



O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2016/2017

Questionário aos coordenadores de USF

Relatório do estudo

André Rosa Biscaia
António Pereira
Rui Cardeira
Amanda Cavada Fehn

USF-AN – Associação Nacional
de Unidades de Saúde Familiar

Lisboa, 09 de Junho de 2017

Índice

1. Prefácio.....	1
2. Este Relatório.....	4
3. Sumário Executivo	6
4. Ficha técnica do estudo.....	21
5. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários de 2005.....	23
6. Características do universo em estudo	29
7. Nota Metodológica.....	36
8. Resultados do Estudo.....	37
A. Satisfação com a Reforma dos CSP.....	37
B. Identificação de Necessidades	62
C. Qualidade.....	85
D. Informatização.....	88
E. O ACES e as outras Unidades Funcionais do ACES.....	105
F. Instalações e Equipamentos	115
G. Recursos Humanos	123
H. Relação com a Comunidade.....	127
I. Acidentes de Trabalho e Violência contra os Profissionais de Saúde e Ausências ao Trabalho.....	129
J. Evolução das Políticas.....	133
O fim das quotas para constituição de USF modelo A.	133
L. Contratualização	135
M. Estágios de Formação.....	155
9. Discussão.....	156
9.1. Sistema Nacional de Saúde e Serviço Nacional de Saúde	157
9.2. ARS - Administrações Regionais de Saúde.....	164
9.2.1. ARS Norte.....	164
9.2.2. ARS Centro	168
9.2.3. ARS LVT.....	172
9.2.4. ARS Alentejo	176
9.2.5. ARS Algarve.....	179
9.3 ACES - Agrupamentos Centrais de Saúde.....	183
9.4. Profissões e Profissionais	187
9.5. Instalações e Equipamentos	197
9.6. Sistema de Informação.....	200
9.7. Processo de Contratualização de Serviços.....	203
9.8. Relação com a Comunidade	209
10. SWOT.....	213
11. Simplex dos CSP.....	215



12. O Mapa da Melhorias	218
13. Anexos	222
A- Declaração da Comissão Científica do Estudo do Momento Atual.....	222
B- Identificação das Necessidades - Lista das Expressões/Termos Mais Citados pelos Coordenadores.....	223
C- Problema-Solução Simplex – resultados da auscultação do Fórum da USF-AN	228

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administrações Regionais de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DCARS – Departamento de Contratualização Regional (da ARS)

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECCI de reabilitação - Equipa de reabilitação domiciliária

ECSCP - Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

ELI - Equipas Locais de intervenção

ERA – Equipa Regional de Apoio

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MIM@UF - Sistema de monitorização das unidades funcionais

MS – Ministério da Saúde

PDS - Plataforma de Dados em Saúde

PEM - Prescrição Eletrónica Médica

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAM - Sistema de Apoio ao Médico

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SGTD - Sistema de Gestão de Transportes

SIARS – Sistema de monitorização das ARS

SICO - Sistema de Informação dos Certificados de Óbito

SIIMA Rastreios – Plataforma regional Multi-Rastreios

SIM@SNS – Sistema Informação Monitorização do SNS

SINAVE- Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

UAG - Unidades de Apoio à Gestão

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USF-AN – Associação Nacional das USF

USP - Unidade de Saúde Pública

1. PREFÁCIO

Reforma do Estado nos cuidados de saúde primários – A Não Implementação dos ACeS!

Não podemos assobiar para o lado ou fazer como a avestruz. Os problemas estão à vista de todos como nos vem demonstrar os resultados desta oitava edição do estudo “O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal” que teve um número recorde de respondentes, 71,4%, demonstrando a capacidade participativa das USF.

Falando dos problemas, constata-se que a sua quase totalidade estão centrados no défice de governação institucional (cadeia hierárquica): gestão económico-financeira; manutenção das instalações, mobiliário, equipamento, higiene, limpeza, climatização; logística e aprovisionamento; sistema de informação e contratação de recursos humanos.

Em suma, ao longo destes 11 anos de reforma, continua a elevada insatisfação na perceção de falta de apoio e repostas atempadas por parte dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e principalmente das Administrações Regionais de Saúde (ARS) (69,51%) aos problemas que dependem da sua intervenção.

Das duas uma, ou a Reforma do Estado na implementação dos ACeS é para levar por diante ou é para esquecer.

Se é para prosseguir (e ainda queremos acreditar que sim!) então, ao fim de um ano e meio de estarmos no novo ciclo político, é tempo de maior clareza nas decisões reformistas das ARS e dos ACeS.

Não é admissível ao fim deste tempo, continuarmos diariamente a ouvir expressões como estas:

- Não temos orçamento para comprar uma impressora; Mas há orçamento!
- Estamos a aguardar a decisão da ACSS ou das finanças...
- A Lei não nos permite isto, aquilo, aqueloutro;
- Está no Departamento x ou y da ARS para posterior apreciação do Conselho Diretivo da ARS;
- Dois anos para reparar infiltrações em tetos de gabinetes, etc, etc

Tudo isto a arrastar-se nas mais variadas situações, tais como problemas ligados aos Sistemas de Informação sem definição dos termos de referência com uma interoperabilidade muito baixa e quebras constantes (78,5% das USF ficaram mais do que 10 vezes sem sistema!), aprovisionamento de material sem critérios definidos e monitorização pública, e nomeadamente aos Recursos Humanos, onde continua a faltar **sentido estratégico da política de recrutamento** de recursos humanos (coesão e resultados) e **gestão previsional** efetiva (prevenção das *crises*), apostando no reforço dos recursos humanos qualificados nos CSP, alocados a uma carteira de serviços tipificada nacionalmente.

As ARS não se reformam por si próprias, logo não estão em condições de conduzir um processo tão complexo como a constituição dos ACeS e aquilo que eles devem corporizar enquanto novos paradigmas de governação descentralizada, responsável e participada.

A Reforma dos CSP propõe um modelo alternativo e mesmo de combate a este modelo vertical e de sentido único, onde a aposta é na mudança de comportamento dos dirigentes passando a serem capazes de desempenhar as suas funções de servidores e supervisores das Unidades Funcionais dos ACeS.

Em resumo, há uma contradição que urge ultrapassar entre o modelo burocrático das estruturas formais (ACSS, SPMS, ARS e ACeS) e a moderna administração pública (USF) e governação da saúde, centrada na responsabilização pelos resultados, onde predomina a discriminação positiva, transparência e a prestação de contas.

Fica aqui expresso, um agradecimento público muito especial aos autores, pela sua elevada competência e visão estratégica como investigadores, e pela persistência em manter esta avaliação ao longo dos anos que muito tem contribuído para orientar o rumo a prosseguir, um exemplo do que precisamos fazer no âmbito da nova cultura organizacional a implementar no SNS.

Por último, salientar que a **USF-AN e todos os seus colaboradores continuam a alimentar o modelo colaborativo**, apresentando propostas objetivas, como aconteceu na publicação “7x7 Medidas – Novo Ciclo para os Cuidados de Saúde Primários” (agosto de 2015) e agora com este relatório que não se limita a atualizar o diagnóstico da situação, apresentando a opinião dos coordenadores das USF e um excelente SWOT, além de apresentar também, propostas de



melhoria, resumidas em **dez medidas** que gostaríamos de ver implementadas para se acelerar o novo impulso tão desejado para uma **melhor saúde em Portugal**.

Contém connosco.

Porto, 08 de junho de 2017.

João Rodrigues

Presidente da USF-AN

Bernardo Vilas Boas

Ex-presidente da USF-AN

Membro do Conselho Consultivo

2. ESTE RELATÓRIO

Alcançar uma **oitava edição** de qualquer coisa é sempre uma vitória. O estudo “O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal” **é uma vitória** da USF-AN pela sua aposta continuada, das USF que respondem a um questionário exigente em percentagens elevadas ao longo dos anos, do sistema de saúde porque tem profissionais que se interessam pelos seus resultados, a eles reagem e os tentam incorporar nos seus planos de mudança, e dos seus autores pela militância de trabalharem pro bono por acreditarem estar a fazer algo de útil.

Esta oitava edição do estudo assegura, por um lado, uma **continuidade** com a metodologia e áreas de análise dos sete anos anteriores, mas também marca uma **evolução** com mais detalhe em algumas áreas já existentes como na secção relativa aos ACES e com novas áreas como a evolução das políticas, os acidentes de trabalho ou a violência contra profissionais de saúde e um novo modo de discutir os resultados, por áreas, para melhor se poder apreender os resultados. Este estudo tem uma vertente de avaliação da satisfação em termos gerais quanto à reforma dos CSP e entidades relevantes neste processo complementada com a avaliação da satisfação em relação a aspetos muito concretos da atividade nestes cuidados que, de certo modo, explicam a satisfação em termos gerais, e outra vertente de informação factual que não se encontra disponível de outro modo.

Escolheram-se como interlocutores-chave os **coordenadores das USF**, que são por um lado profissionais com um conhecimento aprofundado do dia-a-dia profissional, do terreno, porque nele trabalham e têm de resolver diariamente as situações que surgem na atividade da equipa, porque são a interface com os níveis hierárquicos do ACES e porque têm acesso e a obrigação de analisar toda a informação relevante para as USF.

Este estudo, ao escolher esta perspetiva dos coordenadores das USF, ao fazer uma análise seriada das situações e ao tentar abarcar globalmente a atividade das USF, procura preencher lacunas do conhecimento sobre os cuidados de saúde primários em Portugal e numa das áreas mais recentes e inovadoras destes – as USF. No entanto, é apenas uma parcela do conhecimento, uma perspetiva do sistema. Para ser **ainda mais útil** torna-se necessária a



integração dos seus resultados com outros estudos, outras análises, outros pontos de vista e uma discussão aberta e alargada.

Este é o contributo dos autores, das USF respondentes e da USF-AN para a melhoria do sistema de saúde em Portugal. Agora, é preciso continuar, promover, desenvolver, conseguir um salto significativo, um novo impulso para uma **melhor saúde em Portugal**.

3. SUMÁRIO EXECUTIVO

Este estudo, que regista já a sua oitava edição, mantém o objetivo de **caracterizar o estado da reforma** dos cuidados de saúde primários (CSP) de 2005 através da avaliação que os coordenadores das Unidades de Saúde Familiar (USF) fazem do momento atual desta reforma.

A reforma dos CSP teve início em 2005, tendo sido uma das mais bem-sucedidas reformas dos serviços públicos das últimas décadas. Os seus objetivos passavam por melhorar a acessibilidade, a qualidade, a continuidade e a eficiência dos cuidados de saúde, assim como a satisfação de utilizadores e profissionais. Em janeiro de 2016 assumiu-se a necessidade de relançar a reforma nomeando-se um Coordenador Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na área dos Cuidados de Saúde Primários e a sua Equipa de Apoio com um plano estratégico e operacional com a missão de “expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários” e com uma visão que propunha “um SNS baseado nos cuidados de saúde primários, promotor de Equidade e garantindo Acesso a cuidados de Proximidade, com Resolutividade, Continuidade, Qualidade e Eficiência”. São quatro os eixos estratégicos: a - centralidade das pessoas; b - uma cultura de governação clínica e de saúde; c – modernização e qualificação organizacional e gestionária dos Agrupamentos Centrais de Saúde (ACES); d - sistema de informação ao serviço de todos.

