	21.002.162	0,2%
Total		65.566.413	64.434.355	-1,7%	63.445.976	-1,5%	62.264.552	-1,9%
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	32.234.220	31.055.869	-3,7%	25.991.298	-16,3%	20.765.476	-20,1%
	USF-A	27.538.763	30.390.113	10,4%	30.680.049	1%	29.737.464	-3,1%
	USF-B	53.496.996	54.223.647	1,4%	56.580.780	4,3%	60.217.829	6,4%
Total		113.269.979	115.669.629	2,1%	113.252.127	-2,1%	110.720.769	-2,2%
Alentejo	UCSP	9.972.305	9.453.082	-5,2%	9.239.655	-2,3%	8.555.424	-7,4%
	USF-A	3.499.544	3.731.928	6,6%	3.817.917	2,3%	3.548.659	-7,1%
	USF-B	5.205.597	5.372.033	3,2%	5.329.226	-0,8%	5.314.409	-0,3%
Total		18.677.446	18.557.043	-0,6%	18.386.798	-0,9%	17.418.492	-5,3%
Algarve	UCSP	6.749.658	6.174.378	-8,5%	5.819.262	-5,8%	5.554.115	-4,6%
	USF-A	3.638.857	4.013.017	10,3%	4.212.389	5%	3.548.106	-15,8%
	USF-B	4.740.064	4.866.385	2,7%	5.359.399	10,1%	6.240.758	16,4%
Total		15.128.579	15.053.780	-0,5%	15.391.050	2,2%	15.342.979	-0,3%
Portugal Continental		362.295.491	365.581.217	0,9%	362.165.921	-0,9%	359.045.355	-0,9%

Fonte:
Elaboração
própria, com
base em
informação
remitida pela
ACSS.



A nível nacional, a despesa total com pessoal de enfermagem registou um aumento em todos os anos em análise (tabela 25). Em 2022, a despesa a nível nacional com pessoal de enfermagem foi de aproximadamente 190 milhões de euros. Nesse ano, três das cinco regiões de saúde exibiram um aumento nesta despesa, com a exceção das regiões de saúde do Alentejo e Algarve. A despesa com pessoal de enfermagem apresentou um aumento nas USF modelo B, em 2022 (com exceção da região de saúde do Alentejo), e nas UCSP uma diminuição (exceto na região de saúde do Centro).

Tabela 25

**Tabela 25 Despesa total salarial (em EUR)
com pessoal de enfermagem, 2019-2022**

Região de saúde	Tipo	2019	2020	Variação 2019-2020	2021	Variação 2020-2021	2022	Variação 2021-2022
Norte	UCSP	13.811.377	14.719.957	6,6%	14.827.530	0,7%	14.602.976	-1,5%
	USF-A	11.681.321	13.521.224	15,8%	12.663.728	-6,3%	12.736.082	0,6%
	USF-B	34.449.887	36.350.921	5,5%	38.494.264	5,9%	46.366.491	20,5%
Total		59.942.585	64.592.102	7,8%	65.985.522	2,2%	73.705.549	11,7%
Centro	UCSP	15.217.081	15.621.455	2,7%	16.176.233	3,6%	16.819.438	4%
	USF-A	6.474.087	7.424.393	14,7%	7.778.782	4,8%	8.979.528	15,4%
	USF-B	7.675.785	8.086.508	5,4%	8.648.487	6,9%	9.301.225	7,5%
Total		29.366.953	31.132.356	6%	32.603.502	4,7%	35.100.191	7,7%
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	17.632.111	17.601.258	-0,2%	16.662.416	-5,3%	15.390.154	-7,6%
	USF-A	12.770.503	14.962.168	17,2%	15.592.816	4,2%	17.014.703	9,1%
	USF-B	21.637.194	22.292.593	3%	25.129.737	12,7%	28.406.346	13%
Total		52.039.808	54.856.019	5,4%	57.384.969	4,6%	60.811.203	6%
Alentejo	UCSP	6.718.345	6.878.148	2,4%	8.257.349	20,1%	7.835.602	-5,1%
	USF-A	1.439.752	1.654.975	14,9%	1.959.142	18,4%	1.923.078	-1,8%
	USF-B	2.184.452	2.273.117	4,1%	2.693.201	18,5%	2.528.601	-6,1%
Total		10.342.549	10.806.240	4,5%	12.909.692	19,5%	12.287.281	-4,8%
Algarve	UCSP	3.528.960	3.634.622	3%	3.649.080	0,4%	3.331.259	-8,7%
	USF-A	1.510.028	1.840.380	21,9%	1.975.042	7,3%	1.878.279	-4,9%
	USF-B	1.898.770	2.016.011	6,2%	2.268.615	12,5%	2.672.149	17,8%
Total		6.937.758	7.491.013	8%	7.892.737	5,4%	7.881.687	-0,1%
Portugal Continental		158.629.653	168.877.730	6,5%	176.776.422	4,7%	189.785.911	7,4%

Fonte:
Elaboração
própria, com
base em
informação
remitida pela
ACSS.



Relativamente à despesa com pessoal assistente técnico, a nível nacional, esta despesa total registou um aumento no período em análise, com exceção de 2021, ano em que se manteve muito próxima da verificada em 2020 (tabela 26). Em 2022, a despesa a nível nacional com pessoal assistente técnico foi de aproximadamente 74 milhões de euros. Nesse ano, as regiões de saúde exibiram um aumento nesta despesa, com a exceção da região de saúde do Alentejo. À semelhança do observado para as restantes despesas com recursos humanos, em 2022 as despesas aumentaram nas USF modelo B e diminuíram nas UCSP.

Tabela 26

**Tabela 26 Despesa total salarial (em EUR)
com pessoal assistente técnico, 2019-2022**

Região de saúde	Tipo	2019	2020	Varição 2019-2020	2021	Varição 2020-2021	2022	Varição 2021-2022
Norte	UCSP	6.519.366	6.670.863	2,3%	6.634.331	-0,5%	6.186.348	-6,8%
	USF-A	5.218.488	6.071.537	16,3%	5.792.801	-4,6%	5.283.990	-8,8%
	USF-B	15.262.770	15.796.385	3,5%	16.449.915	4,1%	18.641.158	13,3%
Total		27.000.624	28.538.785	5,7%	28.877.047	1,2%	30.111.496	4,3%
Centro	UCSP	6.337.124	6.670.139	5,3%	6.218.338	-6,8%	6.163.076	-0,9%
	USF-A	2.835.296	3.217.802	13,5%	3.322.050	3,2%	3.604.434	8,5%
	USF-B	3.216.726	3.291.611	2,3%	3.492.251	6,1%	3.590.278	2,8%
Total		12.389.146	13.179.552	6,4%	13.032.639	-1,1%	13.357.788	2,5%
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	7.090.109	7.570.312	6,8%	6.480.800	-14,4%	5.562.438	-14,2%
	USF-A	5.083.431	5.965.033	17,3%	5.777.312	-3,1%	5.947.530	2,9%
	USF-B	8.964.814	9.158.343	2,2%	9.957.177	8,7%	10.869.540	9,2%
Total		21.138.354	22.693.688	7,4%	22.215.289	-2,1%	22.379.508	0,7%
Alentejo	UCSP	2.985.518	3.188.950	6,8%	3.320.078	4,1%	3.215.834	-3,1%
	USF-A	735.546	844.237	14,8%	885.235	4,9%	902.832	2%
	USF-B	989.699	984.594	-0,5%	1.001.911	1,8%	1.029.687	2,8%
Total		4.710.763	5.017.781	6,5%	5.207.224	3,8%	5.148.353	-1,1%
Algarve	UCSP	1.530.233	1.584.741	3,6%	1.571.944	-0,8%	1.523.819	-3,1%
	USF-A	689.020	694.303	0,8%	763.634	10%	714.350	-6,5%
	USF-B	830.333	819.885	-1,3%	892.604	8,9%	1.090.344	22,2%
Total		3.049.586	3.098.929	1,6%	3.228.182	4,2%	3.328.513	3,1%
Portugal Continental		68.288.473	72.528.735	6,2%	72.560.381	0,0%	74.325.658	2,4%

Fonte:
Elaboração
própria, com
base em
informação
remitida pela
ACSS.



ESTUDO
ABRIL DE 2024



3.4 ANÁLISE DA EFICIÊNCIA PRODUTIVA

Nesta secção avaliou-se a eficiência relativa nas UF através da metodologia DEA, com base em indicadores de fatores produtivos (*inputs*) e produtos (*outputs*), que permite a estimação de scores de eficiência técnica. Um dos pressupostos da metodologia de DEA é que possibilita medir a eficiência de unidades que realizam atividades homogêneas, assumindo-se, nesse sentido, que os três tipos de UF aqui em análise tinham objetivos similares na prestação de cuidados de saúde à população.

Para a avaliação da eficiência relativa recorreu-se ao modelo Charnes, Cooper e Rhodes (CCR) de Charnes et al. (1978)^{(42), (43)} (vide figura 1), tipicamente utilizado na investigação quantitativa aplicada à atividade da prestação de cuidados de saúde (a título de exemplo, Garcia-Lacalle e Martin, 2010; Kohl et al., 2019 Adabavazeh et al., 2023).^{(44), (45), (46)}

Para aplicação do modelo é necessária a identificação de grupos homogêneos de unidades de decisão (*Decision Making Units* – DMU), mas também a escolha dos diferentes indicadores de *inputs* e *outputs* das unidades, sendo certo que há uma relação a ter-se em conta entre o número de DMU e o número de *inputs* e *outputs*. Com efeito, a aplicação do DEA exige que se defina um número mínimo de DMU para um dado número de *inputs* e *outputs*, para que seja possível a identificação de diferenças de eficiência relativa entre as DMU.⁽⁴⁷⁾

(42) Charnes, A., Cooper, W.W. e Rhodes, E. (1978), "Measuring the efficiency of decision-making units", *European Journal of Operational Research*, 2 (6), 429-444.

(43) A técnica DEA também é conhecida em português como "análise envoltória de dados". O modelo CCR apresentado no quadro é o de Charnes, Cooper e Rhodes, de Charnes et al. (1978), sendo também conhecido como CCR orientado para os *inputs* (*input-oriented*) com retornos constantes à escala.

(44) Garcia-Lacalle, J. e Martin, E. (2010), "Rural vs urban hospital performance in a 'competitive' public health service", *Social Science & Medicine*, 71, 1131-1140.

(45) Kohl, S., Schoenfelder, J., Fügner, A., Brunner, J. (2019). "The use of Data Envelopment Analysis (DEA) in healthcare with a focus on hospitals", *Health Care Manag Sci*, 22, 245–286.

(46) Adabavazeh, N., Nikbakht, M., Tirkolaee, E. B. (2023), "Identifying and prioritizing resilient health system units to tackle the COVID-19 pandemic", *Socio-Economic Planning Sciences*, 85, 101452.

(47) Quanto a esta questão, é possível encontrar na literatura diferentes regras. Por exemplo, de acordo com Cooper, W.W., Seiford, L.M. e Tone, K. (2007), *Data Envelopment Analysis – A Comprehensive Text with Models, Applications, References and DEA-Solver Software*, New York: Springer, o número de DMU deve ser maior do que o máximo entre o produto do número de *inputs* com o número de *outputs* e três vezes a soma do número de *inputs* com o número de *outputs*. No caso do exercício aqui apresentado, o número de DMU é elevado pelo que não há seguramente problemas quanto a esta restrição, independentemente da regra concreta que se queria respeitar.



Figura 1
Data Envelopment
Analysis (DEA)

DATA ENVELOPMENT ANALYSIS (DEA)

A técnica de DEA foi desenvolvida por Charnes et al. (1978) e baseia-se na resolução de um problema de programação linear. Mede a eficiência relativa de unidades organizacionais semelhantes (*Decision Making Units* – DMU) na produção de resultados múltiplos (*outputs*). Tendo em conta um conjunto de n DMU, o modelo CCR de Charnes et al. (1978) mede a eficiência de cada DMU _{j} ($j=1,\dots,n$) que utiliza m inputs x_{ij} ($i=1,\dots,m$) para produzir s resultados y_{rj} (*outputs*, $r=1,\dots,s$). O modelo resolve o seguinte problema de programação linear para um DMU específico, DMU _{k} :

$$\max g_k = \sum_{r=1}^s \mu_r y_{rk}$$

sujeito a

$$\begin{aligned} \sum_{i=1}^m v_i x_{ik} &= 1 \\ \sum_{r=1}^s \mu_r y_{rj} &\leq \sum_{i=1}^m v_i x_{ij} & j = 1, \dots, n \\ v_i &\geq 0 & i = 1, \dots, m \\ \mu_r &\geq 0 & r = 1, \dots, s \end{aligned}$$

Onde v e μ são as ponderações dos *inputs* e *outputs*, respetivamente.

Na sua forma envoltória, o modelo é representado matematicamente da seguinte forma:

$$E_k = \min \theta$$

sujeito a

$$\begin{aligned} \sum_{i=1}^m \lambda_j x_{ij} &\leq \theta x_{ik} & i = 1, \dots, m \quad j = 1, \dots, n \\ \sum_{r=1}^s \lambda_j y_{rj} &\geq y_{rk} & r = 1, \dots, s \quad j = 1, \dots, n \\ \lambda_j &\geq 0 & j = 1, \dots, n \end{aligned}$$

onde λ representa a ponderação dos DMU _{j} .

Assim, calcula-se para cada DMU um *score* de eficiência relativa, equivalente ao rácio entre a soma ponderada de todos os *outputs* e a soma ponderada de todos os *inputs*, sendo o *score* de 1 equivalente ao DMU eficiente, em que não se consegue reduzir a quantidade de nenhum *input* para se obter o mesmo conjunto de *outputs*.

As DMU relativamente ineficientes têm *scores* inferiores a 1. Um *score* inferior a 1 implica que os *outputs* poderiam ser produzidos com uma menor quantidade de *inputs* (p.e., um *score* de 0,8 para uma DMU significa que os seus *inputs* teriam de ser reduzidos em 20% para se produzir os *outputs* de forma eficiente).



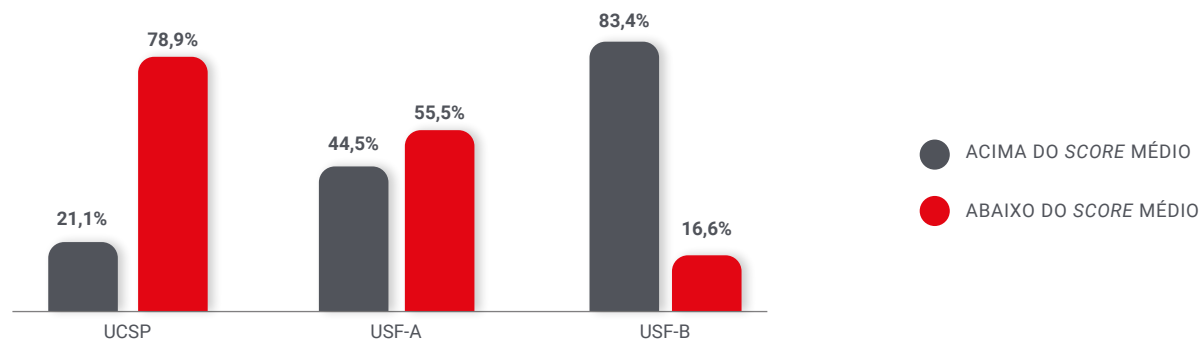
Aplicou-se, assim, o modelo CCR para o ano de 2022, onde se consideraram as UF que apresentavam o registo de informação completo para as variáveis de *input* e *output*. Desta forma, na aplicação do DEA contemplaram-se 910 UF, das quais 304 são UCSP, 292 são USF modelo A e 314 são USF modelo B⁽⁴⁸⁾.

A seleção de *inputs* e *outputs* a utilizar no DEA passou pela realização de testes a várias combinações de variáveis (número de médicos, número de enfermeiros) e *output* (número de utentes inscritos, consultas médicas, despesa com medicamentos prescritos por utilizador, consultas ao domicílio e consultas de planeamento familiar). Optou-se pelo

modelo em que se assumiu como *inputs* o número de médicos ETC e o número de enfermeiros ETC, e como *output* as consultas médicas, por serem a atividade mais frequente e homogénea nos prestadores de CSP, permitindo assim uma maior comparação entre os diferentes tipos de UF.

Da aplicação do modelo CCR de DEA para o conjunto homogéneo de 910 UF, relativamente à atividade de 2022, resultou que 83,4% das USF modelo B apresentaram *scores* de eficiência acima da média; nas USF modelo A essa percentagem foi de 44,5% e nas UCSP de 21,1%. Dos resultados retira-se que, globalmente, as USF modelo B apresentaram-se como as UF mais eficientes.

Figura 2
Percentagem de
scores acima e
abaixo do valor
médio, por UF, 2022



Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.

Quanto aos valores concretos dos *scores* de eficiência, em termos regionais, a região de saúde do Norte surgiu com o mais elevado nível médio de eficiência e a região de saúde do Algarve com o mais baixo (tabela 27); em todas as regiões de saúde as USF do modelo B apresentaram *scores* médios superiores.