O aspeto mais saliente desta reforma foi a implementação das USF, cujo número tem vindo a aumentar anualmente desde o seu início em 2006. Estas foram criadas segundo uma lógica “de baixo para cima”, com o envolvimento dos profissionais de saúde através de processos de **candidatura voluntária para a criação de equipas autónomas** de prestação de cuidados de saúde. As USF surgiram, assim, como equipas constituídas por médicos de família, enfermeiros e secretários clínicos, com o compromisso de prestar cuidados à população de uma determinada área geográfica. **Atualmente** (5 de Maio de 2017) **existem já 483 USF**, estimando-se que abranjam 8945,3 profissionais (números com decimais porque correspondem a profissionais em tempo inteiro, por exemplo existem 3242 médicos de família, mas alguns a tempo parcial, correspondendo a cerca de 3235,8 médicos de família a tempo inteiro, 3221,5 enfermeiros e 2488 secretários clínicos) e que cubram mais de metade da população - 5.659.119 utentes.

A **população inscrita** nos cuidados de saúde primários apresenta-se da seguinte forma, conforme o modelo da unidade: i) 2.537.929 inscritos no modelo A; ii) 3.121.190 inscritos no modelo B; e iii) 4.371.798, inscritos no modelo UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados), o que gera a seguinte média de utentes inscritos por lista de médico de família nos diferentes modelos de unidade: i) 1711 USF-A (2211 UP – Unidades Ponderadas); ii) 1811 USF- B (2299 UP); iii) 1536 UCSP (2066 UP).

Este **estudo** é um censo e foram inquiridos durante o mês de abril de 2017 todos os **coordenadores de USF em atividade**. Obteve-se uma taxa de resposta de 71,4% em relação a todos os coordenadores de USF do País (342 em 479 USF existentes no início do estudo), o que é a segunda taxa de respostas mais alta de sempre nas oito edições do estudo e o estudo com o maior número absoluto de respondentes. Dado tratar-se de um **estudo censitário** (sem os vieses de uma amostra) estes dados devem ser levados em conta, pois representam uma percentagem muito importante dos coordenadores de USF.

Em primeiro lugar, realça-se que **este estudo tem conseguido fornecer informação nova sobre aspetos importantes da evolução da reforma** dos cuidados de saúde primários, ao permitir identificar áreas que necessitam de maior apoio e atenção ao seu desenvolvimento e, simultaneamente, apontar caminhos para a melhoria.

Este estudo tem uma vertente de satisfação em termos gerais quanto à reforma dos CSP e entidades relevantes neste processo, complementada com a satisfação em relação a aspetos muito concretos da atividade nestes cuidados que, de certo modo, explicam a satisfação em termos gerais e outra vertente de informação factual que não está disponível de outro modo. A versão do questionário de 2016/2017 traz a inclusão de novos setores de avaliação, como a ocorrência de acidentes e episódios de violência contra os profissionais de saúde ou avaliação das novas aplicações informáticas, por exemplo. Pretende-se assim, uma aproximação ainda maior aos profissionais de saúde, e logo, gerar informação para suportar estratégias e medidas mais ligadas e ajustadas às realidades e às necessidades existentes.

As várias edições deste estudo têm mantido a lógica da avaliação no momento atual - referir-se a abril do último ano de cada par de anos. A exceção é a edição de 2015/2016 na secção A – Avaliação da Reforma dos CSP, na qual se pediu que fosse considerado apenas 2015, devido à ocorrência de importantes mudanças em quase todas as entidades em 2016.

A percentagem de coordenadores insatisfeitos com o **momento atual da reforma dos CSP** continuou a recuperar do seu ponto mais negativo desde sempre registado no período de 2014/2015, passando de 63,5% de coordenadores Muito insatisfeitos e Insatisfeitos para quase metade - 36,9%. No entanto, no outro polo, as percentagens de satisfeitos e muito satisfeitos manteve-se semelhante ao do ano passado (31%), consolidando a melhoria em relação a 2014/2015. É de notar que há mais coordenadores Muito insatisfeitos e Insatisfeitos do que Muito satisfeitos e Satisfeitos. A recuperação positiva estende-se, e até é ligeiramente mais marcada do que em relação à reforma em si, à atuação do **Ministério da Saúde**. Pela primeira vez há mais coordenadores “Nem satisfeito, nem insatisfeitos” (42,6%) do que “Muito Insatisfeitos” ou “Insatisfeitos” juntos (42%, que evoluíram de 79,6% em 2014/2015), mas os níveis de satisfação ou muita satisfação continuam longe dos primeiros anos da Reforma (15,3% agora contra 36,4% em 2009/2010), mas melhor do que em 2014/2015 – 3,6%.

A satisfação com **estruturas da Administração Central** continua num registo negativo, com mais insatisfeitos do que satisfeitos, ainda que com melhorias em relação aos anos passados, sendo esta melhoria mais marcada em relação à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), do que aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), tendo a Direcção-Geral da Saúde (DGS) a avaliação mais positiva, seguindo-se a ACSS e depois os SPMS (decidiu-se juntar a DGS pela primeira vez este ano por causa do papel crescente que tem assumido na definição de indicadores para a contratualização, normas de orientação clínica e regulamentação da atividade).

Muito relevante é a melhoria da satisfação com a **atividade da própria USF** (77,2% de Satisfeitos ou Muito Satisfeitos e apenas 1,5 % de Muito Insatisfeitos), que tem vindo a melhorar desde o período 2014/2015, mesmo que não atingindo os valores máximos de 2011/2012 (90,5% de Satisfeitos ou Muito Satisfeitos).

A satisfação **em relação à USF-AN** manteve-se num registo positivo, mas mais deslocado para o centro e com menos Coordenadores muito satisfeitos (descida para menos de metade), mas com uma percentagem de satisfeitos e muito satisfeitos de 54,6%, a segunda mais alta de todas as estruturas avaliadas.

Pela primeira vez, também se avaliou a **Coordenação para a Reforma do SNS** na área dos CSP e os resultados revelaram uma distribuição mista, mas mais positiva do que negativa.

O nível de satisfação mais alto de todas as estruturas avaliadas regista-se em relação à atividade da própria USF (77,2% de USF satisfeitas ou muito satisfeitas), seguindo-se com a USF-AN e com o ACES a que pertence a USF. De notar que esta melhoria geral se deu mais à custa da diminuição dos insatisfeitos, ainda que se tenha registado aumento dos satisfeitos.

Uma nova área de avaliação deste ano foi a **evolução das políticas** na área dos cuidados de saúde primários. Os coordenadores em relação a uma série de afirmações relativas a evoluções políticas já implementadas, planeadas ou que estão em discussão responderam de forma consistente concordando com todas, com valores de concordância (de acordo e muito de acordo) acima dos 50%. Realça-se o fim das quotas para modelo A e a inclusão do secretário clínico no Conselho Técnico com 88%, a definição dos critérios para manutenção em USF com 85% e a transformação dos incentivos financeiros em atividades específicas com quase 83%. Também com aprovação maioritária, ainda que não tão alta está a “Definição dos critérios para manutenção em USF”, “A carga de trabalho semanal passar a ser ajustada à dimensão da lista em unidades ponderadas e ao cumprimento do compromisso assistencial” e a “Introdução na carta de compromisso da declaração de incompatibilidades/conflitos de interesses dos profissionais”. A medida que menos concordância obteve, apesar de acima dos 50%, foi a introdução do requisito dos enfermeiros que integram a USF terem de ter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar.

A satisfação em relação ao **nível regional**, nomeadamente em relação às Administrações Regionais de Saúde (ARS) e Departamentos de Contratualização Regional **manteve-se num registo negativo**, mas com melhorias, nomeadamente no grupo dos “Muito insatisfeitos” que passaram para quase metade (22,3% para 12,7% e 16,2% para 8,3%, respetivamente).

As **melhorias que se verificaram no ano passado nas estruturas mais perto das USF**, as **Equipas Regionais de Apoio (ERA)** e os **Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)** ficaram ligeiramente mais vincadas, em particular com estes últimos, nomeadamente no grupo dos “Muito insatisfeitos” que passaram igualmente para quase metade. A satisfação estende-se às **estruturas dirigentes dos ACES**: o diretor executivo e o Conselho Clínico. A satisfação das USF com as outras estruturas do ACES é menor do que com o diretor executivo, mas todas mais positivas do que negativas. Verificam-se, no entanto, *nuances* regionais importantes.

A autonomia prevista para os ACES ficou muito distante do planeado e isso é evidente também nos resultados deste estudo. Quando se perguntou às USF qual a autonomia real vs autonomia

desejada, 85,9% dos coordenadores considera que o ACES deveria ter uma autonomia maior do que a que tem atualmente. Na mesma linha, 91,5% dos coordenadores considera que a autonomia do ACES afeta a autonomia da USF.

Quanto ao **planeamento da atividade**, verifica-se um aumento dos ACES com plano de desempenho, passando para 92,8% este ano e ligeiramente mais ACES a discutir os planos de desempenho com as suas USF. Houve uma redução do número de ACES com relatórios de atividade, passando para 90,1% este ano, mas aumentou o número de coordenadores que foi envolvido na concretização do mesmo ou o discutiu. Eventualmente, a melhoria da satisfação dos coordenadores das USF com os ACES resulta deste maior envolvimento dos coordenadores no planeamento e atividade dos ACES. No entanto, há ainda caminho a percorrer - quando se questionam os coordenadores sobre se o plano de ação das suas USF alguma vez foi discutido com o conselho executivo, 61,8% dos coordenadores referem que não. Ao analisarmos os resultados dos últimos anos relativos à questão se “o plano de ação foi tido em conta na discussão dos indicadores e metas em sede de contratualização” verificamos um aumento gradual em relação ao Sim, para os atuais 47,2%. Analisando agora a abrangência da capacidade de resposta dos ACES, as profissões da Saúde/Consultas/Serviços identificados como existentes em maior número nos ACES são a Saúde Pública (98,8%), o Serviço Social (98,5%) e a ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados com 94,4%. Por outro lado, os identificados como em menor número são o técnico de Cardiopneumologia (74,9%), as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos e a Consulta de Medicina Dentária (68,9%).

A grande maioria das USF Modelo A (91,39%; em linha com o ano passado) pretende passar a Modelo B, mas tal não lhes está a ser permitido, o que reforça, de qualquer modo, a ideia de que o Modelo A é encarado como um modelo transitório, de preparação para o modelo em que os profissionais querem, de facto, operar: o modelo B.

Os **principais problemas nos Cuidados de Saúde Primários e nas USF** a necessitar de resolução referidos pelos coordenadores das USF têm vindo a evoluir ao longo dos anos. Nos cinco problemas mais relevantes, vemos que os sistemas de informação têm sido o problema mais relevante, mas na avaliação do ano passado foi considerado como o 4º mais importante, retomando uma posição de destaque neste ano como o 2º problema mais importante. A primeira posição na atual avaliação, como problema mais importante a carecer de resolução,

passou a ser ocupada pelos equipamentos informáticos (e dentro destes o maior problema é o software). Na 3ª posição surgem os incentivos institucionais que têm ocupado sempre esta faixa de priorização entre a 2ª e a 4ª posição. A contratualização esteve 2 anos na 3ª posição, mas desde há dois anos que ocupa a 5ª posição e este ano saiu mesmo da lista dos cinco problemas mais importantes. Os outros equipamentos para além dos informáticos, nomeadamente os clínicos, passaram da primeira posição o ano passado para a 5ª neste ano. É de destacar a entrada do problema “Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico” para o quarto problema mais importante a resolver e a saída de cena do Top Cinco do “Relacionamento com os Diretores Executivos dos ACES”. No entanto, vendo os problemas seguintes aos cinco principais, temos por ordem decrescente de importância a “Contratualização”, os “Incentivos Financeiros”, o “Acesso a informação importante para a tomada de decisões”, a “Implementação da Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar”, a “Mobilidade dos Profissionais para a USF” e a “Formação”, este último problema ainda com uma pontuação alta, de 3,68 numa escala de 1 (menos importante) até 5.

Para complementar, perguntou-se aos coordenadores que **indicassem as três principais áreas que alterariam para melhorar o funcionamento das USF**. Percebe-se que nas cinco regiões e para todos os profissionais o campo dos Recursos Humanos na Saúde é o elemento comum, aquela área que todos concordam deveria mudar **para melhorar o funcionamento das USF**. Em geral, as palavras “**formação**”, “secretários clínicos” e “mobilidade” ganharam destaque, assim como a necessidade de “alargamento das equipas”. As expressões “**instalações**” e “**informática**” foram também citadas pelos coordenadores com grande relevância, associando-se, em geral, a termos de “melhoria” e “sistemas informáticos”. Por fim, chama-se atenção para outras duas categorias: “**processo de trabalho**” - com referências a processos mais colaborativos e em rede, com menor burocratização e menores listas de utentes-, e “**equipamentos e materiais**” - sobretudo associado à palavra “falta”.

Ainda são poucas as USF que iniciaram ou terminaram **processos de acreditação** (19,3%), mas o número está a crescer (5% em relação à percentagem do ano anterior). Nas unidades que se candidataram e ainda não iniciaram, o principal impedimento tem sido a aprovação da ARS (32%). Contudo, ressalta-se que a barreira existente se reduziu a aproximadamente metade comparado com 2015/2016.

Na área da qualidade, cerca de **83% das USF referem ter manuais de boas práticas** para a maioria ou totalidade das áreas importantes, o que representa a manutenção do aumento verificado no ano passado. No que se refere à **satisfação dos cidadãos com os serviços** prestados pela USF, 51,8% das USF realizaram uma avaliação interna (pela própria USF) o que representa um aumento de 6% relativamente ao ano passado, mas de modo inverso a avaliação externa (pela ARS, ACES ou outra) representa apenas 42,2% o que significa uma redução de 31% em relação ao ano passado.

O número de USF que realizaram alguma avaliação interna da **satisfação no trabalho** dos profissionais voltou a subir para níveis de 2014/2015, com 56,1%. No que toca a avaliação externa da satisfação no trabalho dos profissionais voltou a descer, passando de 57,6% em 2014/2015 para 34,2% em 2015/2016 e 30,3% este ano. O número de USF onde é realizada **avaliação de fornecedores** continua a ser muito baixo (9,4%) e as flutuações dos resultados representam uma variação inferior a 5% entre as diferentes avaliações.

Coexistem neste momento **3 aplicações informáticas de apoio à consulta** – Medicine One, Vitacare e Sclinico. O Sclinico é aquela que abrange o maior número de equipas, atingindo nos últimos estudos uma percentagem superior a 87%, devido à descida da quota de utilização do Vitacare que partindo de uma taxa de 8% em 2009/10, tem actualmente apenas 1%. O Medicine One, tem uma parcela de utilizadores estável, entre os 10 e os 12%, de acordo com os últimos estudos.

Analizando a **satisfação com estas aplicações**, podemos observar que o Sclinico tem cerca de 36% de coordenadores satisfeitos ou muito satisfeitos, contrastando com quase 61% quando falamos no Medicine One.

Analizando **as funcionalidades próprias de cada aplicação**, vemos um nível de satisfação superior no Medicine One, relativamente à sua adequação para realização de auditorias de qualidade e maior adequação para a prescrição em comparação com a PEM.

A quase a totalidade dos respondentes tem acesso à **PEM**, no entanto, mais de metade revela-se insatisfeito ou muito insatisfeito com esta aplicação. Analisando o histórico de avaliação, é possível observar que após o primeiro ano de implementação da aplicação (2013/14) em que mais de 80% dos respondentes se revelou insatisfeito ou muito insatisfeito, nos 3 anos seguintes o nível de insatisfação (e também o de satisfação) se manteve quase inalterado (2014/15 - 53,5%; 2015/16 - 53,6%; 2016/17 - 55,4). Desta forma é possível concluir que a

SPMS não conseguiu corrigir aquilo que os profissionais entendem como desadequado. Vemos, portanto, um sistema estagnado, sem evoluções positivas e sem ouvir aqueles que diariamente utilizam as aplicações informáticas.

Algumas das melhorias passariam por melhorar a integração da PEM com a aplicação informática em uso na consulta – que 53,3% dos coordenadores não concorda que esteja bem integrada. Melhorar a velocidade da aplicação também seria importante, já que 77,8% se referem insatisfeitos com a mesma.

Analisando a aplicação **CTH/Alert P1**, continuamos a ver uma incapacidade em reduzir a insatisfação. Entre 2013 e 2017, evidencia-se até um aumentado gradual da insatisfação (cerca de 12% em relação a 2013/2014), situando-se nos 38,1% dos coordenadores.

Quando ao **MIMUF**, os níveis de insatisfação, são também elevados, ultrapassando os 50% nos últimos anos.

Por outro lado, a **PDS** tem conseguido reduzir os níveis de insatisfação com o seu funcionamento, passando de 43,9% em 2014/15 para 36,3% em 2016/17.

Quanto à **interoperabilidade** entre os diversos sistemas e as aplicações de apoio à consulta, exceção feita ao Sistema de incapacidade temporária para o trabalho, SICO e SGTD (com níveis de satisfação respetivamente de 59,3%, 42,3% e 40,2%) todos os restantes possuem níveis de satisfação muito baixos, destacando-se o GestCare com 11% e o SiiMA com 16,5%. De facto, quando analisado na globalidade, mais de 80,4% dos coordenadores manifesta-se insatisfeito com a interoperabilidade das aplicações em uso.

Pela positiva destacamos a elevada percentagem de equipas com acesso às aplicações informáticas, no entanto, maioria dos respondentes (99,7%) ficou alguma vez **sem acesso às aplicações informáticas** durante o período 2016 / 2017. 78,5% dos coordenadores referiram ter ficado sem acesso às aplicações informáticas mais de dez vezes, percentagem mais alta de todas as edições deste estudo. Destes, em 41,3% dos casos a unidade ficou de onze a cinquenta vezes sem acesso às aplicações informáticas e em 37,2% dos casos mais de cinquenta vezes. 97,3% dos coordenadores considera que não ter tido acesso às aplicações informáticas prejudicou a qualidade dos cuidados que a USF prestou.

Existem várias fontes de insatisfação ou muita insatisfação relativamente à utilização das aplicações informáticas nas USF: a maior das quais é a **interoperabilidade**, com 80,4% das USF

a estar muito insatisfeita ou insatisfeita, seguindo-se com 77,2% a **rapidez do funcionamento**, e depois com cerca de 60,8% de USF muito insatisfeita está o **apoio técnico informático na ARS**. Pode-se considerar que a interoperabilidade manteve os registos de insatisfação com pequena acentuação no estudo deste ano comparado aos valores do ano anterior (79,5%). No que concerne a **rapidez do funcionamento, em 2015 havia** mais de 75% na insatisfação ou muita insatisfação, agora a percentagem teve um pequeno, mas importante, acréscimo (77,2%).

É de referir os casos relativos ao **apoio técnico dos ACES**, com pequena melhoria de avaliação de satisfação face ao estudo de 2015 (22,5%) para o estudo deste ano (23,9%) e o caso do **Apoio do Servicedesk da SPMS** (Satisfeito e Muito satisfeito) que aumentou praticamente o dobro no grupo dos satisfeitos ou muito satisfeitos, de 6,1% em 2015 para 13,7% em 2016.

53,4% dos coordenadores afirmam ter **instalações** adequadas, mas a percentagem diminui no que se refere ao sistema de **climatização** da USF (44%) e menos, ainda, em relação à **central telefónica (6,8% apenas) que gera uma** elevada insatisfação. De entre os coordenadores, 49,7% não está satisfeita com os **equipamentos clínicos** (e.g. esfigmomanómetros, otoscópios, balanças, frigoríficos, termómetros), 70,5% com o **equipamento informático (hardware, servidor, largura de banda...)** e 63,3% com o **software informático**.

Quanto ao **apoio que a USF recebe para resolverem os problemas** informáticos que surjam, cerca de 56,1% dos coordenadores estão insatisfeitos com o apoio dos ACES e 60,8% com o da ARS.

Mais grave, 94,4% das USF referem ter tido **falta, no último ano, de material considerado básico** para a atividade normal da USF, 38,6% das quais referem ter faltado material entre três e dez vezes e 40,4% mais de dez vezes. Valores ainda mais altos do que em 2015/2016.

Verifica-se uma redução **da percentagem de profissionais providos em lugar do quadro** em relação ao ano passado nos três grupos profissionais (médicos: menos 3,6%; enfermeiros: menos 3,7%; e secretários clínicos; menos 2,7%) e a **percentagem de profissionais sem mobilidade consolidada aumentou nas três categorias**.

Entre as 48,2% das USF que tem ativo um **método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais** apenas 5% dos coordenadores considera que este método tem **impacto positivo** na prestação de cuidados e 53% dos coordenadores considera que o **tempo que despende**

para dar resposta aos requisitos do controlo biométrico da assiduidade dos profissionais é excessivo e perturba a sua atividade.

Uma nova área de avaliação deste ano foram os **episódios de violência contra profissionais de saúde** e 84,5% das USF mencionaram a ocorrência de pelo menos 1 episódio, a ARS do Algarve e LVT apresentam o maior número de USF com casos de violência. Em 80,2% das USF houve casos de ameaça e agressão verbal, e em 45,4% casos de atos de Pressão Moral (45,4%). A violência física aconteceu em 14% das USF. A maioria das USF (77%) refere ter procedimentos para abordar a violência contra os profissionais de saúde.

Outro elemento avaliado pela primeira vez é o **tempo de ausência ao trabalho**, por motivo de gravidez ou doença de longa duração (tempo superior a 30 dias), com taxas em torno dos 80% de USF com pelo menos um caso, o que levanta a necessidade de se terem mecanismos de compensação destas ausências.

Na caracterização do **processo de contratualização** 54,4% dos respondentes está de acordo ou muito de acordo que este processo é um **estímulo para trabalhar com maior qualidade**. 48,2% dos coordenadores não concordam que as **metas contratualizadas foram discutidas e negociadas de um modo equilibrado**. 57,4% dos coordenadores consideram que a contratualização não é uma **negociação transparente** (uma percentagem menor em relação ao valor 2015, de 63%). No que se refere aos indicadores de contratualização, 54,5% dos coordenadores estão em desacordo ou muito em desacordo que estes tenham **fundamentação técnico-científica adequada**. 70,2% das USF consideram que não foram **consideradas as suas especificidades** na avaliação efetuada pelo Departamento de Contratualização, um número superior aos 64% obtidos no estudo de 2015. 90,1% dos coordenadores está de acordo ou muito de acordo que as **metas deveriam ter em conta o contexto da unidade** que contratualiza.

A percentagem de **USF com direito a incentivos institucionais tem aumentado**: 58,3% em 2013 (sendo a região Centro a que regista maior percentagem de USF com direito a incentivos), 73,4% em 2014 (maior percentagem na região Centro) e 82,2% em 2015 (com a região Algarve com uma maior percentagem de USF com direito a incentivos – 88,9%). Contudo, 83,8% das USF têm incentivos institucionais em dívida, das quais as USF da região Algarve (100%), Centro (85%) e Norte (84,5%) são as que mais têm incentivos em dívida.

Simultaneamente, cerca de 89% dos coordenadores refere que a sua USF teve algum tipo de **impedimento na utilização dos incentivos** para aquisição de material e equipamento: 82,4% dos coordenadores referem ter tido impedimentos na atualização, manutenção e aquisição de equipamentos para o funcionamento da unidade, 63% na aquisição de melhorias das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional e amenidades de acolhimento dos utentes.