(48) De acordo com os modelos que vigoraram até 2023.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



65

Tabela 27
Score médio por UF e
por região, 2022

Região de saúde	Tipo	Score médio	Score mínimo	Score máximo
Norte	UCSP	0,4445	0,0815	0,9857
	USF-A	0,5908	0,3126	0,9475
	USF-B	0,6881	0,4455	1
Total		0,6011	0,0815	1
Centro	UCSP	0,4678	0,0737	0,7350
	USF-A	0,5858	0,3996	0,9901
	USF-B	0,6781	0,4524	0,9159
Total		0,5503	0,0737	0,9901
Lisboa e Vale do Tejo	UCSP	0,4788	0,2340	1
	USF-A	0,4585	0,1925	0,7661
	USF-B	0,6006	0,3722	0,8197
Total		0,5084	0,1925	1
Alentejo	UCSP	0,4770	0,2931	0,8846
	USF-A	0,6837	0,4399	0,9709
	USF-B	0,7443	0,6199	1
Total		0,5566	0,2931	1
Algarve	UCSP	0,2783	0,1202	0,4557
	USF-A	0,4261	0,2701	0,6697
	USF-B	0,5512	0,4728	0,6923
Total		0,3975	0,1202	0,6923
Portugal Continental		0,5520	0,0737	1

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



66

A fim de analisar a relevância estatística das diferenças ao nível da eficiência por tipo de UF e por região, realizou-se uma análise de regressão com um modelo Tobit, na medida em que os *scores* médios de eficiência são uma variável censurada acima pelo valor máximo da pontuação de eficiência (*score* máximo igual a 1). Com efeito, a análise de regressão Tobit, que de seguida se apresenta, usa os *scores* de eficiência como variável dependente (ver por exemplo, Lee, Lee e Kim, 2009; Dar et al., 2021)^{(49), (50)} a serem explicados por tipo de UF (usando a UCSP como base), a região de saúde a que a UF pertence (utilizando a região de saúde do Norte como base), e os indicadores de prevalência e prevenção de doença – proporção média de utentes com diagnóstico de hipertensão arterial (HTA), proporção média de utentes com o diagnóstico de Diabetes *Mellitus* (DDM), proporção média de utentes com diabetes ou doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos, com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos 12 meses anteriores (VACINA>65) e proporção média de utentes com diagnóstico de neoplasias malignas (DNM).

Da análise dos resultados da tabela *infra*, constatou-se que tanto as USF modelo A como as de modelo B apresentaram um *score* médio de eficiência superior às UCSP, sendo estas diferenças estatisticamente significativas e mais expressivas no caso das USF modelo B. Por outro lado, as regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Algarve apresentaram um impacto negativo e estatisticamente significativo em termos de eficiência, quando comparadas com a região do Norte. Quanto à prevalência da doença, verificou-se que quanto maior era a proporção média de utentes com hipertensão (HTA) e com diagnóstico de neoplasias malignas (DNM), menor era o *score* médio de eficiência.

⁽⁴⁹⁾ Lee, C., J. Lee e T. Kim (2009), "Innovation policy for defense acquisition and dynamics of productive efficiency: A DEA application to the Korean defense industry", *Asian Journal of Technology Innovation* 17: 151–171.

⁽⁵⁰⁾ Dar, Q. F., Ahn, Y. H., & Dar, G. F. (2021), "The Impact of International Trade on Central Bank Efficiency: An Application of DEA and Tobit Regression Analysis", *Statistics, Optimization & Information Computing*, 9(1), 223-240.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



67

Tabela 28
Análise de regressão
usando os scores DEA
(modelo Tobit)

Variáveis independentes	Coefficiente (desvio-padrão)	[95% Intervalo de confiança]
UCSP	-	
USF-A	0,0968 (0,0104)***	[0,0764; 0,1173]
USF-B	0,2148 (0,0108)***	[0,1936; 0,2359]
Região de Saúde do Norte	-	
Região de Saúde do Centro	-0,0025 (0,0126)	[-0,0273; 0,0223]
Região de Saúde Lisboa e Vale do Tejo	-0,0739 (0,0129)***	[-0,0991; -0,0487]
Região de Saúde do Alentejo	0,0184 (0,0209)	[-0,0226; 0,0594]
Região de Saúde do Algarve	-0,1803 (0,0270)***	[-0,2333; -0,1272]
HTA	-0,0028 (0,0017)	[-0,0060; 0,0005]
DDM	0,0127 (0,0044)***	[0,0041; 0,0212]
VACINA>65	-0,0013 (0,0008)	[-0,0029; 0,0004]
DNM	-0,0044 (0,0026)*	[-0,0095; 0,0006]
Constante	0,5360 (0,0541)***	[0,4297; 0,6422]
/Sigma	0,1238 (0,0029)	[0,1181; 0,1295]

Fonte: Elaboração própria, com base em informação remetida pela ACSS.

Notas: *Nível de significância $p < 0,1$ e *** Nível de significância $p < 0,01$.

Informações sobre o modelo: Número de observações: 910; Teste Chi-Quadrado = 428,29***; Pseudo $R^2 = 0,5613$.



ESTUDO
ABRIL DE 2024



Em síntese, da análise da eficiência das unidades de cuidados de saúde primários, verificou-se que, globalmente, as USF modelo B exibiram um *score* médio de eficiência superior, revelando assim um desempenho mais eficiente quando comparado com o das UCSP.

Apresenta-se em seguida um estudo econométrico que visou avaliar o efeito de variáveis suscetíveis de influenciar a despesa média com medicamentos e a despesa média com MCDT no ano de 2022. Através do método de mínimos quadrados ordinários, foram estimados cinco modelos distintos em que se assumiram como variáveis dependentes **1** | a despesa média com medicamentos prescritos, comparticipados pelo SNS, por utente utilizador (DMEDP_SNS), **2** | a despesa média com medicamentos faturados, por utente utilizador, baseada no PVP (DMEDF), **3** | a despesa média com medicamentos faturados, por utente utilizador, baseada no valor comparticipado pelo SNS (DMEDF_SNS), **4** | a despesa média com MCDT prescritos, por utente utilizador, baseada no preço (DMCDT_PRESC) e **5** | a despesa média com MCDT faturados, por utente utilizador do SNS, baseada no preço convencionado líquido da taxa moderadora (DMCDT_FATUR). Como variáveis explicativas foram considerados o tipo de UF (sendo a UCSP a base), a região de saúde a que a UF pertencia (com a região de saúde do Norte como base), o número de utentes com médico de família na UF (UTMF), o número de médicos ETC de cada UF (MEDC), o *score* de eficiência do DEA, e os indicadores de prevalência e de prevenção de doença, nomeadamente HTA, DDM, VACINA>65 e DNM.

Os resultados dos modelos da despesa média com medicamentos, apresentados na tabela 29, revelaram que nas USF modelo A e de modelo B as despesas médicas com medicamentos eram inferiores quando comparadas com as UCSP.

Por região de saúde, constatou-se que as despesas DMEDP_SNS eram superiores, com efeito estatisticamente significativo, na região de saúde do Alentejo, quando comparada com a região de saúde do Norte, e as despesas DMEDF e DMEDF_SNS estatisticamente superiores para a região Centro.

O número de médicos ETC exibiu um efeito negativo na DMEDF e na DMEDF_SNS, o que significa que quanto maior o número de médicos ETC, menor a despesa média com medicamentos. Observou-se também que os *scores* médios de eficiência tinham um efeito positivo nas despesas de DMEDF e de DMEDF_SNS. Este resultado indicou que maior eficiência podia impactar positivamente na despesa com medicamentos, o que possivelmente resultava da maior atividade, nomeadamente, da maior realização de consultas médicas.

Em termos de estado de saúde da população abrangida por cada UF, verificou-se um efeito positivo da prevalência média de utentes com diagnóstico de hipertensão arterial (HTA) e com diagnóstico de Diabetes *Mellitus* (DDM) nas despesas médias de medicamentos prescritos e faturados.

Por outro lado, a proporção média de utentes com diagnóstico de neoplasias malignas (DNM) apresentou um impacto negativo nas despesas médias de medicamentos faturados, por utente utilizador, quer baseadas no PVP (DMEDF), quer no valor comparticipado pelo SNS (DMEDF_SNS).

Quanto ao indicador que media a capacidade de vacinação (VACINA>65) constatou-se um efeito negativo e estatisticamente significativo na despesa média com medicamentos prescritos, comparticipados pelo SNS, por utente utilizador (DMEDP_SNS).



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



69

Tabela 29

Análise de regressão linear
múltipla à despesa média
com medicamentos ⁽⁵¹⁾

(51) Na estimação dos três modelos econométricos, inseriu-se a variável “consultas médicas” como variável de controlo. Como não assumiu, em nenhum dos três modelos, significância estatística individual, optou-se por não se incluir nas estimações.

Variáveis dependentes Variáveis independentes	DMEDP_SNS Coeficiente (teste t)	DMEDF Coeficiente (teste t)	DMEDF_SNS Coeficiente (teste t)
UCSP	-	-	-
USF-A	-6,0033 (-2,46)**	-3,3767 (-1,89)*	-2,9060 (-2,25)**
USF-B	-24,3440 (-7,77)***	-12,5845 (-5,48)***	-10,0649 (-6,05)***
Região de Saúde do Norte	-	-	-
Região de Saúde do Centro	-1,9670 (-0,75)	16,6960 (8,72)***	11,5333 (8,32)***
Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo	2,9194 (1,06)	-0,6204 (-0,31)	-1,1550 (-0,79)
Região de Saúde do Alentejo	11,5474 (2,67)***	0,1154 (0,04)	-1,3441 (-0,59)
Região de Saúde do Algarve	-2,4926 (-0,43)	-4,2378 (-1,00)	-3,1658 (-1,03)
UTMF	0,0003 (0,62)	0,0002 (0,70)	0,0002 (1,06)
MEDC	-0,2566 (-0,46)	-0,6952 (-1,71)*	-0,5356 (-1,82)*
Score DEA	-0,8272 (-0,12)	13,6375 (2,60)**	9,8848 (2,60)**
HTA	2,5700 (7,46)***	2,4688 (9,78)***	1,4592 (7,98)***
DDM	10,4588 (11,44)***	8,8700 (13,25)***	7,3294 (15,11)***
VACINA>65	-0,3600 (-2,09)**	-0,0555 (-0,44)	-0,0626 (-0,68)



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



70

<u>Variáveis dependentes</u> <u>Variáveis independentes</u>	<u>DMEDP_SNS</u> <u>Coeficiente (teste t)</u>	<u>DMEDF</u> <u>Coeficiente (teste t)</u>	<u>DMEDF_SNS</u> <u>Coeficiente (teste t)</u>
DNM	0,4156 (0,78)	-0,8302 (-2,14)**	-0,7388 (-2,63)**
Constante	81,8299 (6,57)***	42,4947 (4,66)***	24,2086 (3,66)***

Notas: Modelo com a variável dependente DMEDP_SNS: N = 902, $R^2=66,93\%$, $F=138,23$, $Prob>0,000$;

Modelo com a variável dependente DMEDF: N = 902, $R^2=75,08\%$, $F=205,81$, $Prob>0,000$.

Modelo com a variável dependente DMEDF_SNS: N = 902, $R^2=74,73\%$, $F=205,97$, $Prob>0,000$.

Teste t encontra-se entre parêntesis.

*Significativa ao nível de 10%, **significativa ao nível de 5%, ***significativa ao nível de 1%.

Os resultados com significância estatística do modelo relativo à despesa média com MCDT prescritos, por utente utilizador, baseado no preço (DMCDT_PRESC), exibidos na tabela 30, indicaram que nas USF modelo A e de modelo B as despesas são inferiores quando comparadas com as UCSP, com efeito estatisticamente significativo.

Na análise por região de saúde, verificou-se um efeito significativo e positivo nas despesas com DMCDT_PRESC nas regiões de saúde de Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo, por comparação com a região de saúde do Norte.

E, por último, a proporção média de utentes com diagnóstico de neoplasias malignas, por tipo de doença (DNM) apresentou um efeito positivo na despesa média com MCDT prescritos.

Quanto aos resultados do modelo relativos à despesa média com MCDT faturados, por utente utilizador do SNS, baseada no preço convencionado líquido da taxa moderadora (DMCDT_FATUR), verificou-se um impacto negativo e estatisticamente significativo no caso das USF modelo B, quando comparadas com as UCSP, embora a despesa não varie significativamente no caso das USF modelo A. Todas as regiões de saúde exibiram um impacto negativo na despesa média com DMCDT_FATUR, quando comparadas com a região de saúde do Norte. Relativamente ao score de eficiência, verificou-se um impacto positivo neste tipo de despesa. Por último, e de forma semelhante ao constatado no modelo anterior, a proporção média de utentes com diagnóstico de neoplasias malignas (DNM) apresentou uma maior despesa média com MCDT faturados.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



71

Tabela 30
Análise de regressão linear
múltipla à despesa média
com MCDT⁽⁵²⁾

(52) Na estimação dos dois modelos econométricos, inseriu-se a variável “consultas médicas” como variável de controlo. Como não assumiu, em nenhum dos dois modelos, significância estatística individual, optou-se por não se incluir nas estimações.

Variáveis dependentes Variáveis independentes	DMCDT_PRESC Coefficiente (teste t)	DMCDT_FATUR Coefficiente (teste t)
UCSP	-	-
USF-A	-2,6469 (-2,06)**	2,4806 (1,34)
USF-B	-11,7428 (-7,10)***	-8,1839 (-3,44)***
Região de Saúde do Norte	-	-
Região de Saúde do Centro	-0,4699 (-0,34)	-5,1005 (-2,57)**
Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo	5,7386 (3,96)***	-8,8817 (4,26)***
Região de Saúde do Alentejo	-4,9743 (2,18)**	-36,0576 (-11,01)***
Região de Saúde do Algarve	0,1700 (0,06)	-12,1777 (-2,76)***
UTMF	0,0002 (0,68)	0,0001 (0,29)
MEDC	0,1911 (0,65)	-0,0954 (-0,23)
Score DEA	3,0806 (0,81)	14,8251 (2,73)***
HTA	0,0388 (0,21)	-0,3001 (-1,15)
DDM	0,3934 (0,82)	-0,0178 (-0,03)
VACINA>65	-0,0133 (-0,15)	0,0910 (0,70)



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



72

<u>Variáveis dependentes</u> <u>Variáveis independentes</u>	<u>DMCDT_PRESC</u> <u>Coefficiente (teste t)</u>	<u>DMCDT_FATUR</u> <u>Coefficiente (teste t)</u>
DNM	2,1891 (7,82) ^{***}	1,5854 (3,94) ^{***}
Constante	57,2060 (8,70) ^{***}	79,7540 (8,44) ^{***}

Notas: Modelo com a variável dependente DMCDT_PRESC: N = 902, $R^2=19,04\%$, $F=16,06$, $Prob>0,000$.

Modelo com a variável dependente DMCDT_FATUR: N = 902, $R^2=22,86\%$, $F=20,25$, $Prob>0,000$.

Teste t encontra-se entre parêntesis.

Significativa ao nível de 5%, *significativa ao nível de 1%.

Em síntese, constatou-se que as USF modelo A e B tendem a apresentar níveis mais baixos de despesa com medicamentos e com MCDT (com exceção do modelo relativo a MCDT faturados, em que não se verificou um impacto estatisticamente significativo na despesa no caso das USF modelo A).

Verificou-se também que o número de utentes com médico de família e o número de médicos ETC por UF não impactam nas despesas com medicamentos e com MCDT. O score médio da eficiência apresentou

um impacto positivo na despesa média com medicamentos faturados, embora não revelasse efeito estatisticamente significativo no caso da despesa com medicamentos prescritos. As variáveis que mediram a prevalência da doença impactaram de forma positiva e estatisticamente significativa na despesa com medicamentos, mas no caso das despesas com MCDT só apresentou significância estatística a variável que mede a proporção média de utentes com diagnóstico de neoplasias malignas (DNM).



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



73



4 | ANÁLISE DA QUALIDADE

4.1 Comparação Internacional

4.2 Requisitos básicos de qualidade e segurança

4.2.1 Construção do questionário

4.2.2 Análise das respostas

4.2.3 Fiscalizações da ERS de 2018

4.3 Intervenção regulatória da ERS



ESTUDO
ABRIL DE 2024



4 | ANÁLISE DA QUALIDADE

O presente capítulo aborda o tema da qualidade nos CSP. O capítulo inicia-se com uma comparação do desempenho de Portugal com os restantes países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), ao nível de um conjunto de indicadores que permitem avaliar esse desempenho nas óticas de curto prazo e de longo prazo.

Em seguida, apresenta-se uma análise do grau de cumprimento de requisitos básicos de qualidade e segurança aplicáveis a estes estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, baseada em informação recolhida pela ERS junto das UF através de inquérito por

4.1 COMPARAÇÃO INTERNACIONAL

O objetivo da presente secção foi comparar a qualidade dos CSP prestados em Portugal com os restantes países membros da OCDE. Para o efeito, foram analisados indicadores que permitissem avaliar a qualidade dos cuidados de saúde prestados. Para realizar esta avaliação foram utilizados os indicadores de qualidade nos CSP disponibilizados e descritos pela OCDE na publicação OECD Health Statistics 2023⁽⁵³⁾.

Numa ótica de avaliação de curto prazo, a OCDE considera relevante o estudo de indicadores sobre a frequência de internamentos evitáveis. Neste contexto, entende-se por internamentos evitáveis todas as

questionário *online*, construído com base na legislação em vigor à data, procedendo-se ainda à comparação destes resultados com a informação recolhida no âmbito de um conjunto de ações de fiscalização realizadas pela ERS aos CSP em 2018.