Verifica-se que as atividades desenvolvidas entre as USF e a comunidade em geral apresentaram um aumento ou mantiveram-se estáveis. No entanto, algumas situam-se em valores ainda muito baixos como a percentagem de USF que realizaram uma **reunião de prestação de contas com a população (3%)** que se tem mantido estável ao longo dos anos, ou seja, não tem aumentado como seria suposto e desejável. Das USF, 24% tiveram **reuniões com a autarquia** em 2016, também em linha com os anos anteriores. Cerca de 79% participaram em iniciativas junto da comunidade, um aumento de 8% num ano. 14% das USF referem ter **Liga de Amigos ou Comissão de Utentes** e 41,2% referem ter relações com outras entidades da comunidade, como associações culturais, desportivas ou outras. É uma área em que ainda há muito a fazer.

Quase todas as USF (98,3%) acolhem **estágios de formação** de médicos, enfermeiros e outros grupos profissionais, participando no esforço necessário de desenvolvimento dos profissionais do sistema de saúde.

Esta boa prestação das USF na formação de novos profissionais de saúde e o facto de as USF assegurarem, em comparação com os modelos anteriores, um maior número de utentes não só com médico de família, mas com **equipa de família** (médico, enfermeiro e secretário clínico) e, ainda, prestarem cuidados **mais eficientes**, torna o desenvolvimento das USF e das outras unidades funcionais dos ACES fundamental para que se cumpra a obrigação de disponibilizar cuidados de saúde primários de qualidade a todos os portugueses.

Para colocar lado a lado forças e fraquezas do sistema e ameaças e oportunidades do contexto, anexa-se no final do documento um SWOT.

As USF – **uma inovação portuguesa reconhecida internacionalmente**, que trouxe mais qualidade e eficiência ao Sistema de Saúde – não têm tido o necessário desenvolvimento e promoção nos últimos anos. O panorama parece ter mudado com o atual governo, com a nomeação de um Coordenador e Equipa de Apoio para a reforma do SNS na área dos CSP e as

alterações na maior parte dos níveis centrais e regionais do Ministério da Saúde. Os resultados deste ano parecem revelar um reforço da inversão detetada no ano passado na satisfação com a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e os seus principais atores no sentido da sua melhoria, mas a satisfação com aspetos concretos da atividade relacionados com os equipamentos informáticos e não informáticos e condições de trabalho indicam que o que há ainda a fazer é substancial.

Apesar de a maioria dos coordenadores estar descontente com o atual momento da reforma e com grande parte das instituições (ainda que com melhorias nos últimos anos), o facto de o número de participantes no estudo ser muito elevado nas últimas edições revela que existe vontade por parte dos profissionais (principais atores da reforma) de dar um novo impulso à reforma.

Este relatório também **conseguiu identificar práticas regionais que despertam maior satisfação** nos coordenadores das USF e que poderão servir de orientação para outras regiões no sentido da otimização nacional. Este estudo, a sua taxa de respostas e os resultados que obteve são, também, prova de que se podem colocar rapidamente em campo mecanismos de auscultação dos profissionais e ter a sua opinião de um modo útil para a tomada de decisão – fundamental para que as políticas tenham sucesso no terreno. Os sistemas de informação, por seu lado, são fulcrais para que se possa monitorizar a evolução da reforma e otimizar os processos de gestão das unidades e a atividade dos profissionais no terreno. As limitações existentes na disponibilização dos meios informáticos e sistemas de informação, na sua adequação, assim como as muitas falhas no seu funcionamento têm limitado o desenvolvimento da Reforma dos CSP e perturbado a prática dos profissionais de saúde. Aplicações que permitam analisar a atividade das unidades e do sistema de um modo aprofundado e suportar a tomada de decisão fundamentada e os processos de gestão são ferramentas essenciais para o desenvolvimento da Reforma.

As USF são uma parte importante da reforma dos cuidados de saúde primários, mas esta não se esgota naquelas: **o aumento da autonomia dos ACES e a otimização do funcionamento dos ACES e das ARS** (nomeadamente no apoio e governação ao invés da burocratização e do comando e controlo da atividade que muitas vezes tem acontecido como a imposição de um modelo desadequado de controlo biométrico da assiduidade é exemplo) trará benefícios adicionais para o sistema e para a saúde dos portugueses. Existe, ainda e, no entanto, muito

caminho a percorrer na **articulação entre USF e ACES e estes e as ARS**: a resolução de problemas nas USF que dependem da intervenção do ACES e ARS é lenta, muitos ACES não partilham o seu relatório e plano de desempenho com as USF, e o plano de ação e relatório de atividades das USF raramente são discutidos com a Direção do ACES. No entanto, há melhorias que há que aprofundar.

Estas melhorias poderiam passar por algumas destas medidas:

1 - Aumentar o número de USF e dar resposta às candidaturas modelos A e B – abolindo as quotas administrativas e criando condições - espaços físicos, equipamentos, mobilidades e recrutamento de profissionais (nomeadamente recrutando mais secretários clínicos) - para que seja possível atribuir a cada cidadão não só um médico de família, mas equipas de família a trabalhar em condições otimizadas;

2 – Expandir a autonomia de gestão dos ACES para aproximar a decisão do terreno, dos problemas e das soluções.

3 – Apostar mais fortemente no desenvolvimento da Governação Clínica e de Saúde, redimensionando os Conselhos Clínicos e de Saúde, dotando-os de recursos humanos a tempo inteiro para ser possível um acompanhamento próximo e qualificado das unidades funcionais e uma participação mais efetiva no seu desenvolvimento e melhoria.

4 – Ter finalmente um Plano de Recursos Humanos Nacional a curto, médio e longo prazo. É necessária uma aposta clara nos profissionais, apoiando, gerindo e desenvolvendo as profissões das equipas de saúde familiar e das várias unidades funcionais dos ACES. Em particular é imperativo recrutar **mais secretários clínicos** e depois garantir que permaneçam na profissão através da criação de uma carreira e condições remuneratórias aliciantes. Igualmente importante é a implementação e desenvolvimento do **enfermeiro de família** como especialista de enfermagem em saúde familiar. Os ACES têm, igualmente, de ter as **várias profissões da Saúde** (fisioterapia, psicologia, medicina dentária, higiene oral, terapia ocupacional, terapia da fala, nutrição e dietética, serviço social, cardiopneumologia, etc) representadas em números que possam responder às necessidades da população. Da mesma forma importa criar mecanismos de gestão de recursos humanos para garantir que não haja equipas que estejam mais do que o período previsto na lei sem substituição de profissionais ausentes.

5 - Adotar uma **estratégia nacional de gestão do conhecimento**. Promover um acesso facilitado às fontes de conhecimento clínico e gestor, implementar o BICSP e implementar planos de formação e desenvolvimento profissional nacional, regionais e locais parecem ser passos essenciais.

6 - É essencial **rever toda a arquitectura dos sistemas de informação** e efetuar uma **avaliação de fundo dos sistemas informáticos das unidades** para otimizar todo o processo de seleção e implementação de novas aplicações informáticas assim como de aquisição de serviços e equipamentos informáticos e assegurar serviços de apoio informático à altura das necessidades. É fundamental a abertura do SNS às aplicações privadas, mas também garantir que estas apenas servem de plataforma de acesso e registo de dados, não tendo acesso aos dados dos cidadãos, seja dos registados ou dos acedidos. É essencial a criação de uma equipa na ACSS / SPMS que integre profissionais de saúde de diferentes áreas, a fim de identificar necessidades e lacunas dos sistemas de informação, percecionadas por quem está no terreno e que trabalhe em conjunto com as equipas / empresas que produzem as aplicações financiadas / desenvolvidas pelo SPMS a fim de guiar o seu desenvolvimento e assegurar que respondem às necessidades e se adequam à realidade da atividade.

7 – Repensar e reorganizar os **serviços telefónicos disponíveis** porque são um problema, uma fonte de conflito e de insatisfação.

8 - Realizar uma **avaliação anual dos fornecedores de serviços** (Ministério da Saúde, ARS, ACES, hospitais, ACSS, SPMS, entre outros) como forma de promover uma reflexão sobre a atuação das diversas estruturas e assegurar um futuro de maior proximidade e colaboração entre elas. Para qualquer política, norma ou orientação, deveria haver um estudo de impacto na atividade de quem as vai ter de seguir, que incluía a auscultação dos utilizadores dos serviços e dos profissionais do terreno.

9 - **Melhorar o apoio das ARS** (Serviços de Apoio e ERA) e ACES (UAG e Conselhos Clínicos e de Saúde) nos processos de acreditação das USF, como motor da promoção da qualidade dos serviços.

10 – **Fortalecer a ligação às comunidades e promover a sua participação ativa** na vida das organizações da Saúde, reforçando as iniciativas na comunidade já implementadas pelas USF,



ACES e ligas de amigos e tirando partido do apoio da USF-AN, DECO e projectos como o “Mais Participação, Melhor Saúde”.

A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários tem vindo a mudar o panorama na Saúde como nenhuma outra reforma anterior na Saúde conseguiu desde a criação do Serviço Nacional de Saúde. Agora, é preciso continuar, promover, desenvolver, conseguir um salto significativo, um novo impulso para uma **melhor saúde em Portugal**.

4. FICHA TÉCNICA DO ESTUDO

Instituição Proponente	USF-AN – Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar
Autores	André Rosa Biscaia, António Pereira, Rui Cardeira, Amanda Cavada Fehn Os autores trabalharam sem retribuição financeira para este projeto.
Conflitos de Interesses	André Rosa Biscaia declara prestar serviço de assessoria ao Conselho Diretivo da ARS de Lisboa e Vale do Tejo. António Pereira declara prestar serviço como membro do Departamento de Contratualização da ARS Norte; os restantes elementos não declararam conflitos de interesses. Para fazer face a estes conflitos de interesses foi constituída uma Comissão Científica que avaliou e validou todos os passos da investigação constituída por Jorge Vinagre (Presidente), Ricardo Gomes, Hugo Fardilha e Isabel Melo ¹ .
Objetivo geral	Conhecer o estado atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, a satisfação associada e o desenvolvimento estrutural e organizacional das USF, comparando os resultados com os anos anteriores.
Finalidade	Monitorizar e apoiar a evolução da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.
Duração do estudo	Março 2017 a Maio 2017
Desenho de Estudo	Estudo censitário, observacional, transversal seriado.
População	Universo: coordenadores de USF em atividade (N= 479, em 1 de abril de 2017). Critérios de inclusão: ser coordenador de uma USF (ou estar a substituir este), e que, de forma voluntária, colabore nesta investigação.

¹ A Declaração da comissão científica pode ser consultada no Anexo A.

Recolha de Dados	Efetuada durante o mês de abril de 2017. Foram contactados todos os coordenadores de USF em atividade, pelo que é um estudo censitário. Através de questionário semi-estruturado construído para este fim e aplicado via <i>Web</i> com a ferramenta Limesurvey² com palavra-passe, para que cada coordenador apenas respondesse uma vez. Introdução da opção “não responde” para quando o participante não tenha conhecimento ou não queira responder. Conservado o anonimato dos respondentes. Na versão de 2015 das secções A1 a A3 do questionário pediu-se que tomassem em consideração apenas 2015 porque houve grandes mudanças em quase todas as entidades em 2016, o que dificultaria a apreciação (nos outros anos e no atual, pediu-se a avaliação em relação ao momento atual - abril do corrente ano). Quanto às outras secções manteve-se a referência temporal do momento atual (abril do corrente ano).
Estratégia de Análise	Análise estatística descritiva – percentagens ou medidas de tendência central e/ou de dispersão; Nas questões de resposta aberta utilizou-se análise de conteúdo quantificada, segundo unidades de significado.