A título complementar, foram igualmente consultadas outras fontes de informação interna da ERS, em concreto os processos de reclamação, de avaliação e de inquérito que correram termos nesta Entidade Reguladora, relativos aos CSP e subordinados a temáticas relacionadas com qualidade e segurança.

hospitalizações que resultam de condições de saúde – *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC) – que podem ser tratadas eficazmente nos cuidados primários, se a prestação de cuidados de saúde for adequada. Billings *et al.* (1993)⁽⁵⁴⁾ ou Loyd *et al.* (2023)⁽⁵⁵⁾ definem ACSC como condições médicas para as quais cuidados de saúde primários ou ambulatoriais atempados e adequados podem ajudar a reduzir o risco de internamento, seja pela prevenção do aparecimento de doença, seja pelo controlo de uma doença episódica aguda, ou pela gestão de uma doença crónica.

(54) Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. (1993). Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff (Millwood)*.12(1):162-73.

(55) Loyd, C., Blue, K., Turner, L. et al. National Norms for Hospitalizations Due to Ambulatory Care Sensitive Conditions among Adults in the US. *J GEN INTERN MED* (2023). <https://doi.org/10.1007/s11606-023-08161-z>.

(53) Disponível para consulta em: [OECD Health Statistics 2023](https://www.oecd.org/health-statistics/) - OECD.

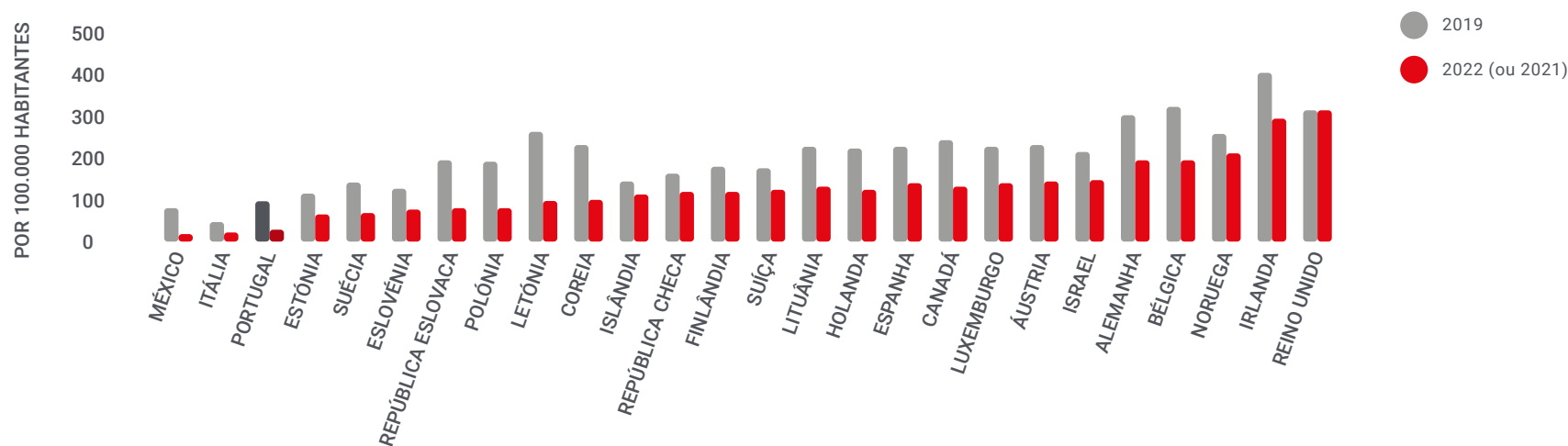


De acordo com a OCDE, a asma, a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), a insuficiência cardíaca e a diabetes são exemplos de doenças crónicas cujo tratamento está bem definido e pode ser realizado ao nível dos cuidados de saúde primários. Dado que, nestas situações, a prestação de CSP adequados às necessidades dos utentes pode reduzir o número de admissões hospitalares desnecessárias associadas às referidas condições de saúde, os internamentos evitáveis podem ser considerados uma medida indireta da qualidade dos CSP.

Assim, consideraram-se os seguintes indicadores: admissão hospitalar por motivo de asma e por DPOC, por motivo de insuficiência cardíaca, por motivo de diabetes, e por motivo de hipertensão. Em concreto, esta análise considerou o rácio por 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 15 anos, para Portugal e para os restantes países da OCDE.

A figura 3 apresenta as admissões hospitalares por motivo de asma e DPOC, em 2019 e 2022 (ou 2021, para os países que não dispunham de informação mais atualizada⁽⁵⁶⁾). Da análise da figura foi possível concluir que todos os países registaram um decréscimo neste indicador, com exceção do Reino Unido, que manteve o valor. Concretamente, em 2022, Portugal era o terceiro país com menor número de admissões hospitalares motivadas por estas condições clínicas, sendo o México e a Itália os únicos a registar valores inferiores. Comparando com 2019, Portugal apresentou uma diminuição de 66,6 admissões hospitalares por motivo de asma ou DPOC por 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 15 anos.

Figura 3
Admissão hospitalar por motivo de asma ou DPOC
por 100.000 habitantes com idade igual ou superior
a 15 anos, em 2019 e 2022 (ou 2021)



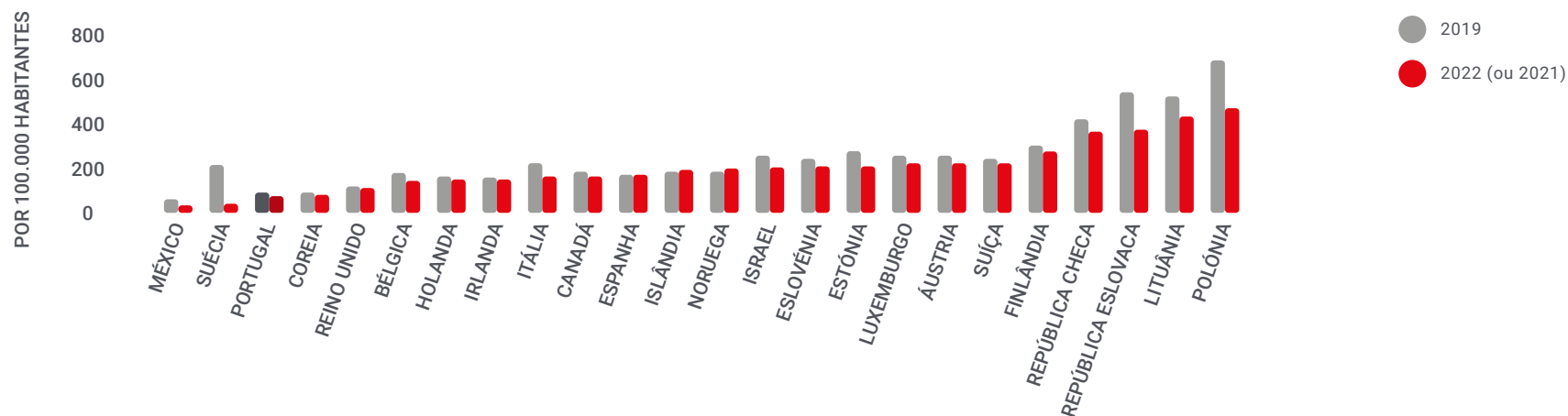
Fonte: Elaboração própria, com base em dados da *OECD Health Statistics*.

⁽⁵⁶⁾ Para Portugal, Islândia, Lituânia, e Irlanda foi considerado o ano de 2022, para os restantes países foi considerado o ano de 2021.



Quanto aos internamentos evitáveis por motivo de insuficiência cardíaca, os países analisados apresentaram uma redução no indicador, exceto a Islândia e a Noruega. Portugal destacou-se mais uma vez pela positiva, ao registar um valor por 100.000 habitantes inferior à média dos países da OCDE (figura 4). Comparando o ano de 2022 com o ano de 2019 (pré-pandemia), constatou-se também que Portugal exibiu uma diminuição de admissões hospitalares por motivos de insuficiência cardíaca de 18,1 por 100.000 habitantes com idades iguais ou superiores a 15 anos.

Figura 4
Admissão hospitalar por motivo de insuficiência cardíaca, em 2019 e 2022 (ou 2021⁽⁵⁷⁾), por 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 15 anos



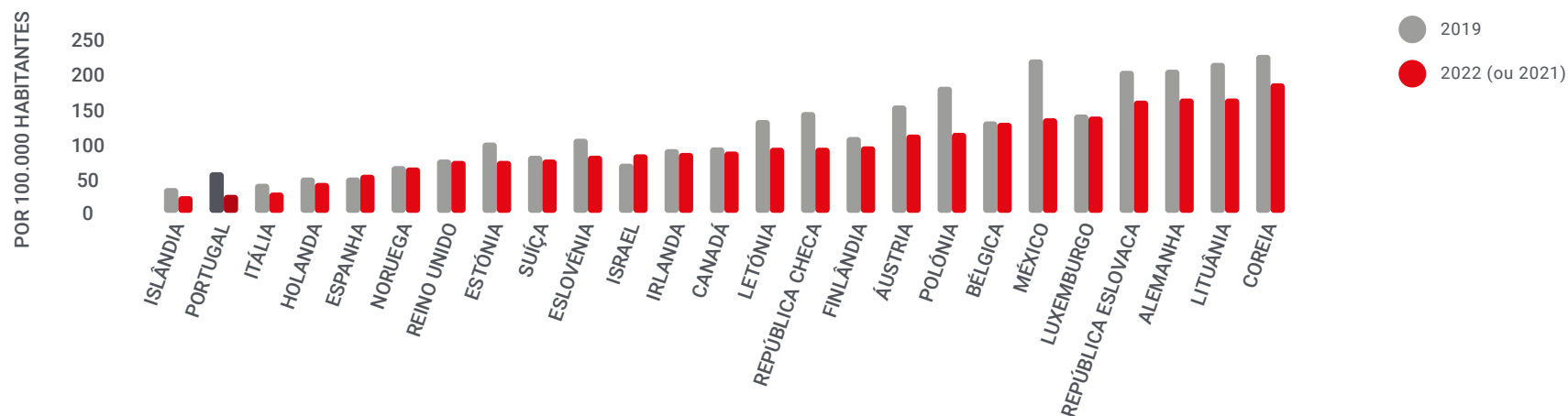
Fonte: Elaboração própria, com base em dados da *OECD Health Statistics*.

⁽⁵⁷⁾ Para Islândia, Portugal, Irlanda e Lituânia, foi considerado o ano de 2022; para os restantes países foi considerado o ano de 2021.



No que diz respeito aos internamentos evitáveis por diabetes (figura 5), foi possível concluir que, em Portugal, o número de admissões hospitalares por motivo de diabetes diminuiu, entre 2019 e 2022, em 32,6 por 100.000 habitantes, sendo certo que, no último ano em análise, era o segundo país com menor número de admissões evitáveis de utentes por diabetes. Os restantes países da OCDE analisados também apresentaram um decréscimo neste tipo de admissões, com exceção de Espanha e Israel.

Figura 5
Admissão hospitalar por motivo de diabetes por
100.000 habitantes, em 2019 e 2022 (ou 2021⁽⁵⁸⁾),
para idades iguais ou superiores a 15 anos



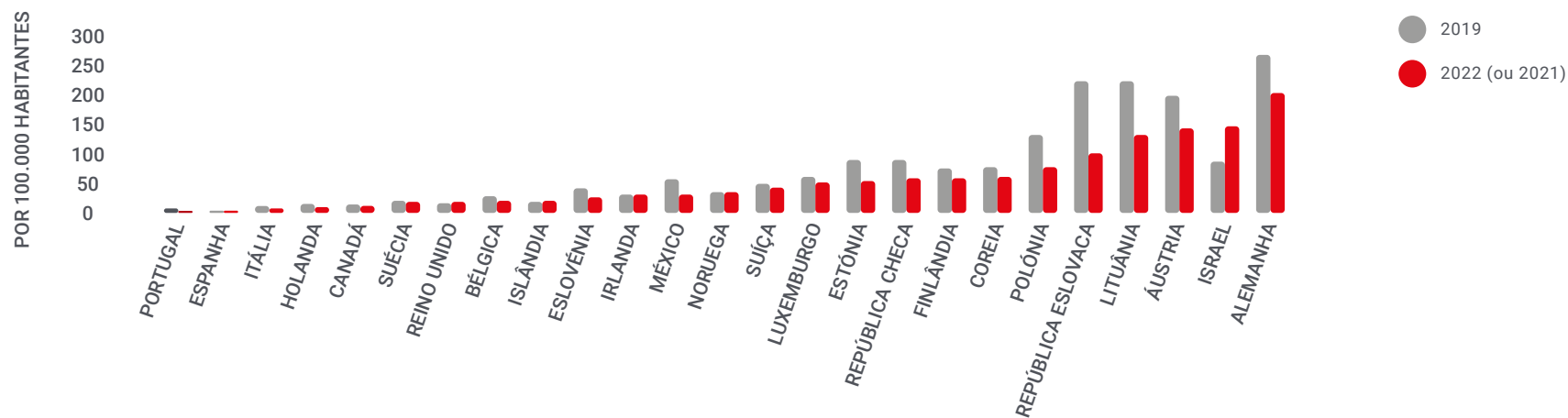
Fonte: Elaboração própria, com base em dados da *OECD Health Statistics*.

⁽⁵⁸⁾ Para Islândia, Portugal, Irlanda e Lituânia, foi considerado o ano de 2022; para os restantes países foi considerado o ano de 2021.



Quanto às admissões hospitalares por motivo de hipertensão, verificou-se que os países em análise apresentavam uma tendência decrescente, com exceção de Reino Unido, Islândia, Noruega e Israel (figura 6). Em 2022, Portugal era o país com menor número de admissões hospitalares por motivo de hipertensão, tendo o número de admissões diminuído, entre 2019 e 2022, 4,2 por 100.000 habitantes.

Figura 6
Admissão hospitalar por motivo de hipertensão por
100.000 habitantes, em 2019 e 2022 (ou 2021⁽⁵⁹⁾),
para idades iguais ou superiores a 15 anos



Fonte: Elaboração própria, com base em dados da *OECD Health Statistics*.

⁽⁵⁹⁾ Para Portugal, Irlanda e Lituânia, foi considerado o ano de 2022; para os restantes países foi considerado o ano de 2021.

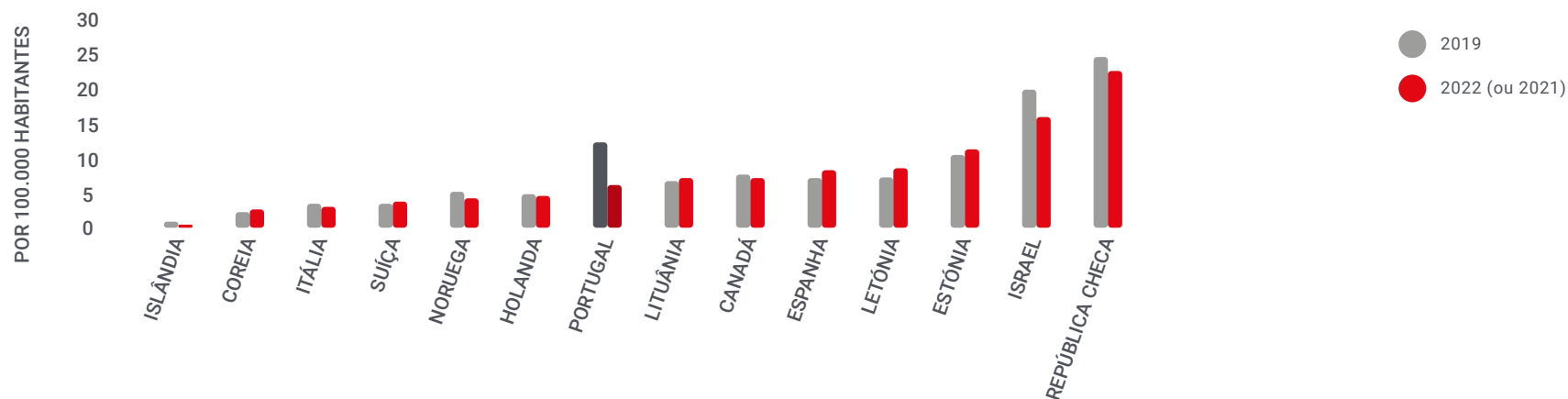


Em geral, a análise conduzida permitiu constatar que, no que respeita a qualidade no curto prazo, em todos os indicadores analisados Portugal revelava um desempenho acima da média da OCDE.

Já numa ótica de longo prazo, a OCDE considera que as admissões hospitalares por motivo de amputações *major* de membros inferiores em doentes diabéticos refletem a qualidade no longo prazo dos CSP, na medida em que revelam se estes cuidados foram eficazes para prevenir a evolução da doença e inerentes complicações.

Em 2022, Portugal registou um valor inferior à média dos países da OCDE analisados no caso das admissões hospitalares por motivo de amputações *major* de membros inferiores, com diminuição entre 2019 e 2022. Esta tendência de diminuição foi acompanhada pela maioria dos países da OCDE analisados.

Figura 7
Amputações *major* de membros inferiores em doentes com diabetes, em 2019 e 2022 (ou 2021⁽⁶⁰⁾), por 100.000 habitantes



Fonte: Elaboração própria, com base em dados da *OECD Health Statistics*.

⁽⁶⁰⁾ Para Islândia, Portugal e Lituânia, foi considerado o ano de 2022; para os restantes países, o horizonte temporal em análise foram os anos de 2019 e 2021.



4.2 REQUISITOS BÁSICOS DE QUALIDADE E SEGURANÇA

O presente subcapítulo tem por objetivo traçar um retrato das condições existentes nas USF e UCSP (incluindo polos e extensões de saúde descentralizados), nomeadamente ao nível de requisitos básicos e procedimentos instituídos no âmbito da qualidade e segurança, a fim de detetar e elencar as principais lacunas e potenciar a promoção da melhoria contínua⁽⁶¹⁾.

Para este efeito a ERS procedeu à aplicação de um inquérito por questionário *online*, para recolha direta, junto de cada UF, de dados sobre o cumprimento de requisitos básicos e procedimentos de qualidade e segurança nos estabelecimentos, bem como de informação sobre eventuais procedimentos internos definidos pelos próprios prestadores de cuidados de saúde.

A título de grupo-alvo, para esta análise foram consideradas todas as UF (USF e UCSP) prestadoras de CSP registadas no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS em maio de 2023, incluindo os respetivos polos e extensões de saúde, num universo total de **1.587** estabelecimentos, a quem foi enviado convite para participação.

(61) Esta análise surge enquadrada nas competências da ERS, conforme definidas nos seus estatutos, aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, no que em concreto se refere à garantia do direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde adequados, de qualidade e com segurança.

4.2.1 CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO

O questionário foi construído sob a forma de *check-list*, de modo a permitir a cada UF fazer o seu autodiagnóstico, e foi desenvolvido tendo por base legislação aplicável aos estabelecimentos objeto do estudo, bem como normas, orientações e informações da DGS sobre procedimentos de qualidade e segurança.

O contexto legislativo é parco no que respeita a requisitos relativos a condições de instalações e funcionamento para a tipologia de CSP, particularmente tratando-se de estabelecimentos do setor público, mas alguns requisitos mínimos de organização e funcionamento destes estabelecimentos constam em legislação específica. Neste contexto, deve salientar-se, uma vez mais, que o questionário foi elaborado com base na legislação em vigor à data da sua construção, sendo certo que, no geral, as alterações legislativas posteriormente publicadas⁽⁶²⁾, que produziram efeitos a 1 de janeiro de 2024, não contêm diferenças com impacto significativo no trabalho aqui desenvolvido.

(62) Como, por exemplo, o Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, que veio revogar o regime jurídico da organização e funcionamento das USF constante do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, ou o Despacho n.º 12456-B/2023 de 5 de dezembro, que determina a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das unidades de saúde familiar, e que veio substituir a Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



81

Adicionalmente, encontrando-se entre as atribuições da ERS, conforme definidas no artigo 5.º dos seus estatutos⁽⁶³⁾, a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita ao cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento, e a garantia dos direitos relativos à prestação de cuidados de saúde de qualidade, foi também considerada como base para o levantamento das condições e dos requisitos incluídos no questionário legislação relacionada com o exercício, organização e funcionamento de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no seu global, que é adaptável, por via da tipologia de cuidados prestados, às USF e UCSP que constituem os CSP do SNS. No Anexo 2 elencam-se os principais documentos considerados para a construção da referida *check-list*.

O levantamento de informação foi realizado com recurso a um questionário *online*, através da plataforma eletrónica *LimeSurvey*, disponibilizado aos participantes entre 08/08/2023 e 26/09/2023.

A estrutura do questionário (cujo conteúdo integral consta do anexo 4) apresenta-se na tabela 31. O questionário foi dividido em cinco grandes áreas: **I |** Organização e Funcionamento, **II |** Prevenção e Controlo de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde; **III |** Infraestruturas e Sistemas Técnicos, **IV |** Gestão da Medicação e **V |** Gestão do Risco. De forma a fundamentar, esclarecer e facilitar a resposta em conformidade, junto de cada item do questionário foi colocada, em nota, a documentação de enquadramento e suporte. Foi também incluído, no final, um campo de texto livre, para eventuais sugestões e comentários.

Tabela 31
Estrutura do
questionário

ÁREA	SECÇÃO
I Organização e Funcionamento	Organização
	Funcionamento
	Acessibilidade, circulação e equipamentos de emergência
II Prevenção e Controlo de Infecção	Prevenção
	Reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo
	Gestão de resíduos hospitalares (Grupo III e IV)
	Gestão da roupa
	Preparação e administração de injetáveis
III Infraestruturas e Sistemas Técnicos	Instalações
	Sistemas e equipamentos técnicos
IV Gestão da Medicação	Gestão da Medicação
V Gestão do Risco	Gestão do Risco

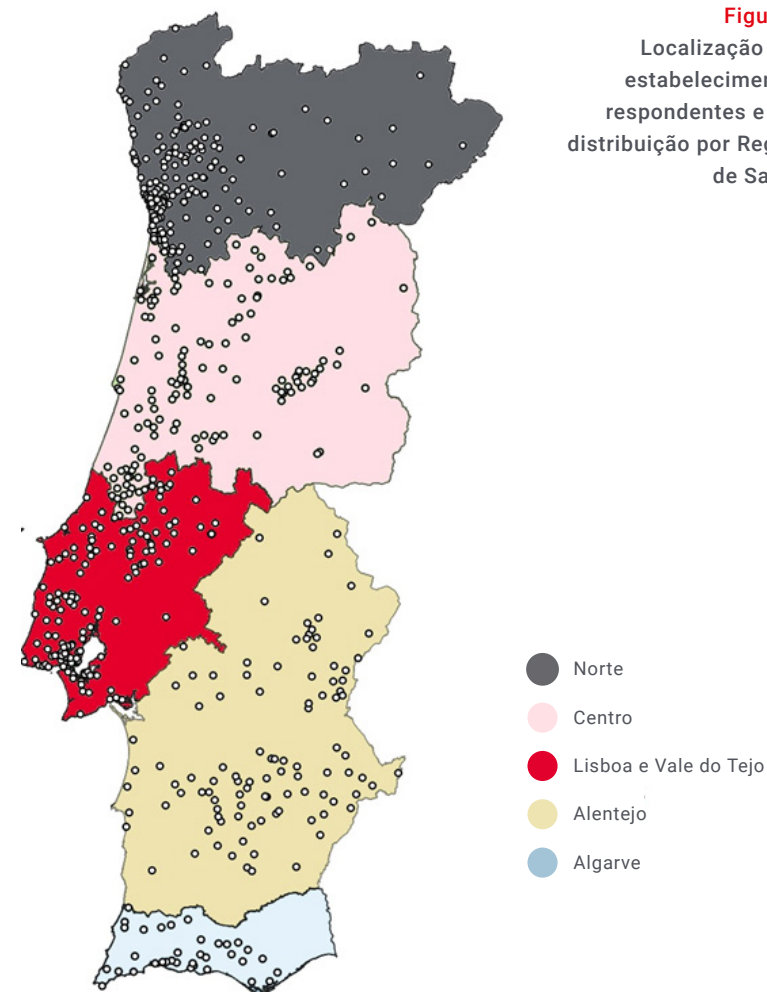
(63) Aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.



4.2.2 ANÁLISE DAS RESPOSTAS

Conforme referido, o levantamento de informação por questionário teve por destinatárias todas as USF e UCSP registadas no SRER da ERS em maio de 2023, incluindo os respetivos polos e extensões de saúde, num universo total de **1.587** estabelecimentos, tendo sido rececionadas **665** respostas completas (taxa de resposta de **42%**) e **147** respostas parciais (**9%**).

Na Figura 8 apresenta-se a distribuição, por região de saúde, dos estabelecimentos que submeteram à ERS respostas completas.



Em termos estatísticos, a análise às respostas ao questionário foi realizada sob duas óticas. Por um lado, foi calculada a percentagem de respostas afirmativas a cada questão, face ao total de perguntas aplicáveis, e, por outro, calculou-se a percentagem média de respostas afirmativas para cada área e cada secção. As respostas afirmativas às diversas questões constantes da *check-list* correspondem a procedimentos implementados, condições existentes e/ou práticas instituídas nos estabelecimentos auscultados. Na tabela 32 encontra-se a síntese de toda a informação reportada pelas UF.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



83

Tabela 32
Resultados do levantamento de informação, por área e secção

ÁREA / SECÇÃO	Cumprimento de requisitos (% média)
I Organização e Funcionamento	81,67%
Organização	87,26%
Funcionamento	86,97%
Acessibilidade, circulação e equipamentos de emergência	70,80%
II Prevenção e Controlo de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde	85,13%
Prevenção	93,24%
Reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo	82,39%
Gestão de resíduos hospitalares (Grupo III e IV)	84,90%
Gestão da roupa	71,20%
Preparação e administração de injetáveis	96,28%
III Infraestruturas e Sistemas Técnicos	54,32%
Instalações	59,81%
Sistemas e equipamentos técnicos	48,82%
IV Gestão da Medicação	82,14%
Gestão da medicação	---
V Gestão do Risco	82,51%
Gestão do risco	---

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados reportados pelas UF participantes no questionário.



ESTUDO
ABRIL DE 2024



Constatou-se que a área com maior percentagem média de cumprimento em termos de procedimentos implementados, condições existentes e práticas instituídas era a área **II | Prevenção e Controlo de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde**, com uma taxa de conformidade média de 85,13%. Porém, as disparidades em termos de percentagens médias de cumprimento em cada secção dessa área são merecedoras de uma análise mais atenta, realizada adiante.

A área que revelou a mais baixa percentagem média de procedimentos implementados, condições existentes e práticas instituídas foi a área **III | Infraestruturas e Sistemas Técnicos**, com uma taxa de conformidade média de 54,32%. Nesta área incluía-se a secção afeta a **Instalações** (59,8%), com questões relativas à existência de planeamento e adequabilidade dos espaços, e a secção sobre **Sistemas e Equipamentos Técnicos** (48,82%), com questões sobre gestão da manutenção e operacionalidade.

As tabelas que se apresentam em seguida elencam as questões nas quais se identificaram as maiores e as menores percentagens de prestadores que cumprem os procedimentos, condições ou práticas instituídas, para cada área do questionário.



No que respeita à área “**I | Organização e funcionamento**”, os requisitos que menos prestadores referiram possuir foram os relacionados com desfibrilhador, sistemas de sinalização de chamada e alarme nos espaços utilizados pelos utentes, funcionalidades dos sistemas de informação clínica e existência de serviços de telessaúde (tabela 33).

Por sua vez, os requisitos com maior percentagem de resposta positiva foram os relacionados com o livro de reclamações, informação sobre o funcionamento dos serviços e serviços clínicos do núcleo base das unidades.

Tabela 33
Área I -
Organização e
funcionamento:
questões com
menor e maior
percentagem de
cumprimento

ÁREA I - ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO		% RESPOSTAS AFIRMATIVAS
Questões com MENOS respostas afirmativas		
Os testes ao desfibrilhador são realizados diariamente.		43,59%
Tem sistemas de sinalização de chamada e alarme nos espaços utilizados pelos utentes (zonas de tratamento e recuperação, zona de exames, instalações sanitárias).		49,77%
Tem implementados procedimentos para realização de testes ao desfibrilhador.		50,21%
O sistema de informação clínica: [Está adaptado para garantir o suporte à atividade profissional dos nutricionistas.]		54,79%
São assegurados: [Serviços de telessaúde.]		55,19%
O sistema de informação clínica: [Está adaptado para garantir o suporte à atividade profissional dos psicólogos.]		56,83%
Questões com MAIS respostas afirmativas		
O livro de reclamações é facultado ao utente, de forma imediata e gratuita, sempre que solicitado.		100,00%
Existe livro de reclamações.		99,70%
Está garantida informação acerca do funcionamento dos serviços.		99,25%
O núcleo base de serviços clínicos inclui/garante: [A vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida, no seu global.]		99,02%
No âmbito das reclamações, elogios e sugestões, é sempre enviada resposta ao reclamante/cidadão.		98,95%
O núcleo base de serviços clínicos inclui/garante: [Saúde do adulto e do idoso.]		98,86%

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados reportados pelas UF participantes no questionário.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



86

A área “**II | Prevenção e Controlo de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde**”, foi a área com maior percentagem média de cumprimento. No entanto, sendo certo que incluía algumas das secções com maior percentagem média de procedimentos instituídos, em concreto no que respeita às questões relativas a procedimentos de **preparação e administração de injetáveis** (com uma taxa de conformidade média de 96,28%) e de **prevenção** das infeções (com uma taxa de conformidade média de 93,24%), importa referir que também aqui constavam as secções com taxas de cumprimento mais baixas, como aquelas afetas ao cumprimento de requisitos regulamentares no que diz respeito a **reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo** (com uma taxa de conformidade média de 82,39%), a **gestão de resíduos hospitalares (Grupo III e IV)** (taxa de conformidade média de 84,90%) e a **gestão da roupa** (taxa de conformidade média de 71,20%).

De salientar que, no âmbito da **gestão de resíduos hospitalares (Grupo III e IV)**, os requisitos relacionados com o veículo utilizado na prestação de cuidados ao domicílio obtiveram taxas de cumprimento francamente baixas, com 47,53% no que respeita à disponibilidade de compartimento individualizado bem delimitado (de dedicação exclusiva para o transporte dos resíduos hospitalares) e de fácil higienização, e 38,43%, no que se refere à existência de meios de extinção de incêndio (tabela 34).



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



87

Tabela 34
Área II - Prevenção e Controlo de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: questões com menor e maior percentagem de cumprimento

ÁREA II - PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE		% RESPOSTAS AFIRMATIVAS
Questões com MENOS respostas afirmativas		
O veículo utilizado para prestação de cuidados de saúde no domicílio possui meios de extinção de incêndio.		38,43%
O veículo utilizado para o transporte dos resíduos hospitalares resultantes da prestação de cuidados de saúde no domicílio, dispõe de compartimento individualizado bem delimitado (de dedicação exclusiva para o transporte dos resíduos hospitalares) e de fácil higienização, para a colocação das embalagens de transporte com os resíduos do Grupo III.		47,53%
Dispõe de procedimentos específicos relativos às várias fases do reprocessamento dos equipamentos clínicos.		66,35%
Garante que toda a roupa suja é depositada de imediato após a remoção, em contentor disponível junto ao local de produção.		68,57%
Possui um procedimento para o manuseamento seguro da roupa suja/usada.		68,87%
Dispõe de uma Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo (URDMUM) concebida, organizada e equipada de acordo com os normativos aplicáveis.		68,88%
Questões com MAIS respostas afirmativas		
No âmbito da preparação e administração de injetáveis, é utilizada a técnica asséptica para evitar a contaminação do material de injeção estéril.		99,25%
No âmbito da preparação e administração de injetáveis, se for necessário usar embalagens de doses múltiplas, tanto a agulha/cânula, como a seringa e/ou sistema e prolongamentos usados para aceder à embalagem, são estéreis.		99,25%
Tem implementadas medidas de promoção da higiene das mãos.		98,95%
No âmbito da preparação e administração de injetáveis, promove, sempre que possível, o uso de embalagens de dose única.		98,20%
Promove a aplicação de medidas de etiqueta respiratória.		97,89%
Promove a devida utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) dos profissionais e utentes.		97,59%

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados reportados pelas UF participantes no questionário.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



A área “**III | Infraestruturas e Sistemas Técnicos**” foi a que apresentou, no global, a mais baixa percentagem média de cumprimento. Os requisitos que menos prestadores referiram acautelar prendiam-se com condições de infraestruturas, medidas de autoproteção contra incêndios e ausência de avaliação anual de poluentes no ar. Apesar de as condições/práticas identificadas em maior número de prestadores estarem relacionadas com

condições e manutenção de espaços e de equipamentos de climatização, da análise integrada das respostas nesta área resultou que a maioria dos estabelecimentos declarava não possuir compartimentos e espaços que satisfizessem condições de atmosfera do trabalho, nem dispunham de manutenção devidamente sistematizada dos sistemas e infraestruturas em conformidade com os requisitos desejáveis.

Tabela 35
Área III -
Infraestruturas
e Sistemas
Técnicos:
questões com
menor e maior
percentagem de
cumprimento

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados reportados pelas UF participantes no questionário.

ÁREA III - INFRAESTRUTURAS E SISTEMAS TÉCNICOS		% RESPOSTAS AFIRMATIVAS
Questões com MENOS respostas afirmativas		
É efetuada a avaliação anual de poluentes no ar (físico-químicos e microbiológicos, incluindo partículas em suspensão, dióxido de carbono, fungos e bactérias, monóxido de carbono, formaldeído...).		13,08%
Assegura que as câmaras frigoríficas estão permanentemente ligadas a uma fonte de energia alternativa.		24,06%
Possui uma rede elétrica de emergência.		25,26%
As medidas de autoproteção contra incêndios foram submetidas à apreciação da entidade competente (ANEPC).		25,56%
Efetua a manutenção da rede hidráulica.		29,77%
Possui relatórios de vistorias e inspeções, no âmbito das medidas de autoproteção contra incêndios.		32,63%
Questões com MAIS respostas afirmativas		
É privilegiada a entrada de luz natural nas áreas clínicas e comuns (salas de espera, salas de tratamento, salas de exames, gabinetes de consulta...).		89,62%
Os espaços dispõem de arejamento natural.		85,56%
Possui um plano para atuação em caso de falha da rede de frio (instalações frigoríficas).		85,45%
Os equipamentos de climatização possuem certificado de conformidade CE.		83,51%
As operações de manutenção dos equipamentos de climatização são executadas sob a responsabilidade de técnico de instalação e manutenção de sistemas técnicos, devidamente qualificado.		82,99%
Os acabamentos dos espaços clínicos permitem a manutenção de grau de higienização compatível com a atividade, com material lavável e (quando aplicável) antiderrapante.		72,93%



Na área “**IV | Gestão da Medicação**” os requisitos que menos prestadores referiram observar relacionavam-se com procedimentos e práticas seguras de gestão de medicação e de monitorização e condições de conservação de medicamentos. Por outro lado, mais

prestadores referiram observar os requisitos no âmbito das medidas de controlo de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos, condições de organização e limpeza de locais de armazenamento de medicamentos e revisão anual dos medicamentos LASA e de alerta máximo.