² O questionário pode ser consultado em <https://goo.gl/QieE3N>

5. A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DE 2005

A reforma dos cuidados de saúde primários (CSP) teve início em 2005, tendo sido uma das mais bem-sucedidas reformas dos serviços públicos das últimas décadas. Foi criada a **Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP)** “para a condução do projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar”³. Os seus objetivos passavam por melhorar a acessibilidade, a qualidade, a continuidade e a eficiência dos cuidados de saúde, assim como a satisfação de profissionais e utilizadores⁴.

O **processo de mudança** para os “novos centros de saúde” envolveu:

- Constituição de Unidades de Saúde Familiar (USF);
- Associação de Centros de Saúde em Agrupamentos Centrais de Saúde (ACES);
- Introdução de um novo modelo de gestão;
- Instituição de governação clínica;
- Reorganização dos serviços de suporte (nomeadamente com desativação das Sub-Regiões de Saúde).

Constituíram **a base para a mudança** os seguintes princípios⁵: (i) orientação para a comunidade; (ii) flexibilidade organizativa e de gestão; (iii) desburocratização; (iv) trabalho em equipa; (v) autonomia e responsabilização; (vi) melhoria contínua da qualidade; (vii) contratualização e avaliação.

O **aspeto mais saliente** desta reforma foi a implementação das **USF**, cujo número tem vindo a aumentar anualmente desde o seu início em 2006.

As USF surgiram segundo uma lógica de “baixo para cima”, com o envolvimento dos profissionais de saúde através de processos de candidatura voluntária para a criação de

³ Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005 (determina a criação de uma estrutura de Missão para a reforma dos cuidados de saúde primários e nomeia o coordenador).

⁴ Biscaia A, Martins J, Carreira M, Fronteira I, Antunes A, Ferrinho P. Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Reformar para Novos Sucessos (Grande Prémio Fundação AstraZeneca 2005). 2ª ed. rev. ampl. Lisboa: Padrões Culturais Editora; 2008.

⁵ Biscaia (2014). Unidades de Saúde Familiar: USF – modelo positivo do presente e para o futuro. Porto: USF-AN Para saber mais sobre a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários de 2005

<https://app.box.com/s/po82cvyt5v2mssu2japn>

equipas auto-organizadas na prestação de cuidados de saúde à população de uma determinada área geográfica. Estas equipas são dotadas de autonomia de gestão técnico-assistencial e funcional e são constituídas por médicos de família, enfermeiros e secretários clínicos (profissionais que para além das competências nas áreas do secretariado e serviço administrativo, gestão e informática, dominam a terminologia médica, comunicando de forma adequada com utentes e restantes membros da equipa de saúde)⁶.

A reconfiguração dos Centros de Saúde existentes em Agrupamentos Centrais de Saúde, os ACES, ocorreu em duas fases, tendo sido inicialmente criados 74 ACES, que após reestruturação se reduziram a 55 ACES distribuídos por todo o país. De acordo com a legislação que lhes dá suporte, os ACES^{4,7} são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, descentralizados das respetivas administrações regionais de saúde (ARS), mas sob o seu poder de direção, sendo constituídos por várias unidades funcionais, e tendo a missão de garantir a prestação de CSP à população de uma determinada área geográfica.

Destas unidades funcionais, constam⁸: as unidades mais vocacionadas para os cuidados personalizados médicos e de enfermagem – as USF (unidades de saúde familiar)⁹ e as UCSP (unidades de cuidados de saúde personalizados); as USP (unidades de saúde pública), que funcionam como observatório de saúde da área do ACES em que se integra, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população; as URAP (unidades de recursos assistenciais partilhados que integram, por exemplo, assistentes sociais e psicólogos), que prestam serviços de consultoria assistencial a todas as outras unidades funcionais e; as UCC (unidades de cuidados na comunidade), que prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário¹⁰.

⁶ Biscaia A, Heleno L. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2017 Mar [cited 2017 June 01]; 22(3): 701-712. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300701&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>.

⁷ Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro

⁸ Portugal. Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto; Portaria n.º 1368/2007. *Diário da República* 2007; 22 ag Portugal. Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, art. 10º. *Diário da República* 2008; 22 fev.

⁹ Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto; Portaria n.º 1368/2007, de 18 de Outubro.

¹⁰ Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro.

A reforma de 2005 dos CSP propõe um papel central para a **governança clínica** nas unidades funcionais, atribuindo-lhes responsabilidades técnicas e autoridade independentes do corpo gestor dos Agrupamentos Centrais de Saúde. A Governança Clínica e de Saúde (GCS) é um sistema de conhecimentos, atitudes e práticas de “pilotagem” clínica individual, de equipas e serviços visando a qualidade dos cuidados. A finalidade é obter resultados em termos de efetividade, com equidade, para as pessoas, famílias e comunidades, com envolvimento de todos, através da melhoria contínua da qualidade dos processos assistenciais e intervenções em saúde e da participação e responsabilização de todos os profissionais¹¹.

A evolução organizativa das USF assenta em **três modelos**, que assumem diferentes patamares de autonomia e aos quais correspondem distintos graus de partilha de risco e de compensação retributiva. Modelo A – corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar; compreende as USF do setor público com regras e remunerações definidas pela Administração Pública, com possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços paga em regime de trabalho extraordinário, bem como contratualizar o cumprimento de metas que se pode traduzir em incentivos institucionais a reverter para investir na USF; Modelo B – indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional, que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente; abrange as USF do setor público e têm um regime retributivo especial para os médicos, incentivos financeiros para enfermeiros e secretários clínicos, e, tal como no modelo A, contratualizam indicadores relacionados com incentivos institucionais e uma eventual carteira adicional de serviços; Modelo C – modelo experimental, com carácter supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS; abrange USF dos setores social, cooperativo e privado¹. Neste momento, apenas existem USF de modelo A e B.

Por outro lado, continua a ser possível manter o nível de organização anterior, não USF, em UCSP nos casos em que os profissionais não se encontrem dispostos ou não se possam organizar em USF, funcionando num modelo mais verticalmente hierarquizado e menos autónomo que caracterizava o modo de trabalhar nos CSP antes da reforma de 2005.

¹¹ Santos I., Sá E. Estratégias de governança clínica. *Rev Port Clin Geral* 2010; 26:606-612

Atualmente (5 de Maio de 2017) **existem já 483 USF**, estimando-se que abranjam 8945,3 profissionais (números com decimais porque correspondem a profissionais em tempo inteiro, por exemplo existem 3242 médicos de família, mas alguns a tempo parcial, correspondendo a cerca de 3235,8 médicos de família a tempo inteiro -, 3221,5 enfermeiros e 2488 secretários clínicos) e que cubram mais de metade da população - 5.659.119 utentes.

A **população inscrita** nos cuidados de saúde primários apresenta-se da seguinte forma, conforme o modelo da unidade: i) 2.537.929 inscritos no modelo A; ii) 3.121.190 inscritos no modelo B; e iii) 4.371.798, inscritos no modelo UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados), o que gera a seguinte média de utentes inscritos por lista de médico de família nos diferentes modelos de unidade: i) 1711 USF-A (2211 UP – Unidades Ponderadas); ii) 1811 USF- B (2299 UP); iii) 1536 UCSP (2066 UP).

Em janeiro de 2016 é nomeado o **Coordenador Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários** e é constituída a sua Equipa de Apoio com o objetivo de relançar a reforma dos cuidados de saúde primários¹². Esta Coordenação Nacional para os Cuidados de Saúde Primários definiu um plano estratégico e operacional com a missão de “expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários, dando início a um novo ciclo que relance um processo interrompido para a melhoria da qualidade e da efetividade da primeira linha de resposta do SNS” e uma visão que propunha “um SNS baseado nos cuidados de saúde primários, promotor de Equidade e garantindo Acesso a cuidados de Proximidade, com Resolutividade, Continuidade, Qualidade e Eficiência”¹³.

No seu plano estratégico e operacional definem-se quatro eixos estratégicos (identificados com letras) e 26 subáreas para intervenção:

A - CENTRALIDADE DAS PESSOAS

I - Literacia, Transparência, Comunicação Portal do SNS

II - Recursos Humanos (as profissões)

¹² Portugal. Despacho 200/2016, de 7 de Janeiro. Diário da República n.º 4/2016; Série II de 2016-01-07. Acesso em 01/06/2017: <http://legislacaoportuguesa.com/despacho-n-o-2002016-diario-da-republica-n-o-42016-serie-ii-de-2016-01-07/>

¹³ Para saber mais; https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano_Estrategico_e_Operacional.pdf

B - UMA CULTURA DE GOVERNAÇÃO CLÍNICA E DE SAÚDE

- I. Qualificação prescrição/dispensa/utilização do medicamento
- II. Qualificação da Referenciação
- III. Contratualização inteligente
- IV. BI Cuidados de Saúde primários
- V. Plano nacional integrado de formação multiprofissional em cuidados de saúde primários
- VI. Gestão Integrada da Doença Crónica
- VII. Matriz de Indicadores em cuidados de saúde primários
- VIII. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020

C – MODERNIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO ORGANIZACIONAL E GESTIONÁRIA DOS ACES

- I. Formação e desenvolvimento das USF
- II. Formação e desenvolvimento das UCC
- III. Formação e desenvolvimento das URAP
- IV. Formação e desenvolvimento das USP
- V. Redimensionamento e Autonomia dos ACES
- VI. Equipas Regionais de Apoio e Acompanhamento (ERA)
- VII. Centros de Resultados de todas as unidades funcionais dos cuidados de saúde primários

D - SISTEMA DE INFORMAÇÃO AO SERVIÇO DE TODOS

- I. Interoperabilidade
- II. Gestão de serviços das tecnologias de informação e comunicação
- III. Registo Nacional de Utentes (RNU)
- IV. Qualificação do atendimento
- V. Desmaterialização da receita sem papel (RSP)
- VI. Desmaterialização MCDT



VII. Registo pessoal de saúde

VIII. Registo de Saúde Eletrónico em cuidados de saúde primários

IX. Big Data em cuidados de saúde primários.

É esta a agenda para os próximos anos nos cuidados de saúde primários.

6. CARACTERÍSTICAS DO UNIVERSO EM ESTUDO

À semelhança dos anos anteriores, foram enviadas mensagens via correio eletrónico a solicitar a participação no estudo a todos os coordenadores de USF em atividade à data do início da recolha dos dados, cujo período corresponde de 1 de abril a 3 de maio de 2017, (N=479)¹⁴. Foram efetivamente contactadas a totalidade das 479 USF na figura dos seus respetivos coordenadores em exercício à data de início do estudo. Obtiveram-se 342 respostas, o que corresponde a uma **taxa de resposta de 71,40%** em relação ao universo dos coordenadores de USF em atividade (62,9% 2015/2016, 73,9% em 2014/2015, 50% em 2013/2014, 38% em 2012/2013, 40% 2011/2012, 37% em 2010/2011, 59% em 2009/2010).

Para comparação, em anos anteriores a taxa de resposta em relação aos coordenadores efetivamente contactados para participar no estudo foi de 62,9% em 2015/2016, 73,9% em 2014/2015, 53,4% em 2013/2014, 41% em 2012/2013, 56% em 2011/2012, 52% em 2010/2011, 61% em 2009/2010.

Quadro 1- Taxa de resposta geral do estudo do momento atual. Portugal, 2016/2017.