Tabela 36
Área IV - Gestão da Medicação: questões com menor e maior percentagem de cumprimento

ÁREA IV - GESTÃO DA MEDICAÇÃO		% RESPOSTAS AFIRMATIVAS
Questões com MENOS respostas afirmativas		
Procede à parametrização de alertas para os medicamentos LASA nas aplicações informáticas.		44,66%
Procede à parametrização de alertas, para os medicamentos de alerta máximo, nas aplicações informáticas (e.g. interações de anticoagulantes com outros medicamentos, alergias...).		55,34%
Desenvolve estratégias e implementam-se medidas ao nível da prescrição e de práticas seguras de verificação dos medicamentos LASA.		68,12%
Todos os dispositivos de monitorização de temperatura de medicamentos são calibrados com a devida periodicidade (anualmente ou, caso exista uma avaliação de risco que o suporte, a cada dois anos).		71,86%
Estão identificados os medicamentos LASA (aspeto e/ou designações semelhantes) em todo o circuito do medicamento.		74,14%
Faz monitorização e registo de condições de conservação em todos os locais de armazenamento de medicamentos.		74,29%
Questões com MAIS respostas afirmativas		
Efetua controlo das existências dos medicamentos estupefacientes e psicotrópicos.		98,66%
Regista a informação sobre os antecedentes de hipersensibilidade medicamentosa de cada doente.		98,35%
Os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos encontram-se segregados, com medidas de controlo de acesso restrito.		98,02%
Os locais de armazenamento de medicamentos encontram-se devidamente limpos e organizados.		95,49%
A lista interna de medicamentos LASA é revista, pelo menos, anualmente.		95,13%
A lista interna de medicamentos de alerta máximo é revista, pelo menos, anualmente.		93,35%

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados reportados pelas UF participantes no questionário.



Por último, na área "**V | Gestão do Risco**", as questões com menor percentagem de respostas positivas foram as relacionadas com a constituição da comissão para a área da qualidade e segurança e regulamento anexo, procedimentos inerentes à transição de cuidados de saúde e avaliação da eficácia de ações implementadas no seguimento

de análise de causas de incidentes. Por sua vez, as questões com um maior número de respostas positivas diziam respeito ao registo, análise e proposta de ações no âmbito de análise de incidentes, à existência de planos de prevenção e à existência de responsabilidades atribuídas para a prevenção e controlo de infeção.

Tabela 37
Área V - Gestão do Risco:
questões com menor e maior percentagem de cumprimento

ÁREA V - GESTÃO DO RISCO		% RESPOSTAS AFIRMATIVAS
Questões com MENOS respostas afirmativas		
Tem uma comissão para a área da qualidade e segurança (para promoção, monitorização, facilitação e integração de todas as atividades relacionadas com a qualidade e segurança).		70,68%
Tem definidos procedimentos relativos à transição de cuidados do doente.		70,98%
Na transição de cuidados do doente, utiliza a técnica de comunicação ISBAR [Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações)] na documentação entregue ao doente (ex.: carta de referenciação, relatório de alta, nota de transferência...).		73,68%
A comissão para a área da qualidade e segurança possui regulamento próprio.		75,53%
Com base na análise de causas dos incidentes: [Avalia a eficácia das ações implementadas.]		77,23%
Questões com MAIS respostas afirmativas		
Com base na análise de causas dos incidentes: [Propõe ações de melhoria.]		97,26%
Tem um responsável pelas questões relativas à prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde.		94,74%
Efetua, de forma sistemática, o registo da ocorrência de incidentes.		91,88%
Efetua a análise de causas dos incidentes.		87,82%
Tem definidos planos de prevenção no âmbito da segurança do doente.		85,26%

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados reportados pelas UF participantes no questionário.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



91

No global, no que se refere às questões com uma conformidade média inferior a 50% (total de 21 questões), verificou-se que 16 eram requisitos pertencentes à área **III | Infraestrutura e Sistemas Técnicos**, dois estavam enquadrados na área **I | Organização e Funcionamento**, outros dois eram referentes à área **II | Prevenção e Controlo de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde** e um requisito pertencia à área **IV | Gestão da Medicação** (cf. figura 9).



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



92

Figura 9
Questões com taxa de
conformidade média
inferior a 50%



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados reportados pelas UF participantes no questionário.



ESTUDO
ABRIL DE 2024



Em resumo, no âmbito da autoavaliação realizada pelas unidades de CSP, cumpre destacar os seguintes aspetos:

Nem todas as unidades garantiam o funcionamento das 8h00 às 20h00 nos dias úteis (taxa de conformidade média de 65,26%), não tendo sido identificadas as eventuais limitações que tenham fundamentado a redução de horário face ao previsto;

Os procedimentos em caso de emergência – plano de emergência interno – não estavam garantidos (e.g. taxa de conformidade média de 50%), nem a rede elétrica de emergência (e.g. taxa de conformidade média de 25,26%);

A existência de plano/procedimento para controlo ambiental e de registos das tarefas de higienização realizadas aos espaços/equipamentos revelavam taxas de conformidade média de 84,21% e 82,86% respetivamente, o que significa que as medidas de Prevenção e Controlo de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde não se encontravam ainda garantidas na sua totalidade;

As condições das infraestruturas e sistemas técnicos revelaram encontrar-se genericamente em incumprimento, salientando-se taxas de conformidade média para a existência de programa de manutenção e de plano de manutenção das instalações com 46,02% e 50,23% respetivamente, e a execução da manutenção a redes e infraestruturas com taxas de conformidade média de 29,77% para rede hidráulica, 40% para a rede elétrica, 70,88% para a rede AVAC, 45,51% para gás combustível, 61,20% para instalações frigoríficas e 50,53% para rede de incêndio;

No que se refere aos espaços e compartimentos dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, destaca-se que 49,02% satisfaziam as condições de atmosfera do trabalho (incluindo temperatura e humidade) e que 13,08% referiram efetuar a avaliação anual de poluentes no ar;

No que concerne a gestão da medicação, os processos e procedimentos básicos ainda não estavam asseguradas (taxa de conformidade média de 82,14%), enfatizando-se o incumprimento do circuito seguro da medicação (incluindo LASA, Alto Risco, alergias, reconciliação da medicação);

Por último, no que respeita a gestão de risco, subsistia ainda alguma falta de organização interna relativamente às autoridades e responsabilidades neste âmbito (taxa de conformidade média na existência de comissão para a área da qualidade e segurança de 70,68% e de existência de regulamento próprio de 75,53%), assim como no registo sistemático da ocorrência de incidentes (taxa de conformidade média de 87,82%).



Com base na análise do campo disponibilizado no questionário para comentários e sugestões, foi possível identificar a ocorrência de algumas situações que, de forma genérica, podem condicionar negativamente o cumprimento dos requisitos de qualidade e segurança desejáveis, das quais se destacou, desde logo, a aparente falta de comunicação e interação entre os serviços centrais (dos ACES, das ULS ou da própria ARS) e as respetivas UF, quer na disseminação da informação, quer no acesso e disponibilização de documentação necessária, que deveria estar presente no estabelecimento, ou ainda na resposta à solicitações no âmbito da resolução de problemas.

Muitos dos respondentes utilizaram o espaço em aberto do questionário para justificar a ausência de cumprimento de requisitos básicos e/ou a inobservância da orgânica desejável ao funcionamento das próprias unidades avaliadas com o facto de não deterem o conhecimento sobre a documentação de suporte que lhes permitisse a melhoria, por se tratar de requisitos que, alegadamente, incumbe aos serviços centrais implementar e monitorizar.

Adicionalmente, e ainda no âmbito das sugestões e comentários, identificaram-se outros obstáculos ao bom funcionamento das UF, tais como:

Desconhecimento quanto aos requisitos regulamentares aplicáveis a cada estabelecimento prestador de cuidados de saúde, bem como relativamente a sobre quem recai a obrigação de cumprimento dos mesmos, particularmente em situações em que a prestação de cuidados de saúde se realiza em espaços com gestão e manutenção por terceiros (câmaras municipais, juntas de freguesia, instituições privadas...).

Unidades sem condições físicas e estruturais adequadas, sendo considerada premente, por muitas UF, a realização de trabalhos de manutenção do edifício e dos equipamentos clínicos, bem como aumento do número dos mesmos, e o reforço dos recursos humanos;

Necessidade de realização de tarefas administrativas em horário pós-laboral, como a monitorização dos procedimentos, a proposta de medidas corretivas ou a formação das equipas das UF, que aporta um esforço suplementar, solicitado aos profissionais de saúde, que poderia ser colmatável com o reforço de recursos humanos com outras competências (por exemplo, de técnicos de higiene e segurança no trabalho);

Falta de formação por entidades externas, como, por exemplo, Proteção Civil e Bombeiros, com a realização de simulacros sistemáticos, em áreas tão diversas como incêndios, inundações ou suporte básico de vida;

Necessidade de simplificação dos programas informáticos de processo único (Sclínico) e de uma adequada parametrização, no sistema informático, de alertas para os medicamentos LASA.



4.2.3 FISCALIZAÇÕES DA ERS DE 2018

No ano de 2018, dando cumprimento ao seu plano de atividades para esse ano⁽⁶⁴⁾, a ERS realizou ações de fiscalização a prestadores de cuidados de saúde primários do SNS, com o intuito de proceder à verificação do cumprimento de requisitos, legais e regulamentares, inerentes à prestação de cuidados de saúde.

Assim, para estas ações de fiscalização foi dada prioridade à aferição do grau de verificação de questões de ordem organizativa no sector dos cuidados primários, assumindo-se por referência os requisitos mínimos instituídos pelo legislador para as tipologias regulamentadas do sector privado.

Tendo por base a informação recolhida nas ações de fiscalização então encetadas, foi aqui efetuada uma análise complementar, numa ótica de comparação dos níveis de cumprimento dos requisitos de organização e funcionamento aplicáveis.

Ressalva-se, no entanto, e desde já, que:

a | O universo de 89 estabelecimentos fiscalizados no ano de 2018 incluiu 35 UF dos tipos analisados no presente trabalho⁽⁶⁵⁾ (em concreto, USF e UCSP, sem englobar Serviços de Urgência Básica - SUB) e, portanto, comparáveis, o que corresponde a cerca de 5% das UF ora respondentes;

b | De entre todos os itens incluídos nas *check-list* utilizadas nas fiscalizações, foram selecionados os que, sendo relativos a requisitos de qualidade e segurança, tinham correspondência com os requisitos do atual questionário e eram de maior relevância, atento o foco do presente estudo.

(64) Disponível em https://www.ers.pt/media/4uofqv34/pa18_ass.pdf.

(65) A parte do plano de ações de fiscalização da ERS para o ano de 2018 dedicada aos CSP foi orientada para uma amostra de 13% do universo global de UF operacionais à data (o que resultou em 89 unidades) e vocacionada prioritariamente para a verificação de requisitos em UF que dispusessem de Serviços de Urgência Básica (SUB).

Tendo presentes estes constrangimentos, foi possível constatar a existência de convergência de resultados entre este universo fiscalizado e os participantes no atual inquérito, nomeadamente no que refere a incumprimento de requisitos no âmbito de acessibilidades, condições adequadas de espaços e equipamentos, infraestruturas apropriadas, processos adequados de manutenção e operacionalidade de equipamentos e sistemas e existência de procedimentos de segurança, incluindo de gestão da medicação.

Os requisitos de 2018⁽⁶⁶⁾ com maior taxa de conformidade média (>80%) diziam respeito à existência de livro de reclamações e a condições de circulação nos edifícios, adequadas a pessoas com mobilidade condicionada (trabalhadores/utentes).

Por outro lado, as menores taxas de conformidade média ($\leq 50\%$) referiam-se a requisitos inerentes a acessibilidades (Eliminação de barreiras arquitetónicas, Instalação sanitária de público [adaptada a pessoas com mobilidade condicionada]), questões de organização e funcionamento interno (existência de manual de procedimentos, procedimentos a adotar em situações de emergência), condições de qualidade e segurança (equipamento de suporte vital e emergência, mala de primeiros socorros [ensaios regulares documentados] e condições adequadas de infraestruturas e sistemas técnicos). Salienta-se ainda uma taxa residual de conformidade média de **4%**, no requisito de existência de Certificado da ANEPC/Segurança contra incêndios.

Constatou-se que os requisitos descritos no parágrafo anterior eram também aqueles cuja maior taxa de conformidade **parcial** se verificava (>20%), incluindo-se ainda, entre os parcialmente verificados, alguns requisitos afetos a reprocessamento de dispositivos médicos, práticas adequadas na gestão de resíduos hospitalares e de gestão da medicação.

(66) A listagem completa de requisitos verificados nas ações de fiscalização de 2018, bem como os cálculos das taxas de cumprimento para cada requisito, podem ser consultados no Anexo 4 ao presente documento.



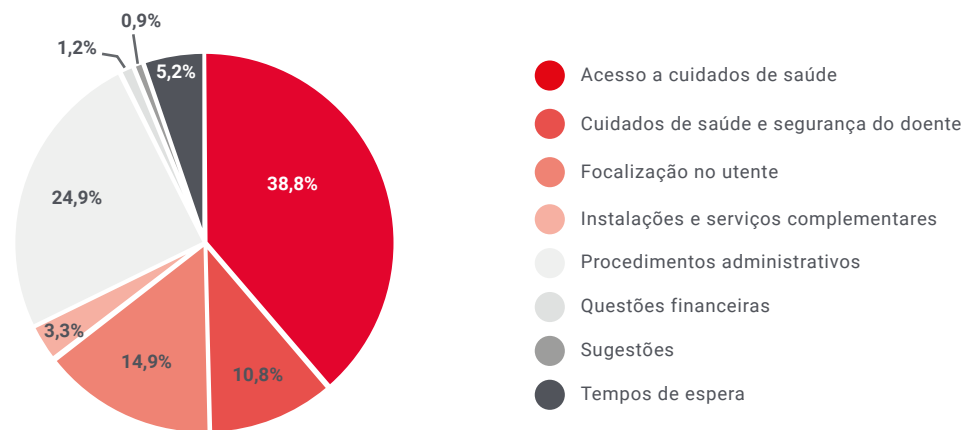
4.3 INTERVENÇÃO REGULATÓRIA DA ERS

Para efeitos do presente estudo, foi realizado um levantamento de informação interna sobre processos tramitados na ERS relativos aos estabelecimentos do SNS que prestam cuidados de saúde primários. Essa recolha de informação incluiu processos de reclamação rececionados pela ERS, bem como processos de avaliação e de inquérito subordinados a temáticas relacionadas com qualidade e segurança.

Por se considerar que a perceção dos utentes é fundamental na avaliação de questões de qualidade, procedeu-se à identificação dos principais assuntos visados nos processos REC submetidos à ERS com foco nos estabelecimentos de CSP, tendo por base informação extraída do Sistema de Gestão de Reclamação (SGREC) a 21/09/2023, circunscrita a processos classificados como reclamações ou sugestões e com data de ocorrência entre janeiro de 2018 e 30 de junho de 2023⁽⁶⁷⁾.

De um total de **73.705** processos analisados, o tema “Acesso a cuidados de saúde” apresentou a maior percentagem relativa de menções (cf. figura 10), incluindo-se aqui assuntos como “Resposta em tempo útil/razoável”, “Regras dos TMRG” e “Inscrição em médico de família” como os mais significativos.

Figura 10
Temas visados nas reclamações sobre CSP, com data de ocorrência entre janeiro de 2018 e junho de 2023



Fonte: Elaboração própria, com base em dados extraídos do SGREC da ERS.

(67) De ressaltar que pode haver reclamações com data de ocorrência dentro do período analisado que não tenham sido ainda registadas no SGREC e submetidas à ERS.



Relativamente aos temas mais especificamente relacionados com qualidade e segurança – “Cuidados de saúde e segurança do doente” e “Instalações e serviços complementares” (que representam, respetivamente, 10,8% e 3,3% do total de processos analisados) –, elencam-se na tabela 38 os assuntos mais significativos.

Constatou-se que, dentro do tema “Cuidados de saúde e segurança do doente”, os assuntos mais frequentemente reclamados estavam relacionados com a adequação, a pertinência ou a qualidade técnica dos cuidados de saúde prestados e dos procedimentos adotados (como, por exemplo, as prescrições, a requisição de MCDT ou a emissão de relatórios).

No que diz respeito às “Instalações e serviços complementares”, destacaram-se os assuntos relacionados com a adequação das instalações, o conforto das instalações e a disponibilidade de equipamentos clínicos/de apoio.