Estudo de 2016/2017		Respondentes ao Questionário (n=342)		USF existentes na altura do estudo (N=479)	
		%	Número	%	Número
USF é da ARS:	Norte	53,4	181	50,3	241
	Centro	13,0	44	13,2	63
	Lisboa e Vale do Tejo	28,3	96	30,5	146
	Alentejo	2,1	7	3,3	16
	Algarve	3,2	11	2,7	13
USF é de:	Modelo A	47,1	161	51,4	246
	Modelo B	52,9	181	48,6	233
USF iniciou funções em:	2006-2008	32,5	109	32,6	156
	2009-2011	34,1	114	33,4	160
	2012-2014	19,4	65	21,1	101
	2015-2017	14,0	47	12,9	62

Nota: as percentagens apresentadas referem-se, na primeira coluna, ao total de respondentes e, na segunda, ao total das USF existentes na altura do estudo (dados de 1 de Abril de 2017). As discrepâncias em relação ao número total de respondentes devem-se à escolha da opção “Não responde”.

¹⁴ Número total de USF (modelo A e modelo B) em actividade a 1 de Abril de 2017.

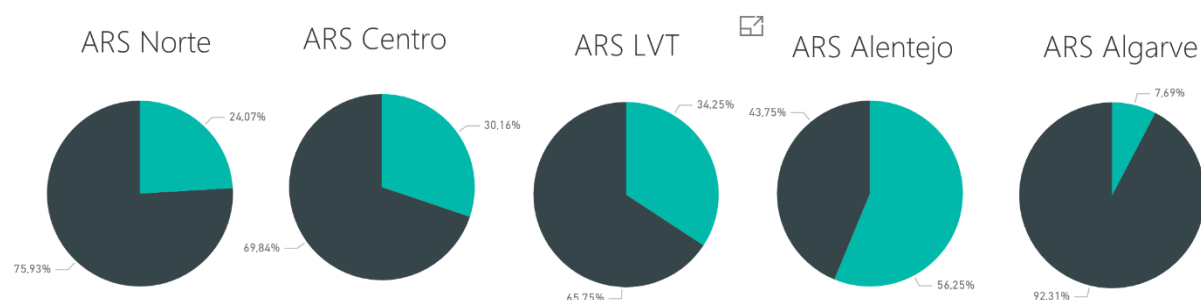
Gráfico 1- Percentagem de resposta do estudo do momento atual. Portugal, 2016/2017.**Quadro 2-** Taxa de resposta por Administração Regional de Saúde (ARS) do estudo do momento atual. Portugal, 2016/2017.

Estudo de 2016/2017		Número USF Respondentes	Número USF Existentes	Taxa de resposta % Relação Respondentes/Existentes
USF é da ARS:	Norte	183	241	75,93%
	Centro	44	63	69,84%
	Lisboa e Vale do Tejo	96	146	65,75%
	Alentejo	7	16	43,75%
	Algarve	12	13	92,31%
Total		342	479	71,40%

A

distribuição dos respondentes por ARS é semelhante à encontrada para as USF existentes, registando-se apenas uma percentagem ligeiramente superior de respondentes da região Norte e, principalmente, no Algarve e menor no Alentejo. Ao comparar as taxas de resposta, verifica-se que a região do Algarve é a que demonstra maior adesão, com 92,31% de respostas, seguida da região Norte (75,93% USF respondentes), a do Centro e LVT, sendo o Alentejo a Região com menor taxa.

Gráfico 2- Percentagem de resposta por ARS do estudo do momento atual. Portugal, 2016/2017.



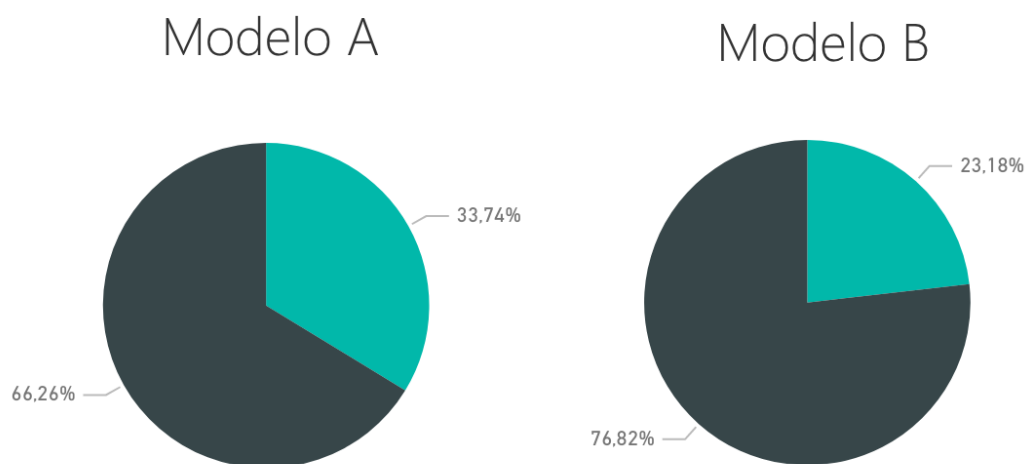
Apesar de existir um maior número de USF de modelo A (N = 246) do que de modelo B (N = 233), registou-se um maior número de respondentes coordenadores de USF modelo B (76,82%).

Quadro 3- Taxa de resposta por Modelo de Unidade de Saúde Familiar do estudo do momento atual. Portugal, 2016/2017.

Estudo de 2016/2017		Número USF Respondentes	Número USF Existentes	Taxa de resposta % Relação Respondentes/Existentes
USF é de:	Modelo A	161	246	65,4%
	Modelo B	181	233	77,7%
Total		342	479	71,4%

Gráfico 3- Percentagem de resposta por Modelo de USF do estudo do momento atual. Portugal, 2016/2017.

● N ● Y

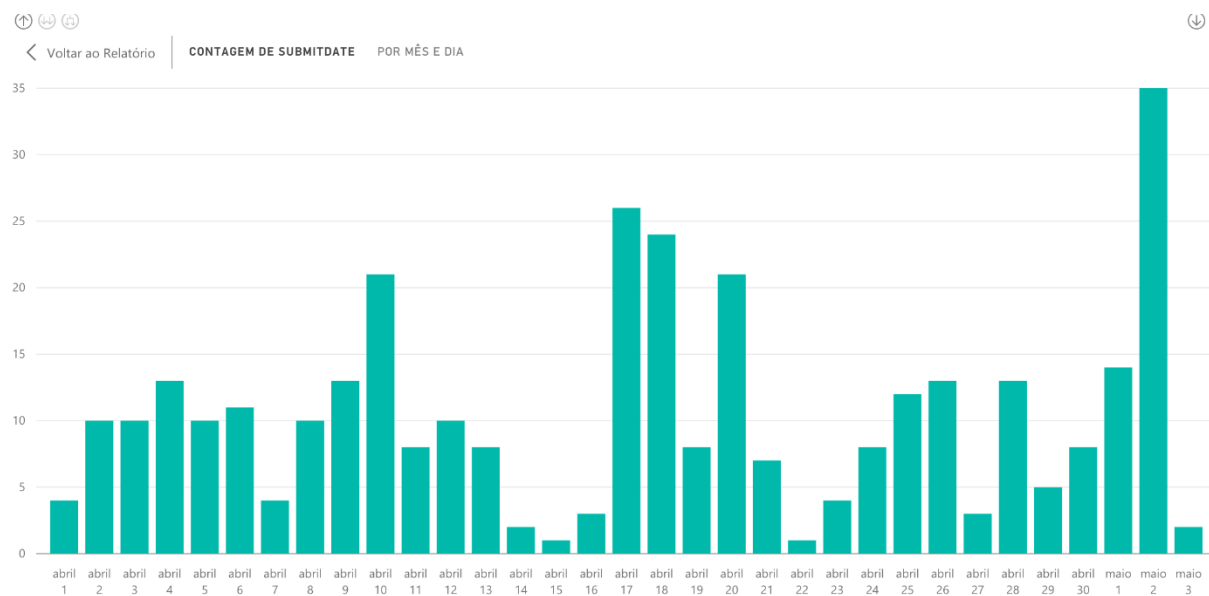


Quadro 4- Taxa de resposta por ano de início das funções das Unidade de Saúde Familiar do estudo do momento atual. Portugal, 2016/2017.

Estudo de 2016/2017		Número USF Respondentes	Número USF Existentes	Taxa de resposta % Relação Respondentes/Existentes
USF iniciou funções em:	2006-2008	109	156	69,9%
	2009-2011	114	160	71,3%
	2012-2014	65	101	64,4%
	2015-2017	47	62	75,8%
Total		335	479	69,9%

Os respondentes por ano de início de funções correspondem sensivelmente em termos de percentagens aos das USF existentes e inquiridas.

Gráfico 4- Número de respostas do questionário on-line por dia durante o período de coleta de dados.



Perguntou-se aos coordenadores das **USF em Modelo A** se a sua **USF** pretendia evoluir para **Modelo B**:

A sua USF pretende evoluir para Modelo B?	Sim	91,39%
	Não	8,61%

A grande maioria (91,39%) das USF modelo A pretende passar a modelo B.

Gráfico 5 – Evolução do número de USF (modelo A e modelo B) entre 2006 e 2017 (dados de 1 de Abril de 2017) (em 2017 estão obviamente contabilizados os primeiros 4 meses, até ao momento atual).

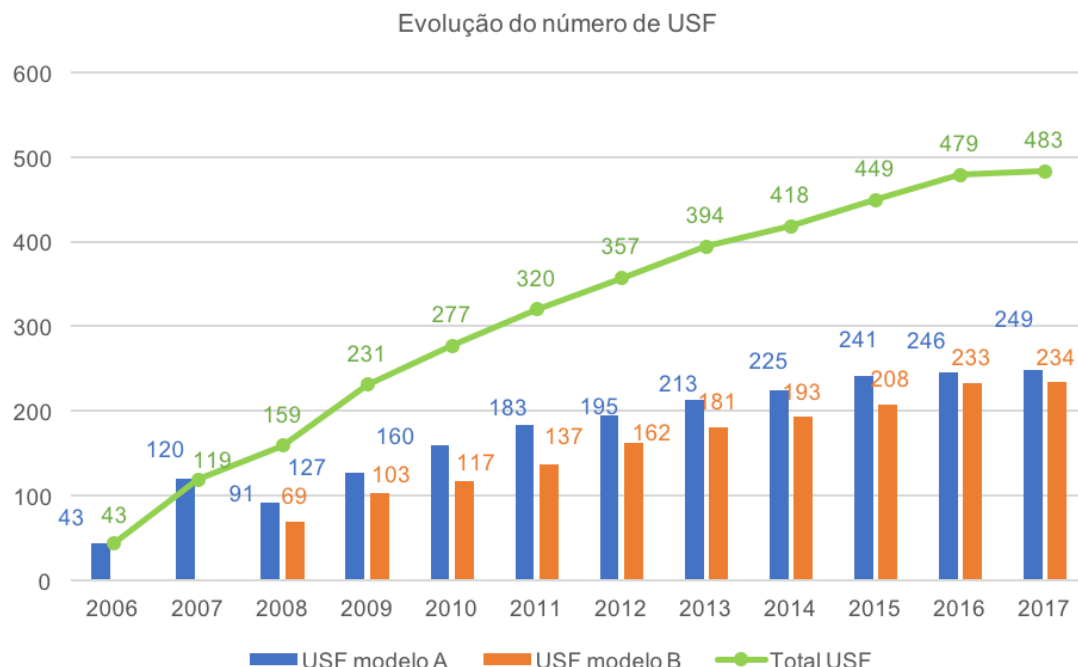


Gráfico 6 – Número de USF de modelo A e de modelo B que iniciaram atividade anualmente entre 2006 e 2017 (em 2017 estão obviamente contabilizados os primeiros 4 meses, até ao momento atual).