Tabela 38
Principais assuntos visados nas reclamações dos estabelecimentos de CSP referentes a Qualidade e Segurança

TEMA/ASSUNTO VISADO	% DENTRO DO TEMA
Cuidados de saúde e segurança do doente	
Adequação e pertinência dos cuidados de saúde/procedimentos	69,76%
Qualidade técnica dos cuidados de saúde/procedimentos	9,88%
Qualidade da informação de saúde disponibilizada	4,87%
Dispensa de medicação/dispositivos de apoio	2,77%
Integração e continuidade dos cuidados	2,40%
Instalações e serviços complementares	
Adequação das instalações	22,40%
Conforto das instalações	19,17%
Disponibilidade de equipamentos clínicos/de apoio	16,14%
Acessibilidades e barreiras arquitetónicas	8,15%
Estado de conservação das instalações	7,06%
Limpeza e salubridade das instalações	5,94%
Estado de conservação dos equipamentos clínicos/de apoio	5,03%
Estacionamento	3,04%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados extraídos do SGREC da ERS.



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



98

Da comparação entre os resultados do levantamento de informação por questionário e os principais temas visados nas reclamações no âmbito da qualidade e segurança, de uma forma geral, foi possível constatar que a percepção dos utentes, vertida nas reclamações apresentadas, corroborava a informação recolhida no questionário, particularmente no que respeita a requisitos relacionados com procedimentos de segurança do doente e condições físicas e estruturais dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

Adicionalmente, procedeu-se a uma pesquisa das principais exposições enquadradas no tema “Qualidade da prestação e segurança do utente” analisadas no âmbito de processos de avaliação e de inquérito, relativas a estabelecimentos de CSP.

Constatou-se que, como resultado de alguns desses processos, foram já emitidas pela ERS diversas recomendações, instruções ou advertências relativas a situações relacionadas com procedimentos de segurança do doente (entre os quais procedimentos de gestão da medicação e de registo de alergias e reações adversas) e com condições físicas e estruturais das unidades de saúde (como condições de acessibilidade ou a presença da bactéria *Legionella*). Refira-se que, no âmbito do atual levantamento de informação através de inquérito por questionário, cerca de 98% dos respondentes afirmou proceder ao registo da informação sobre os antecedentes de hipersensibilidade medicamentosa de cada doente. No que refere a condições físicas e estruturais dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, realça-se que cerca de 42% dos estabelecimentos participantes no inquérito confirmaram possuir plano de prevenção e controlo da bactéria *Legionella* de acordo com a regulamentação em vigor⁽⁶⁸⁾.

⁽⁶⁸⁾ Deve, no entanto, mencionar-se que esta matéria é de responsabilidade partilhada com as Unidades de Saúde Pública (USP), tipologia de unidades que integram os CSP, mas que não foram objeto de análise no presente estudo



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



99



5 | CONCLUSÕES



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



100

5 | CONCLUSÕES

O presente estudo visou avaliar a qualidade e a eficiência na prestação de CSP, nos modelos de USF e UCSP, entre 2019 e 2022. Das análises empreendidas, destacam-se as seguintes principais conclusões:

A 31 de dezembro de 2022, a rede de UCSP, USF modelo A e USF modelo B do SNS era constituída por 1.054 UF, com a seguinte distribuição: 34,3% UCSP, 33,4% USF modelo A, e 32,3% USF modelo B.

No final daquele ano, 87,0% dos utentes inscritos em USF e UCSP tinham médico de família atribuído, tendo as USF apresentado uma percentagem da população com médico de família marcadamente superior às UCSP. A região de saúde do Norte apresentou a maior percentagem de utentes inscritos com médico de família atribuído (97,4%) e a região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo apresentou a menor percentagem (74,8%). Adicionalmente, verificou-se também que as USF modelo B apresentaram a maior percentagem de utentes com médico de família, quando comparadas com as UCSP.

No que diz respeito aos profissionais de saúde cumpre destacar que, relativamente aos rácios de enfermeiros por médicos, as UCSP apresentaram rácios superiores relativamente aos outros tipos de UF e a região de saúde do Alentejo foi a que apresentou o maior rácio.

Em termos de utilização dos CSP, os resultados globais indicaram:

um aumento anual do número total de consultas médicas e de enfermagem entre 2019 e 2021 e uma diminuição entre 2021 e 2022, tendência semelhante à observada para as consultas não presenciais (médicas e de enfermagem);

um decréscimo, entre 2019 e 2020, do número de consultas médicas ao domicílio – tendência que se inverteu entre 2020 e 2021, apesar de não se terem recuperado os níveis de atividade pré-pandemia –, com novo decréscimo entre 2021 e 2022, enquanto o número de consultas de enfermagem ao domicílio decresceu sistematicamente nos quatro anos em análise.

Da ponderação da atividade por número de inscritos, em 2022, e no que se refere às consultas médicas totais por utentes inscritos, consultas médicas não presenciais e consultas médicas ao domicílio, as USF apresentaram rácios globalmente superiores, quando comparadas com as UCSP, com destaque para a maior produção da USF modelo B. A nível regional, a região de saúde do Norte exibiu os rácios mais elevados de consultas por utentes inscritos.



ESTUDO
ABRIL DE 2024



Relativamente às consultas de enfermagem por utentes inscritos, as UCSP apresentaram, na maioria das regiões de saúde, os rácios mais elevados de consultas de enfermagem por utentes inscritos, tendo a região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo apresentado o rácio mais baixo. Nas consultas de enfermagem não presenciais por utentes inscritos, as USF modelo A apresentaram maior rácio na maioria das regiões de saúde, e as USF modelo B o menor rácio. Nas consultas de enfermagem ao domicílio, as regiões de Lisboa e Vale do Tejo e do Algarve exibiram rácios muito abaixo do observado a nível nacional.

No que diz respeito à prevalência das doenças crónicas, os resultados das análises encetadas indicaram, a nível nacional, nos anos de 2019 a 2022, um aumento anual da proporção média de utentes com diagnóstico de hipertensão arterial e de Diabetes *Mellitus*, bem como da incidência de neoplasias malignas (com exceção, nesta última, do ano de 2020), tendência comum aos diferentes tipos de UF.

No indicador de prevenção, relativo à proporção média de utentes com diabetes, ou com doença respiratória crónica, ou com doença cardíaca crónica, ou com idade superior a 65 anos, com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos 12 meses anteriores, em 2022, em todas as regiões de saúde a maior representatividade verificou-se nas USF modelo B.

No âmbito do desempenho económico-financeiro, no que se refere à despesa com medicamentos e MCDT prescritos, as UCSP apresentaram, globalmente, uma maior despesa média em relação às USF (modelo A e B), entre 2019 e 2022, com destaque para a menor despesa relativa, em termos gerais, das USF modelo B. O estudo econométrico empreendido com o objetivo de avaliar o efeito de variáveis suscetíveis de influenciar a despesa média com medicamentos e a despesa média com MCDT, no ano de 2022, revelou, adicionalmente, que o score médio da eficiência apresentava um impacto positivo na despesa média com medicamentos faturados e na despesa média com MCDT faturados. Por último, a prevalência da doença, considerando a proporção média de utentes com diagnóstico de hipertensão arterial e a proporção média de utentes com o diagnóstico de Diabetes *Mellitus*, apresentava um efeito positivo na despesa média com medicamentos.

Relativamente à proporção média de embalagens de medicamentos prescritos de classes terapêuticas com genérico, as USF modelo B, exibiram a maior ponderação nos quatro anos em análise.

Quanto à despesa salarial com recursos humanos, em 2022 as despesas aumentaram nas USF modelo B e diminuíram nas UCSP na maioria das regiões de saúde e nas três categorias profissionais consideradas: médicos, enfermeiros e assistentes técnicos.



ESTUDO
ABRIL DE 2024



Ao nível da eficiência técnica, da aplicação da metodologia de *Data Envelopment Analysis* (DEA), aplicada aos dados da atividade de 2022, concluiu-se que as USF exibiram um *score* médio de eficiência superior às UCSP, embora tal constatação se alterasse na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Em termos regionais, o Norte surgiu com o mais elevado nível médio de eficiência e o Algarve com o mais baixo.

No que respeita a indicadores de qualidade dos CSP, numa ótica de comparação internacional, constatou-se que, em todos os indicadores, Portugal revelou um desempenho acima da média da OCDE:

destacou-se como o terceiro do grupo dos países da OCDE com menor número de admissões hospitalares motivadas por condições clínicas como asma, DPOC e insuficiência cardíaca;

apresentou uma queda expressiva no número de internamentos evitáveis por diabetes, tornando-se o segundo país com menos admissões desse tipo;

foi o país com menor número de admissões hospitalares por hipertensão em 2022, mostrando uma tendência decrescente entre 2019 e 2022.

Por sua vez, a análise relativa à qualidade realizada com base nos resultados da recolha de informação efetuada junto das USF e UCSP permitiu concluir que:

persistem fragilidades nos procedimentos existentes, nas condições e nas práticas instituídas, destacando-se situações de inobservância de requisitos mínimos para o exercício da atividade, como a falta de articulação entre UF, a formação mínima exigida para os coordenadores destas unidades de saúde (82,7% de respostas afirmativas) ou a inexistência de regulamento interno (77,7% de respostas afirmativas) ou de critérios para redução do horário de funcionamento (68,8% de respostas afirmativas);

no âmbito da prevenção e controlo da infeção, sendo certo que se trata da área que apresentou a taxa de conformidade média mais elevada (85,1%), verificou-se a existência de fragilidades no cumprimento de processos de reprocessamento de dispositivos médicos (taxa de conformidade média de 82,4%);

a área que apresentou as mais baixas taxas de conformidade foi a das infraestruturas e sistemas técnicos (taxa de conformidade média de 54,3%).



ESTUDO
ABRIL DE 2024

ESTUDO SOBRE A LINHA SNS 24 E O IMPACTO NO
ACESSO À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE



103



6 | ANEXOS

ANEXO 1 | Número de UCSP, USF-A e USF-B

ANEXO 2 | Documentação de apoio à elaboração do questionário

ANEXO 3 | *Check-list*: requisitos básicos de Qualidade e Segurança

ANEXO 4 | Taxa de cumprimento dos requisitos de qualidade e segurança verificados nas ações de fiscalização de 2018



6 | ANEXOS

ANEXO 1 | NÚMERO DE UCSP, USF-A E USF-B

REGIÃO DE SAÚDE	ACES	UCSP	USF-A	USF-B	TOTAL	
Norte	ACES Alto Ave - Guimarães, Vizela e Terras de Basto	1	5	18	24	
	ACES Alto Minho	10	11	7	28	
	ACES Alto Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso	8	3		11	
	ACES Alto Trás-os-Montes - Nordeste	15			15	
	ACES Ave / Famalicão	5	4	7	16	
	ACES Cávado I - Braga	2	10	12	24	
	ACES Cávado II - Gerês / Cabreira	4	5	7	16	
	ACES Cávado III - Barcelos / Esposende	6	5	8	19	
	ACES Douro I - Marão e Douro Norte	4	11	1	16	
	ACES Douro II - Douro Sul	8	3		11	
	ACES Entre Douro e Vouga I - Feira e Arouca	6	5	10	21	
	ACES Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte	3	2	7	12	
	ACES Grande Porto I - Santo Tirso / Trofa	2	2	9	13	
	ACES Grande Porto II - Gondomar	1	7	8	16	
	ACES Grande Porto III - Maia / Valongo	3	4	13	20	
	ACES Grande Porto IV - Póvoa do Varzim / Vila do Conde			4	12	16
	ACES Grande Porto V - Porto Ocidental	2	6	11	19	
	ACES Grande Porto VI - Porto Oriental	2	5	7	14	
	ACES Grande Porto VII - Gaia	4	7	7	18	
	ACES Grande Porto VIII - Espinho / Gaia	5	6	8	19	
	ACES Matosinhos	3	5	8	16	
	ACES Tâmega I - Baixo Tâmega	13	6	4	23	
	ACES Tâmega II - Vale do Sousa Sul	3	7	12	22	
ACES Tâmega III - Vale do Sousa Norte	5	6	8	19		
Total Norte		115	129	184	428	



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



105

REGIÃO DE SAÚDE	TIPO	UCSP	USF-A	USF-B	TOTAL
Centro	ACES Baixo Mondego	11	19	11	41
	ACES Baixo Vouga	15	23	8	46
	ACES Beira Interior Sul	6	1		7
	ACES Cova da Beira	5	2		7
	ACES Dão Lafões	10	9	8	27
	ACES Guarda	12	3		15
	ACES Pinhal Interior Norte	11	4	2	17
	ACES Pinhal Interior Sul	4			4
	ACES Pinhal Litoral	11	9	6	26
Total Centro		85	70	35	190
Lisboa e Vale do Tejo	ACES Almada / Seixal	4	6	16	26
	ACES Amadora	3	5	4	12
	ACES Arco Ribeirinho	7	6	6	19
	ACES Arrábida	13	6	6	25
	ACES Cascais	5	11	5	21
	ACES Estuário do Tejo	10	10	2	22
	ACES Lezíria	7	8	7	22
	ACES Lisboa Central	4	9	7	20
	ACES Lisboa Norte	6	7	7	20
	ACES Lisboa Ocidental e Oeiras	5	9	10	24
	ACES Loures / Odivelas	9	13	8	30
	ACES Médio Tejo	11	9	6	26
	ACES Oeste Norte	9	4	8	21
	ACES Oeste Sul	6	6	4	16
ACES Sintra	9	16	6	31	
Total Lisboa e Vale do Tejo		108	125	102	335
Alentejo	ACES Alentejo Central	9	8	6	23
	ACES Alentejo Litoral	5			5
	ACES Baixo Alentejo	13		1	14
	ACES São Mamede	11	4	2	17
Total Alentejo		38	12	9	59



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



106

REGIÃO DE SAÚDE	TIPO	UCSP	USF-A	USF-B	TOTAL
Algarve	ACES Algarve I - Algarve Central	7	8	7	22
	ACES Algarve II - Algarve Barlavento	7	5	1	13
	ACES Algarve III - Algarve Sotavento	2	3	2	7
Total Algarve		16	16	10	42
Total Portugal continental		362	352	340	1.054



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



107

ANEXO 2 | DOCUMENTAÇÃO DE APOIO À ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

DESIGNAÇÃO	DATA	ASSUNTO
Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte	2013	Manual de Controlo de infeção
Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde (DGS) n.º 24/2007	17/12/2007	Grupos Coordenadores Regionais de Prevenção e Controlo de Infeção (GCR)
Circular Normativa dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) n.º 2/2019	23/05/2019	Acesso por parte de farmacêuticos hospitalares aos sistemas de informação hospitalares
Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar	2012	Manual de Gases Medicinais
Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar da Ordem dos Farmacêuticos (OF)	01/06/2021	Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar, Capítulo D: Distribuição
Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar da OF	08/05/2020	Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar, Capítulo A: Processos de Suporte
Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar da OF	1999	Boas Práticas de Farmácia Hospitalar
Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar da OF	28/12/2021	Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar, Capítulo B: Aquisição e Armazenamento
Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED)	mar/2005	Manual da Farmácia Hospitalar
Decreto-Lei n.º 101-D/2020	07/12/2020	Estabelece os requisitos aplicáveis a edifícios para a melhoria do seu desempenho energético e regula o Sistema de Certificação Energética de Edifícios, transpondo a Diretiva (UE) 2018/844 e parcialmente a Diretiva (UE) 2019/944
Decreto-Lei n.º 102/2021	19/11/2021	Estabelece os requisitos de acesso e de exercício da atividade dos técnicos do Sistema de Certificação Energética dos Edifícios



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



108

DESIGNAÇÃO	DATA	ASSUNTO
Decreto-Lei n.º 102-D/2020, na sua atual redação	10/12/2020	Regime geral da gestão de resíduos
Decreto-Lei n.º 113/93, na sua atual redação	10/04/1993	Transpõe para o direito interno a Diretiva do Conselho n.º 89/106/CEE (EUR-Lex), de 21 de dezembro de 1988, relativa aos produtos de construção, tendo em vista a aproximação das disposições legislativas dos Estados membros
Decreto-Lei n.º 126/2014	22/08/2014	Aprova os Estatutos da Entidade Reguladora da Saúde (ERS)
Decreto-Lei n.º 135/99, na sua atual redação	22/04/1999	Define os princípios gerais de ação a que devem obedecer os serviços e organismos da Administração Pública na sua atuação face ao cidadão
Decreto-Lei n.º 145/2009, na atual redação	17/06/2009	Estabelece as regras a que devem obedecer a investigação, o fabrico, a comercialização, a entrada em serviço, a vigilância e a publicidade dos dispositivos médicos e respetivos acessórios
Decreto-Lei n.º 15/1993, na sua atual redação	22/01/1993	Define o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas e revê a legislação de combate à droga
Decreto-Lei n.º 163/2006, na sua atual redação	08/08/2006	Aprova o regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais
Decreto-Lei n.º 220/2008, na sua atual redação	12/11/2008	Regime Jurídico da Segurança Contra Incêndios em Edifícios
Decreto-Lei n.º 226/2005	28/12/2005	Estabelece os procedimentos de aprovação das regras técnicas das instalações elétricas de baixa tensão
Decreto-Lei n.º 243/86	20/08/1986	Aprova o Regulamento Geral de Higiene e Segurança do Trabalho nos Estabelecimentos Comerciais, de Escritório e Serviços



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



109

DESIGNAÇÃO	DATA	ASSUNTO
Decreto-Lei n.º 298/2007	22/08/2007	Estabelece o regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem
Decreto-Lei n.º 38382/51, na sua atual redação	07/08/1951	Aprova o Regulamento geral das edificações urbanas
Decreto-Lei n.º 41-A/2010, na sua atual redação	29/04/2010	Regula o transporte terrestre, rodoviário e ferroviário, de mercadorias perigosas
Decreto-Lei n.º 52/2022	04/08/2022	Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde
Decreto-Lei n.º 96/2017, na sua atual redação	10/08/2017	Estabelece o regime das instalações elétricas particulares
Decreto-Lei n.º 97/2017, na sua atual redação	10/08/2017	Estabelece o regime das instalações de gases combustíveis em edifícios
Decreto-Regulamentar n.º 61/1994, na sua atual redação	12/10/1994	Estabelece as regras relativas ao controlo do mercado lícito de estupefacientes, substâncias psicotrópicas, precursores e outros produtos químicos suscetíveis de utilização no fabrico de droga, compreendidos nas tabelas I a VI anexas ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro
Deliberação n.º 56/CD/2008 do INFARMED	21/02/2008	Aprova o regulamento dos gases medicinais
Despacho 6476-C/2021	01/07/2021	Aprova as condições referentes à manutenção dos sistemas técnicos instalados em edifícios, a periodicidade e as condições de realização da inspeção periódica dos sistemas técnicos e o modelo do relatório
Despacho n.º 10285/2017	27/11/2017	Programa de intervenção operacional de prevenção ambiental de <i>legionella</i>
Despacho n.º 10901/2022	08/09/2022	Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



110

DESIGNAÇÃO	DATA	ASSUNTO
Despacho n.º 11347/2017	27/12/2017	Estabelece disposições sobre o modelo de organização e de funcionamento da Psicologia Clínica e da Saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS)
Despacho n.º 1618/2022	09/02/2022	Qualidade do ar no interior dos edifícios
Despacho n.º 242/96	13/08/1996	Estabelece as normas de gestão dos resíduos hospitalares no que respeita à sua classificação, triagem, acondicionamento, armazenamento, transporte e tratamento.
Despacho n.º 3635/2013	07/03/2013	Estabelece disposições no âmbito da implementação da Estratégia Nacional para a
Despacho n.º 6556/2018	04/07/2018	Qualidade na Saúde, nas instituições do Serviço Nacional de Saúde
Despacho n.º 9390/2021	24/09/2021	Determina que em cada instituição do SNS deverá existir um núcleo/unidade/serviço de Nutrição e estabelece disposições sobre a organização e funcionamento
DGS	2002	Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026)
DGS	2011	Manual de normas e procedimentos para um serviço central de esterilização em estabelecimentos de saúde: Central de Esterilização
Instituto Nacional para a Reabilitação (INR)	2007	Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final
ISMP Canadá	2009	Guia de acessibilidade e mobilidade para todos
Lei n.º 15/2014, na sua atual redação	21/03/2014	High Alert Medications John Dempsey Hospital
Lei n.º 52/2018, na sua atual redação	20/08/2018	Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



111

DESIGNAÇÃO	DATA	ASSUNTO
Lei n.º 67/2013	28/08/2013	Estabelece o regime de prevenção e controlo da doença dos legionários
Lei n.º 73/2017	21/06/2017	Aprova a lei-quadro das entidades reguladoras
NHS	2021	Altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar
Norma da DGS n.º 001/2017	08/02/2017	National Standards of Healthcare Cleanliness
Norma da DGS n.º 002/2012	04/07/2012 (atualizada a 11/08/2015)	Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde
Norma da DGS n.º 004/2013	21/02/2013 (atualizada a 27/07/2022)	Registo de Alergias e Outras Reações Adversas
Norma da DGS n.º 014/2015	06/08/2015	Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos;
Norma da DGS n.º 017/2022	19/12/2022	Medicamentos de alerta máximo
Norma da DGS n.º 018/2016	30/12/2016	Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente
Norma da DGS n.º 024/2017	15/11/2017	Reconciliação da medicação
Norma da DGS n.º 029/2012	29/12/2012 (atualizada a 31/10/2013)	Prevenção e Controlo Ambiental da bactéria Legionella em Unidades de Saúde
Norma da DGS n.º 003/2015	11/03/2015 (atualizada a 13/02/2019)	Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)
NP EN ISO 13485	2016	Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários
Organização Mundial da Saúde (OMS), World Alliance For Patient Safety	2005	Dispositivos médicos - Sistemas de gestão da qualidade - Requisitos para fins regulamentares
Ordem dos Farmacêuticos	set/2010	WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



112

DESIGNAÇÃO	DATA	ASSUNTO
Ordem dos Nutricionistas	mar/2023	Normas conjuntas FIP/OMS para as boas práticas de farmácia: diretrizes para a qualidade dos serviços farmacêuticos
Ordem dos Psicólogos	mar/2023	Manual Organização dos Serviços de Nutrição nas unidades locais de saúde do SNS
OMS e Organização Pan-Americana da Saúde	2016	Manual Organização Serviços de Psicologia em Unidades Locais de Saúde
Orientação da DGS n.º 002/2022	15/02/2022	Manual “Descontaminação e reprocessamento de produtos para saúde em instituições de assistência à saúde”
Orientação da DGS n.º 008/2011	28/03/2011	Acondicionamento e Transporte de Resíduos Hospitalares da Prestação de Cuidados de Saúde no Domicílio
Orientação da DGS n.º 011/2012	30/07/2012	Organização do material de emergência nos serviços e unidades de saúde
Orientação da DGS n.º 013/2017	13/07/2017	Análise de Incidentes e de Eventos Adversos
Orientação da DGS n.º 014/2015	17/12/2015 -	Climatização nos Estabelecimentos e Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde
Orientação da DGS n.º 023/2017	07/12/2017	Processo de Gestão da Medicação
Orientação da DGS n.º 025/2012	19/12/2012	Rede de frio das vacinas
Portaria n.º 1368/2007	18/10/2007	Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos
Portaria n.º 138-G/2021	01/07/2021	Aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das USF



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



113

DESIGNAÇÃO	DATA	ASSUNTO
Portaria n.º 145/2017, na sua atual redação	26/04/2017	Estabelece os requisitos para a avaliação da qualidade do ar interior nos edifícios de comércio e serviços, incluindo os limiares de proteção, condições de referência e critérios de conformidade, e a respetiva metodologia para a medição dos poluentes e para a fiscalização do cumprimento das normas aprovadas
Portaria n.º 1532/2008, na sua atual redação	29/12/2008	Define as regras aplicáveis ao transporte rodoviário, ferroviário, fluvial, marítimo e aéreo de resíduos em território nacional e cria as guias eletrónicas de acompanhamento de resíduos
Portaria n.º 53/71, na sua atual redação	03/02/1971	Regulamento Técnico de Segurança Contra Incêndio em Edifícios (SCIE)
Portaria n.º 949-A/2006, na sua atual redação	11/09/2006	Aprova o Regulamento Geral de Segurança e Higiene do Trabalho nos Estabelecimentos Industriais
Portaria n.º 981/98	18/09/1998	Regras Técnicas das Instalações Elétricas de Baixa Tensão (RTIEBT)
Portaria n.º 987/93	06/10/0993	Estabelece as medidas de controlo previstas no Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro, que visam o controlo de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e suas preparações contidas nas tabelas I a IV do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro (na sua redação atual)
Regulamento (EU) 2017/745 do Parlamento Europeu e do Conselho	05/04/2017	Estabelece as prescrições mínimas de segurança e saúde nos locais de trabalho relativo aos dispositivos médicos
Regulamento n.º 65/2015	11/02/2015	Define os termos, as regras e as metodologias que presidem ao sistema de gestão de reclamações (SGREC) da ERS



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



114

DESIGNAÇÃO	DATA	ASSUNTO
Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005	12/10/2005	Determina a criação de uma estrutura de missão para a reforma dos cuidados de saúde primários
OMS	2009	Natural Ventilation for Infection Control in Health-Care Settings



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



115

ANEXO 3 | CHECK-LIST: REQUISITOS BÁSICOS DE QUALIDADE E SEGURANÇA

REF. ^a	TÍTULOS E REQUISITOS
I	Organização e funcionamento
	Organização
	A UNIDADE FUNCIONAL É CAPAZ DE DEMONSTRAR QUE:
1	Tem um regulamento interno aprovado superiormente
-	Do regulamento interno constam
2	A forma de organização e funcionamento da unidade
3	A forma de prestação de trabalho dos elementos da equipa (horário, regime de trabalho, forma de contrato...)
4	Tem implementado um sistema de informação clínica (de suporte à atividade dos profissionais de saúde e apoio aos processos de gestão da unidade)
-	O sistema de informação clínica
5	Está adaptado para garantir o suporte à atividade profissional dos psicólogos
6	Está adaptado para garantir o suporte à atividade profissional dos nutricionistas
7	Existe um núcleo base de serviços clínicos
-	O núcleo base de serviços clínicos inclui/garante
8	A vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida, no seu global
9	Saúde do recém-nascido
10	Saúde da criança e adolescente
11	Saúde da mulher
12	Saúde do adulto e do idoso
13	Cuidados em situação de doença aguda
14	Acompanhamento clínico das situações de doença crónica (ex.: HTA, DM2, DPOC, Obesidade, DLP...) e patologia múltipla
15	Interligação e colaboração em rede com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de «gestor de saúde» do cidadão
-	São assegurados
16	Serviços domiciliários
17	Serviços de telessaúde
18	O princípio de atendimento no próprio dia
19	A marcação de consultas para hora determinada
20	O atendimento telefónico ou por outros meios de comunicação à distância
21	A atualização anual dos utentes inscritos na unidade e da lista de utentes por médico
22	Formação contínua para todos os profissionais
-	Disponibiliza tempo semanal para os profissionais, em equipa, procederem a
23	Exame de processos/procedimentos de trabalho diário e análise da maneira como esses processos/procedimentos podem ser melhorados
24	Discussão de casos clínicos
25	Abordagem de problemas da prática clínica pelos próprios elementos da unidade



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



116

REF. ^a	TÍTULOS E REQUISITOS
26	O coordenador é especialista de medicina geral e familiar, com pelo menos cinco anos de experiência efetiva na especialidade
27	Está assegurado que as funções de coordenador são incompatíveis com as de diretor executivo e/ou de membro do conselho clínico e de saúde do ACES
	Funcionamento
	A UNIDADE FUNCIONAL É CAPAZ DE DEMONSTRAR QUE:
28	Há um secretariado clínico/administrativo
-	O secretariado clínico/administrativo garante
29	O atendimento e encaminhamento do cidadão (programação e marcação de consultas - consultas programadas; consultas sem programação da iniciativa do utente; monitorização do tempo de espera e desistências)
30	A gestão da comunicação (difusão atualizada do funcionamento dos serviços; Informação a pedido)
31	A gestão de procedimentos administrativos (participação na gestão dos processos clínicos; participação nos procedimentos referentes à prescrição crónica; registo e acompanhamento relativos à referenciação; gestão dos dados administrativos do cidadão; gestão das áreas de apoio administrativo; participação na gestão do sistema de informação; participação na receção e na resposta a queixas, reclamações e sugestões dos cidadãos)
32	Está garantida informação acerca do funcionamento dos serviços
33	O horário de funcionamento está devidamente publicitado (afixação no exterior e interior das instalações e divulgação por meios telemáticos)
34	Está garantido o funcionamento todos os dias úteis, pelo menos entre as 8h00 e as 20h00
35	O período de funcionamento foi objeto de redução (em função de características geodemográficas da área, da dimensão das listas de utentes e/ou do número de elementos que integram a equipa)
-	O período de funcionamento foi objeto de alargamento (em função de características geodemográficas da área, da dimensão das listas de utentes, do número de elementos que integram a equipa e/ou de acordo com as necessidades da população):
36	Em dias úteis
37	Horário de funcionamento alargado nos dias úteis (hora início e fim)
38	Aos sábados
39	Horário de funcionamento aos sábados (hora início e fim)
40	Aos domingos e feriados
41	Horário de funcionamento aos domingos e feriados (hora início e fim)
42	Estão organizados canais de comunicação com o gabinete de cidadão do ACES
43	Faz-se uma verificação regular do grau de satisfação dos utentes
44	Existe livro de reclamações
45	O livro de reclamações é facultado ao utente, de forma imediata e gratuita, sempre que solicitado
46	No âmbito das reclamações, elogios e sugestões, é sempre enviada resposta ao reclamante/cidadão
47	Está inscrita no Sistema de Gestão de Reclamações (SGREC) da ERS
	Acessibilidade, circulação e equipamentos de emergência
	A UNIDADE FUNCIONAL É CAPAZ DE DEMONSTRAR QUE:
48	Tem sistemas de sinalização de chamada e alarme nos espaços utilizados pelos utentes (zonas de tratamento e recuperação, zona de exames, instalações sanitárias, etc.)
49	De forma geral, dispõe de tecnologias de apoio à mobilidade (circulação vertical e horizontal)



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



117

REF. ^a	TÍTULOS E REQUISITOS
50	Dispõe de equipamentos/sistemas que permitam a pessoas com mobilidade condicionada ultrapassar barreiras arquitetónicas (ex. rampas, elevadores, plataformas elevatórias...)
51	Dispõe de corredores com dimensões adequadas para a circulação de pessoas, macas e camas, cadeiras de rodas e/ou equipamentos
52	Tem instalações sanitárias adaptadas a pessoas com mobilidade condicionada
53	Possui carro de emergência (ou, na ausência de carro de emergência, de equipamento de emergência transportável equiparável)
54	O carro de emergência (ou equipamento transportável equiparável) inclui medicação e equipamentos de acordo com o recomendado
55	Tem implementados procedimentos de verificação ao conteúdo do carro de emergência (ou equipamento transportável equiparável)
56	A verificação do conteúdo do carro de emergência (ou equipamento transportável equiparável) é efetuada pelo menos uma vez por mês
57	Tem implementados procedimentos para realização de testes ao desfibrilhador
58	Os testes ao desfibrilhador são realizados diariamente
II	Prevenção e Controlo de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
	Prevenção
	A UNIDADE FUNCIONAL É CAPAZ DE DEMONSTRAR QUE:
59	Possui procedimentos para prevenção e controlo de infeção
60	Tem implementadas medidas de promoção da higiene das mãos
61	Promove a aplicação de medidas de etiqueta respiratória
62	Promove a devida utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) dos profissionais e utentes
63	Possui um plano/procedimento para controlo ambiental (incluindo limpeza e desinfeção dos espaços)
-	Esse plano/procedimento
64	Define as responsabilidades para as tarefas definidas
65	Define a frequência e métodos de higienização
66	Tem registos das tarefas de higienização realizadas aos espaços/equipamentos
	Reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo
	A UNIDADE FUNCIONAL É CAPAZ DE DEMONSTRAR QUE:
67	Utiliza apenas dispositivos médicos destinados a um uso único (num único doente, durante um único procedimento)
68	Tem um Serviço Interno de Reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo
69	O Serviço Interno de Reprocessamento encontra-se concebido, organizado e equipado de acordo com os normativos aplicáveis
70	Dispõe de procedimentos específicos relativos às várias fases do reprocessamento dos equipamentos clínicos
71	Os procedimentos definem as responsabilidades, frequência e métodos de reprocessamento, tendo em conta as recomendações dos fabricantes
72	Garante que todos os dispositivos potencialmente contaminados são manipulados, recolhidos e transportados em caixas ou carros fechados para a área de descontaminação
73	Dispõe de uma Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo (URDMUM) concebida, organizada e equipada de acordo com os normativos aplicáveis
	Gestão de resíduos hospitalares (Grupo III e IV)
	A UNIDADE FUNCIONAL É CAPAZ DE DEMONSTRAR QUE:
74	Possui um plano de gestão de resíduos