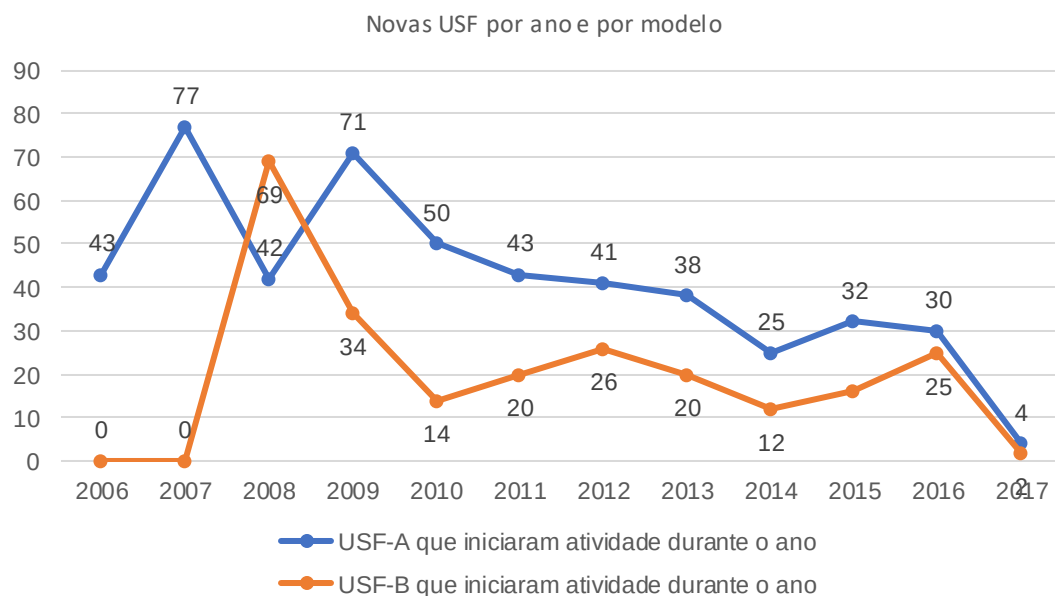
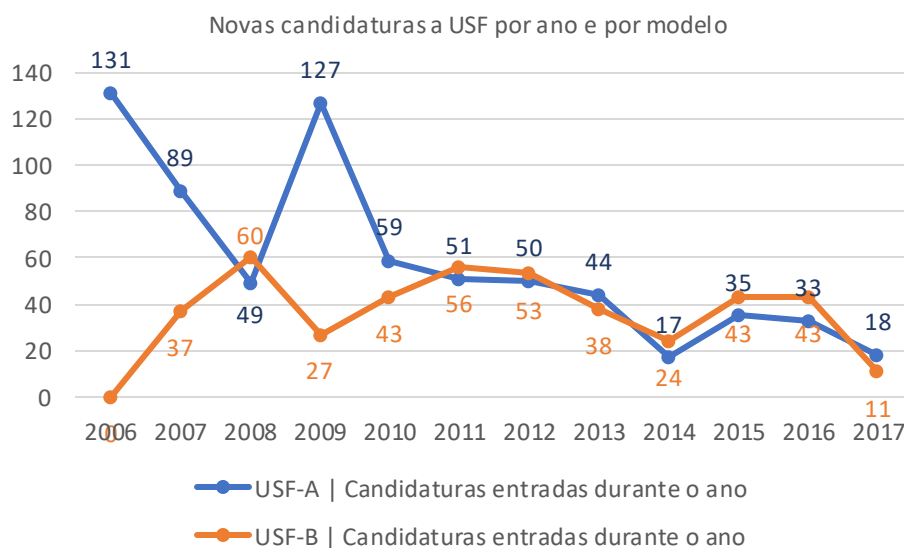


Gráfico 7 – Número de candidaturas a USF (modelo A e modelo B) em cada ano entre 2006 e 2017 (em 2017 estão obviamente contabilizados os primeiros 4 meses).



O número de novas USF a iniciar atividade em 2016 é o segundo mais baixo de sempre com apenas 30 novas USF (de modelo A) a iniciar atividade, já em relação às USF B iniciaram atividade 25, o terceiro maior número de sempre. Efetivamente, o número de novas USF a iniciar atividade em cada ano tem uma tendência de decréscimo consistente desde 2009 (gráfico 6). Quanto às candidaturas a USF (gráfico 7) conseguiu-se subir dos mínimos históricos de 2014 e manter praticamente as mesmas candidaturas a USF modelo A e USF modelo B.

7. NOTA METODOLÓGICA

As próximas secções seguem, em traços gerais, a organização do questionário, mas no que se refere aos quadros de resultados nem sempre isso acontece, tendo-se privilegiado uma sequência mais lógica. Os quadros têm uma numeração por secção e podem existir vários relativos à mesma questão, mas organizados por categorias diferentes identificadas entre parenteses do seguinte modo:

- quadros gerais de todos os respondentes - (Geral);
- quadros por ARS - (ARS);
- quadros por modelo de USF - (Por Modelo);
- quadros por ano de início de funções da USF - (Por ano de início de funções);
- quadros por aplicação informática - (Por Aplicação).

Nas questões de resposta aberta utilizou-se análise de conteúdo quantificada, segundo unidades de significado.

O questionário que foi utilizado encontra-se neste link <https://goo.gl/QieE3N> .

8. RESULTADOS DO ESTUDO

A. SATISFAÇÃO COM A REFORMA DOS CSP

A1 (Geral) – Satisfação em relação ao momento atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em termos gerais e em relação à atuação atual de algumas das estruturas envolvidas nesta reforma - Ministério da Saúde, ACSS, ARS, ACES, ERA, Departamento de Contratualização Regional e SPMS.

Nota: Na versão de 2015 pediu-se que tomassem em consideração apenas 2015 porque houve grandes mudanças em quase todas as entidades no início de 2016, o que dificultaria a apreciação (nos outros anos, pediu-se a avaliação em relação ao momento atual (abril do último ano de cada par de anos)).

Em relação aos seguintes elementos considera-se, em termos gerais:		2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017
Momento atual da Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	4,7%	5,8%	3,1%	14,8%	14,1%	13,7%	6,0%	7,0%
	Insatisfeito	23,4%	24,0%	31,5%	48,1%	45,5%	49,8%	41,0%	29,9%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	12,1%	18,3%	20,5%	17,0%	17,7%	16,6%	21,2%	32,0%
	Satisfeito	52,3%	47,1%	40,9%	19,3%	20,7%	17,6%	29,0%	28,7%
	Muito satisfeito	7,5%	4,8%	3,9%	0,7%	2,0%	2,3%	2,8%	2,3%
Modo como decorreu a atividade da sua USF até agora	Muito insatisfeito	3,8%	1,9%	1,60%	2,2%	2,0%	3,9%	3,6%	1,5%
	Insatisfeito	6,1%	3,9%	3,90%	8,2%	9,6%	11,0%	12,5%	10,8%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	6,8%	6,8%	3,90%	3,7%	4,6%	10,0%	6,4%	10,5%
	Satisfeito	59,8%	56,3%	43,30%	44,8%	54,8%	54,0%	55,7%	53,2%
	Muito satisfeito	23,5%	31,1%	47,20%	41,0%	28,9%	21,0%	21,8%	24,0%

A1 (Geral- continuação)

Em relação à atuação atual das seguintes entidades, considera-se, em termos gerais, estar:		2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017
Ministério da Saúde na Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	7,3%	11,7%	10,9%	25,4%	28,4%	34,2%	14,6%	8,5%
	Insatisfeito	27,1%	38,8%	44,5%	51,5%	47,2%	45,4%	42,0%	33,5%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	29,2%	25,2%	32,0%	17,9%	18,3%	16,8%	31,3%	42,6%
	Satisfeito	35,4%	23,3%	11,7%	5,2%	6,1%	3,6%	12,1%	14,4%
	Muito satisfeito	1,0%	1,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%
Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) na Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	-	-	12,5%	31,1%	35,2%	31,7%	22,1%	13,2%
	Insatisfeito	-	-	50,0%	43,7%	45,9%	41,6%	42,0%	42,2%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	28,1%	19,3%	15,3%	22,1%	29,2%	35,8%
	Satisfeito	-	-	8,6%	5,9%	3,1%	4,6%	6,4%	8,5%
	Muito satisfeito	-	-	0,8%	0,0%	0,5%	0,0%	0,4%	0,3%
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS)	Muito insatisfeito	-	-	-	-	55,1%	31,2%	28,0%	20,6%
	Insatisfeito	-	-	-	-	31,6%	38,5%	39,1%	41,5%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	-	-	12,2%	26,6%	26,2%	27,1%
	Satisfeito	-	-	-	-	1,0%	3,7%	6,8%	10,3%
	Muito satisfeito	-	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%

A1 (Geral- continuação)

Em relação à atuação atual das seguintes entidades, considera-se, em termos gerais, estar:		2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017
Direção-Geral da Saúde (DGS)	Muito insatisfeito	-	-	-	-	-	-	-	4,4%
	Insatisfeito	-	-	-	-	-	-	-	20,1%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	-	-	-	-	-	42,2%
	Satisfeito	-	-	-	-	-	-	-	30,1%
	Muito satisfeito	-	-	-	-	-	-	-	3,2%
Administração Regional de saúde (ARS) a que pertence a sua USF na Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	12,6%	12,5%	14,1%	26,7%	33,8%	20,6%	22,3%	12,7%
	Insatisfeito	33,1%	39,4%	42,2%	43,0%	33,8%	34,0%	33,3%	35,1%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	25,2%	20,2%	29,7%	23,0%	21,2%	32,0%	28,0%	34,2%
	Satisfeito	25,2%	26,9%	13,3%	7,4%	10,6%	13,4%	14,9%	16,5%
	Muito satisfeito	3,9%	1,0%	0,8%	0,0%	0,5%	0,0%	1,4%	1,5%
Atuação atual do Departamento de Contratualização Regional (DCARS)	Muito insatisfeito	-	-	-	-	29,1%	18,4%	16,2%	8,3%
	Insatisfeito	-	-	-	-	31,1%	27,8%	27,1%	30,4%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	-	-	21,9%	36,1%	37,9%	41,1%
	Satisfeito	-	-	-	-	15,3%	16,1%	17,3%	16,7%
	Muito satisfeito	-	-	-	-	2,6%	1,7%	1,4%	3,6%

A1 (Geral- continuação)

Em relação à atuação atual das seguintes entidades, considera-se, em termos gerais, estar:		2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017
Equipa Regional de Apoio (ERA) a que acompanha a minha USF	Muito insatisfeito	-	-	13,40%	13,4%	17,2%	12,7%	11,2%	6,5%
	Insatisfeito	-	-	20,50%	14,2%	17,2%	14,4%	12,9%	16,1%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	29,90%	26,9%	22,9%	22,5%	29,1%	29,0%
	Satisfeito	-	-	26,80%	32,1%	31,8%	35,9%	32,0%	32,6%
	Muito satisfeito	-	-	9,40%	13,4%	10,9%	14,4%	14,7%	15,8%
ACES a que pertence a minha USF *	Muito insatisfeito	18,6%	20,2%	15,0%	10,4%	-	4,9%	8,5%	4,7%
	Insatisfeito	26,4%	29,8%	25,2%	17,0%	-	16,9%	18,9%	16,7%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	20,9%	20,2%	17,3%	28,9%	-	25,7%	24,2%	24,0%
	Satisfeito	24,0%	19,2%	29,1%	35,6%	-	41,4%	34,5%	42,4%
	Muito satisfeito	10,1%	10,6%	13,4%	8,1%	-	11,1%	13,9%	12,3%
Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USF-AN)	Muito insatisfeito	2,4%	1,0%	0,00%	1,5%	0,5%	0,0%	1,8%	2,4%
	Insatisfeito	1,6%	5,2%	2,40%	3,8%	0,5%	2,4%	2,9%	6,6%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	37,6%	33,0%	13,40%	17,6%	16,8%	25,3%	33,5%	36,4%
	Satisfeito	36,0%	43,3%	59,80%	36,6%	33,0%	45,1%	34,9%	43,3%
	Muito satisfeito	22,4%	17,5%	24,40%	40,5%	49,2%	27,3%	26,8%	11,3%