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



118

REF. ^a	TÍTULOS E REQUISITOS
75	Existe protocolo/contrato estabelecido com entidade licenciada para recolha e tratamento diferenciado dos resíduos hospitalares perigosos
76	Efetua a triagem de resíduos hospitalares em conformidade com os normativos aplicáveis
77	Dispõe de locais próprios e reservados ao armazenamento dos resíduos do tipo hospitalar (ex. sala de sujos/ecocentro hospitalar)
78	Possui contentores para acondicionamento de resíduos que sejam facilmente manuseáveis, resistentes, estanques, mantendo-se hermeticamente fechados, laváveis e desinfetáveis (se forem de uso múltiplo)
79	Utiliza contentores para acondicionamento de resíduos que permitam a abertura sem o uso das mãos
80	Efetua o acondicionamento dos resíduos de acordo com o seu dimensionamento e até 2/3 da capacidade do recipiente
81	Os resíduos produzidos em ambiente de prestação de cuidados de saúde domiciliário são recolhidos e transportados imediatamente após o ato de prestação de cuidados de saúde
82	O veículo utilizado para o transporte dos resíduos hospitalares resultantes da prestação de cuidados de saúde no domicílio, dispõe de compartimento individualizado bem delimitado (de dedicação exclusiva para o transporte dos resíduos hospitalares) e de fácil higienização, para a colocação das embalagens de transporte com os resíduos do Grupo III
83	O veículo utilizado para prestação de cuidados de saúde no domicílio possui meios de extinção de incêndio
84	O transporte dos resíduos decorrente da prestação de cuidados de saúde no domicílio é efetuado para a área de armazenamento de resíduos da entidade responsável pela prestação de cuidados de saúde ou diretamente para a Unidade de Tratamento de Resíduos Hospitalares do operador de gestão de resíduos hospitalares contratado
Gestão da roupa	
A UNIDADE FUNCIONAL É CAPAZ DE DEMONSTRAR QUE:	
85	Possui um procedimento para o manuseamento seguro da roupa suja/usada
86	Acondiciona a roupa limpa numa área reservada para o efeito, de preferência em armários fechados
87	Acondiciona a roupa suja num local apropriado e fechado
88	Garante que toda a roupa suja é depositada de imediato após a remoção, em contentor disponível junto ao local de produção
Preparação e administração de injetáveis	
A UNIDADE FUNCIONAL É CAPAZ DE DEMONSTRAR QUE:	
-	Na preparação e administração de injetáveis
89	É utilizada a técnica asséptica para evitar a contaminação do material de injeção estéril
90	Não são administrados medicamentos a múltiplos doentes usando a mesma seringa, mesmo que a agulha ou cânula tenham sido mudadas
91	Promove o uso, sempre que possível, de embalagens de dose única para medicamentos injetáveis
92	Se for necessário usar embalagens de doses múltiplas, tanto a agulha/cânula, como a seringa e/ou sistema e prolongamentos usados para aceder à embalagem, são estéreis
III	Infraestruturas e Sistemas Técnicos
Instalações	
A UNIDADE FUNCIONAL É CAPAZ DE DEMONSTRAR QUE:	
93	Tem um programa de manutenção para as instalações
94	Existe um plano de manutenção das instalações (incluindo os sistemas de suporte à atividade e equipamentos)
95	O armazenamento de produtos inflamáveis e perigosos é feito em compartimento adequado



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



119

REF. ^a	TÍTULOS E REQUISITOS
96	Os acabamentos dos espaços clínicos permitem a manutenção de grau de higienização compatível com a atividade, por material lavável e antiderrapante
97	É privilegiada a entrada de luz natural nas áreas clínicas e comuns (salas de espera, salas de tratamento, salas de exames, gabinetes de consulta...)
98	Os compartimentos satisfazem condições de atmosfera do trabalho, temperatura e humidade
99	Os espaços dispõem de arejamento natural
100	É efetuada a avaliação anual de poluentes no ar (físico-químicos e microbiológicos, incluindo partículas em suspensão, dióxido de carbono, fungos e bactérias, monóxido de carbono, formaldeído...)
Sistemas e equipamentos técnicos	
A UNIDADE FUNCIONAL É CAPAZ DE DEMONSTRAR QUE:	
101	Possui Sistema de Distribuição de Gases Medicinais (SDGM)
102	Faz ensaios de funcionamento e qualidade ao SDGM de acordo com a regulamentação em vigor
103	Possui certificado de marcação CE do SDGM
104	Efetua a manutenção da rede hidráulica
105	Possui plano de prevenção e controlo da bactéria Legionella
106	Efetua a manutenção das instalações elétricas
107	Possui uma rede elétrica de emergência
108	A rede elétrica de emergência é testada periodicamente
109	Garante que a cablagem elétrica se encontra em perfeitas condições de isolamento elétrico, devidamente instalada em calha técnica, caminho de cabos ou tubagem
110	Dispõe de iluminação de segurança do tipo bloco autónomo (sistema que acende automaticamente em caso de falha da energia elétrica)
111	De um modo geral, assegura que as instalações elétricas se encontram executadas de acordo com a legislação em vigor e com as boas práticas de execução
112	Tem um sistema AVAC (Aquecimento, Ventilação e Ar Condicionado)
113	Efetua a manutenção do sistema AVAC
114	As operações de manutenção dos equipamentos de climatização são executadas sob a responsabilidade de técnico de instalação e manutenção de sistemas técnicos, devidamente qualificado
115	Os equipamentos de climatização possuem certificado de conformidade CE?
116	Efetua a manutenção periódica às redes de gás combustível
117	Efetua a manutenção periódica às instalações frigoríficas
118	Possui um plano para atuação em caso de falha da rede de frio (instalações frigoríficas)
119	Assegura que as câmaras frigoríficas estão ligadas a um circuito elétrico independente, com disjuntor próprio e tomada exclusiva (para assegurar que não sejam acidentalmente desligadas)
120	Assegura que as câmaras frigoríficas estão permanentemente ligadas a uma fonte de energia alternativa
121	Efetua a manutenção periódica à rede de incêndio
122	Possui procedimentos em caso de emergência / plano de emergência interno
123	Possui relatórios de vistorias e inspeções, no âmbito das medidas de autoproteção contra incêndios
124	As medidas de autoproteção contra incêndios foram submetidas à apreciação da entidade competente (ANEPC)



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



120

REF. ^a	TÍTULOS E REQUISITOS
IV	Gestão da Medicação
	A UNIDADE FUNCIONAL É CAPAZ DE DEMONSTRAR QUE:
125	Existem procedimentos de segurança para a gestão da medicação (incluindo armazenamento, prescrição, dispensa, preparação e administração de medicamentos)
126	Regista a informação sobre os antecedentes de hipersensibilidade medicamentosa de cada doente
127	Promove a implementação do processo de reconciliação da medicação (incluindo o da consulta após alta hospitalar do doente)
128	Os locais de armazenamento de medicamentos encontram-se devidamente limpos e organizados
129	Os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos encontram-se segregados, com medidas de controlo de acesso restrito
130	Efetua controlo das existências dos medicamentos estupefacientes e psicotrópicos
131	Estão identificados os medicamentos de alerta máximo em todo o circuito do medicamento
132	A lista interna de medicamentos de alerta máximo é revista, pelo menos, anualmente
133	Está garantida a informação e a comunicação, a todos os profissionais, da lista de medicamentos de alerta máximo utilizados na unidade, o seu propósito e a importância para a redução de incidentes relacionados com a medicação
134	Procede à parametrização de alertas, para os medicamentos de alerta máximo, nas aplicações informáticas (e.g. interações de anticoagulantes com outros medicamentos, alergias...)
135	Estão identificados os medicamentos LASA (aspeto e/ou designações semelhantes) em todo o circuito do medicamento
136	A lista interna de medicamentos LASA é revista, pelo menos, anualmente
137	Procede à parametrização de alertas para os medicamentos LASA nas aplicações informáticas
138	Desenvolve estratégias e implementam-se medidas ao nível da prescrição e de práticas seguras de verificação dos medicamentos LASA
139	Faz monitorização e registo de condições de conservação em todos os locais de armazenamento de medicamentos
140	Todos os equipamentos de monitorização de temperatura de medicamentos são calibrados com a devida periodicidade (anualmente ou, caso exista uma avaliação de risco que o suporte, a cada dois anos)
V	Gestão do Risco
	A UNIDADE FUNCIONAL É CAPAZ DE DEMONSTRAR QUE:
141	Tem uma comissão para a área da qualidade e segurança (para promoção, monitorização, facilitação e integração de todas as atividades relacionadas com a qualidade e segurança)
142	A comissão para a área da qualidade e segurança possui regulamento próprio
143	Tem um responsável pelas questões relativas à prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde
144	Tem planos de prevenção definidos no âmbito da segurança do doente
145	Tem procedimentos relativos à transição de cuidados do doente
146	Na transição de cuidados do doente, utiliza a técnica de comunicação ISBAR [Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações)] na documentação entregue ao doente (ex.: carta de referenciação, relatório de alta, nota de transferência...)
147	Efetua, de forma sistemática, o registo da ocorrência de incidentes
148	Efetua a análise de causas dos incidentes
-	Com base na análise de causas dos incidentes
149	Propõe ações de melhoria
150	Avalia a eficácia das ações implementadas



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



121

ANEXO 4 | TAXA DE CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS DE QUALIDADE E SEGURANÇA VERIFICADOS NAS AÇÕES DE FISCALIZAÇÃO DE 2018

A tabela seguinte apresenta a síntese da análise dos principais resultados decorrentes das ações de fiscalização realizadas durante o ano de 2018. A informação reporta-se somente a 35 das UF fiscalizadas (USF), e elenca todos os requisitos verificados, apesar de nem todos serem comparáveis com os do presente trabalho.

Para cálculo da taxa média de conformidade foi considerado, para cada item, o número total de prestadores de cuidados de saúde com requisitos conformes, dividido pelo número de prestadores avaliados nesse item (incluindo os prestadores com requisito conforme, parcialmente conforme ou não conforme).

REQUISITO	Taxa de conformidade (% média)	Taxa de não conformidade (% média)	Taxa de cumprimento parcial (% média)
Procedimento para controlo de infeção	76,47%	11,76%	11,76%
Manual de Procedimentos	12,50%	77,08%	10,42%
Procedimentos a adotar em situações de emergência	47,27%	49,09%	3,64%
Cópia do termo responsabilidade e licença p/ exploração das instalações elétricas (se aplicável)	45,45%	13,64%	40,91%
Cópia do certificado de inspeção das instalações de gás (se aplicável)	46,15%	53,85%	0,00%
Certificado da ANPC / Segurança contra incêndios*	4,00%	70,00%	26,00%
Coordenador/Responsável (Diretor Clínico)	90,00%	4,29%	5,71%
Enfermeiro responsável	90,00%	4,29%	5,71%
Pedidos de recursos humanos formalizados/requeridos? Identificar	92,00%	4,00%	4,00%
Carro de emergência	59,62%	11,54%	28,85%
Equip.s de suporte vital e emergência, mala de primeiros socorros (ensaios regulares documentados)	38,46%	30,77%	30,77%
Depósito de medicamentos identificado (de acesso restrito a pessoal autorizado / monitorização das condições de temperatura e humidade)	55,56%	7,41%	37,04%



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



122

REQUISITO	Taxa de conformidade (% média)	Taxa de não conformidade (% média)	Taxa de cumprimento parcial (% média)
Aprovisionamento: Registo e controlo de stocks e prazos de validade de medicamentos	78,43%	5,88%	15,69%
Livro de reclamações	86,11%	2,78%	11,11%
Sistema de avaliação do grau de satisfação de utentes	77,50%	22,50%	0,00%
Utilização de modelo de CI para algum tipo de atos	97,92%	2,08%	0,00%
Colocação de DIU	97,83%	2,17%	0,00%
Pequenas cirurgias	88,89%	11,11%	0,00%
Implantes	97,78%	2,22%	0,00%
ISO-imunização RH	94,12%	5,88%	0,00%
Recolha de imagem para investigação	75,00%	25,00%	0,00%
Evidência de registo dos CI nos respetivos processos clínicos	93,33%	3,33%	3,33%
Em caso de doença aguda (é assegurado o prazo de atendimento no próprio dia)	65,75%	17,81%	16,44%
Caso não seja garantida consulta no próprio dia por motivo de doença aguda, há lugar à marcação para o dia seguinte	63,93%	27,87%	8,20%
Critérios de triagem são exclusivamente clínicos (parâmetros de despiste) e procedimento padronizado	9,86%	88,73%	1,41%
Existe um número máximo de consultas diárias pré-estabelecido para os pedidos por iniciativa do utente (consultas abertas)	62,50%	25,00%	12,50%
Existe um horário de atendimento diário/semanal específico por tipologia de consulta. Encontra-se afixado ao público	76,39%	15,28%	8,33%
Existe um procedimento interno definido para atendimento de utentes encaminhados pela Linha de Saúde 24. (Em caso afirmativo trazer ou pedir para ser posteriormente enviada cópia ou descrição do procedimento)	20,00%	52,73%	27,27%



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



123

REQUISITO	Taxa de conformidade (% média)	Taxa de não conformidade (% média)	Taxa de cumprimento parcial (% média)
Existe comunicação da Linha de Saúde 24 a informar que foi dada indicação ao utente para se dirigir a essa unidade de saúde	32,79%	44,26%	22,95%
Em caso de incapacidade de resposta por falta de recursos, é informada a Linha de Saúde 24	25,49%	72,55%	1,96%
É estabelecido contacto prévio com a UH referência para informar o encaminhamento e nível de urgência	78,33%	15,00%	6,67%
Em caso afirmativo, é entregue ao utente documento de suporte para efeito de dispensa de pagamento de taxa moderadora no SU	87,76%	12,24%	0,00%
Programa para a prevenção da Legionella	80,00%	20,00%	0,00%
Acessibilidades	31,51%	8,22%	60,27%
(Eliminação de barreiras arquitetónicas, nos termos da legislação em vigor)	36,00%	9,33%	54,67%
Circulação no edifício adeq. a pessoas c/mob. condicionada (trabalhadores/utentes)	81,33%	6,67%	12,00%
Instalação sanitária de público (adaptada a pessoas com mobilidade condicionada)	29,73%	43,24%	27,03%
Aparelho elevatório, se> 3 pisos e/ou não houver acesso de nível p/o exterior	78,57%	14,29%	7,14%
Instalações técnicas armazen. prod. inflamáveis/perigosos	65,71%	22,86%	11,43%
Acabamentos permitem manut. grau higienização compatível c/ atividade e instalações forradas por material lavável e antiderrapante	64,86%	5,41%	29,73%
Plano de manutenção das instalações e equipamentos encontra-se implementado? São realizadas ações de manutenção corretiva de acordo com as necessidades pontuais	36,54%	42,31%	21,15%
Gabinete de Consulta com equipamento médico mínimo	81,16%	2,90%	15,94%
Sala de observações e tratamentos com equipamento médico mínimo	72,06%	5,88%	22,06%
Gabinete de Consulta- Área mínima 10m2/12m2	80,00%	10,67%	9,33%



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



124

REQUISITO	Taxa de conformidade (% média)	Taxa de não conformidade (% média)	Taxa de cumprimento parcial (% média)
Gabinete de consulta possui tina de bancada, dotada de lavatório com torneiras de comando não manual	68,92%	27,03%	4,05%
Sala de Observações e tratamentos - Área mínima 12m2	71,88%	21,88%	6,25%
Mala para domicílios de enfermagem, devidamente equipadas (pelo menos duas)	93,88%	2,04%	4,08%
Mala para domicílios médicos, devidamente equipadas (pelo menos duas)	92,86%	3,57%	3,57%
Viatura adaptada e equipada para visitas ao domicílio, nomeadamente com compartimentos para limpos e sujos	56,82%	22,73%	20,45%
Frigorífico dotado de dispositivo automático de registo de temperatura e alarme	80,25%	11,11%	8,64%
Sala de sujos e despejos	82,43%	8,11%	9,46%
Sala/zona de desinfeção	89,13%	6,52%	4,35%
Zona de descontaminação (lavagem e desinfeção de material de uso clínico)	93,18%	4,55%	2,27%
Zona de esterilização (com esterilizador de tipo adequado)	66,67%	33,33%	0,00%
Equipamentos de climatização, ventilação, aquecimento (ar condicionado/ventilação)	39,71%	20,59%	39,71%
Contrato de Manutenção Preventiva p/equipamentos de climatização e ventilação, incluindo equipamentos exteriores à instalação	62,79%	27,91%	9,30%
Zonas técnicas dotadas de ventiloconvetor ou outro sistema de recirculação de ar com filtragem e temp.médias máx. 25°C (Verão) min 22°C (Inverno)	52,46%	16,39%	31,15%
Sistema de extração forçada de ar nas zonas técnicas e salas com eventual produção de ambientes poluídos (sala de sujos/ despejos e instalações sanitárias) com taxas 10 ren/h	65,71%	34,29%	0,00%
Em sistemas de extração generalizados, o sistema de "sujos" deverá ser independente do de "limpos	71,43%	28,57%	0,00%
Uma tomada por equipamento	79,45%	4,11%	16,44%



ESTUDO
ABRIL DE 2024

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – QUALIDADE E
EFICIÊNCIA NAS UCSP E USF



125

REQUISITO	Taxa de conformidade (% média)	Taxa de não conformidade (% média)	Taxa de cumprimento parcial (% média)
Cablagem elétrica em perfeitas condições de isolamento elétrico, devidamente instalada em calha técnica, caminho de cabos ou tubagem	89,66%	3,45%	6,90%
Ausência de extensões de tomadas de energia ligadas às tomadas de energia prevista para a instalação	68,06%	22,22%	9,72%
Existe iluminação de segurança, do tipo bloco autónomo, nas instalações sanitárias	21,33%	78,67%	0,00%
De um modo geral, as instalações elétricas gerais encontram-se executadas de acordo com a legislação em vigor e com as boas práticas de execução	64,62%	3,08%	32,31%
Existe alimentação de energia de socorro, que permita pelo menos 50% no nível de iluminação normal p/ além das regras técnicas de inst. elétricas de B.T(zonas de entrada, de consultas e de tratamentos)	26,47%	73,53%	0,00%
Dispositivos contaminados manipulados, recolhidos e transportados em caixas/ carros fechados p/ a área de descontaminação (evita o risco de contaminação dos circuitos envolventes de doentes e pessoal)	90,20%	1,96%	7,84%
Fases do serviço interno de esterilização	57,14%	7,14%	35,71%
Existência de plano de gestão de resíduos	92,31%	7,69%	0,00%
Recipientes adequados p/ armazenamento dos RH das fileiras especiais	73,02%	0,00%	26,98%



ERS

ENTIDADE
REGULADORA
DA SAÚDE

20

A N O S

Rua S. João de Brito, 621 L32
4100-455 Porto

tlf. 222 092 350 | fax: 222 092 351

geral@ers.pt | www.ers.pt