A1 (Geral- continuação)

Em relação à atuação atual das seguintes entidades, considera-se, em termos gerais, estar:		2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017
Coordenação para a reforma do SNS na área dos CSP (NOVO)	Muito insatisfeito	-	-	-	-	-	-	-	5,6%
	Insatisfeito	-	-	-	-	-	-	-	17,5%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	-	-	-	-	-	38,2%
	Satisfeito	-	-	-	-	-	-	-	30,2%
	Muito satisfeito	-	-	-	-	-	-	-	8,6%

Gráfico 8 – Evolução da insatisfação dos coordenadores de USF com a reforma dos CSP e instituições

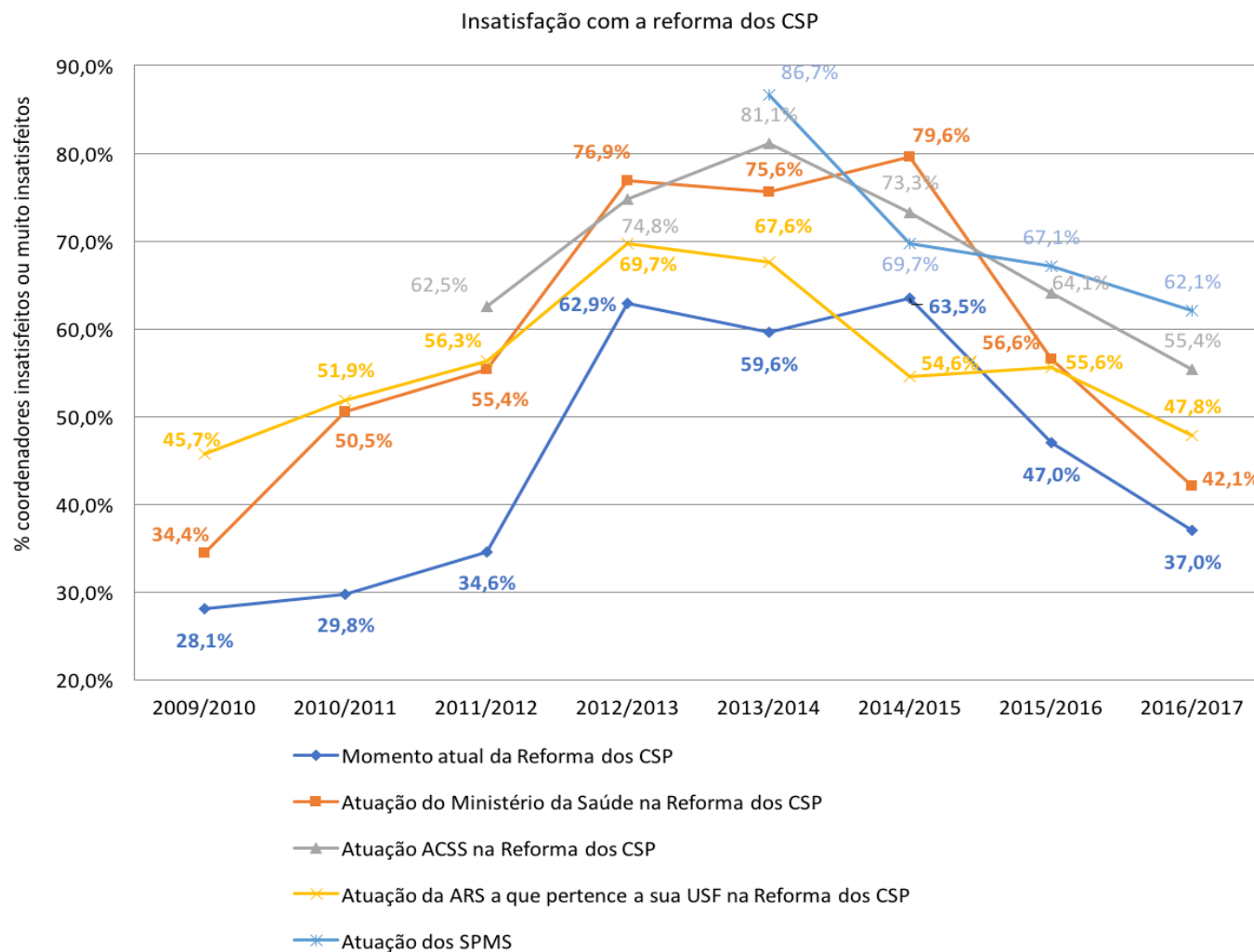
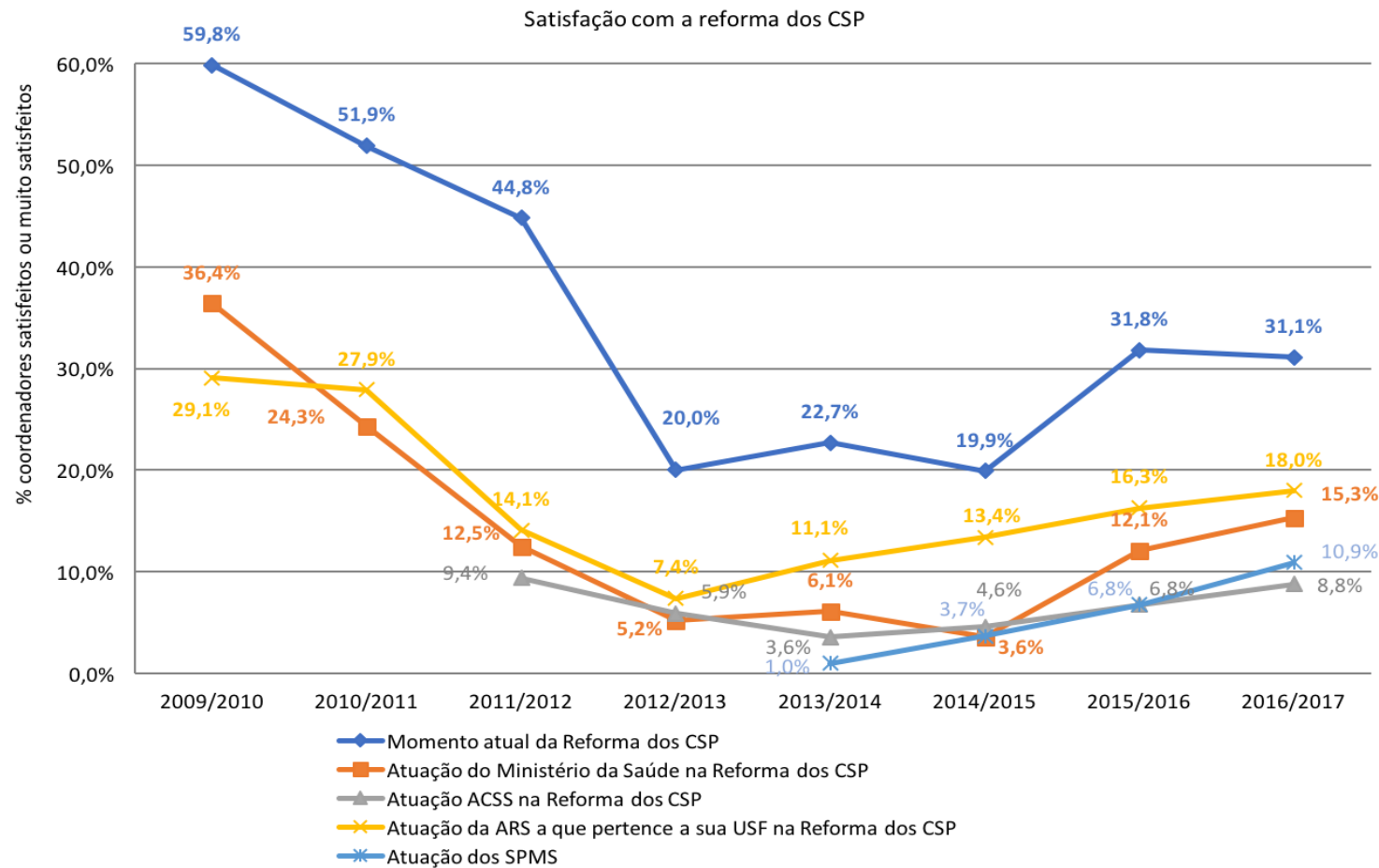


Gráfico 9 – Evolução da satisfação dos coordenadores de USF com a reforma dos CSP e instituições



Na versão de 2015/2016 do estudo - quadros A1-A6 -, ao invés de anos anteriores em que se pedia para avaliar o momento atual, pediu-se que fosse considerado apenas 2015 porque houve grandes mudanças em quase todas as entidades em 2016, o que dificultaria a apreciação (nos outros anos, pediu-se a avaliação quanto ao momento atual - abril do último ano de cada par de anos). Quanto às outras secções do questionário manteve-se a referência temporal do momento atual (abril do corrente ano).

A percentagem de coordenadores insatisfeitos com o momento atual da reforma dos CSP continuou a recuperar do seu ponto mais negativo desde sempre registado no período de 2014/2015, passando de 63,5% de coordenadores Muito insatisfeitos e Insatisfeitos para quase metade - 36,9%. No entanto, no outro polo, as percentagens de satisfeitos e muito satisfeitos manteve-se semelhante ao do ano passado (31%), consolidando a melhoria em relação a 2014/2015. É de notar que há mais coordenadores Muito insatisfeitos e Insatisfeitos do que Muito satisfeitos e Satisfeitos¹⁵.

A recuperação positiva estende-se, e até é ligeiramente mais marcada do que em relação à reforma em si, à atuação do Ministério da Saúde¹⁶. Pela primeira vez há mais coordenadores “Nem satisfeito, nem insatisfeitos” (42,6%) do que “Muito Insatisfeitos” ou “Insatisfeitos” juntos (42%, que evoluíram de 79,6% em 2014/2015), mas os níveis de satisfação ou muita satisfação continuam longe dos primeiros anos da Reforma (15,3% agora contra 36,4% em 2009/2010), mas melhor do que em 2014/2015 – 3,6%.

A satisfação com **estruturas da Administração Central** continua num registo negativo, com mais insatisfeitos do que satisfeitos, ainda que com melhorias em relação aos anos passados, sendo esta melhoria mais marcada em relação à **Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)**, do que aos **Serviços Partilhados do Ministério da Saúde**

¹⁵ Ver secção A – Satisfação com a Reforma dos CSP.

¹⁶ Na versão de 2015/2016 do estudo – quadros A1-A6 (ver Secção A – Satisfação com a Reforma dos CSP)-, ao invés de anos anteriores em que se pedia para avaliar o momento atual, pediu-se que fosse considerado apenas 2015 porque houve grandes mudanças em quase todas as entidades em 2016, o que dificultaria a apreciação (nos outros anos, pediu-se a avaliação quanto ao momento atual - abril do último ano de cada par de anos).

(SPMS), tendo a **Direcção-Geral da Saúde (DGS)** a avaliação mais positiva, seguindo-se a ACSS e depois os SPMS (decidiu-se juntar a DGS pela primeira vez este ano por causa do papel crescente que tem assumido na definição de indicadores para a contratualização, normas de orientação clínica e regulamentação da atividade).

A satisfação em relação ao nível regional, nomeadamente em relação às **Administrações Regionais de Saúde (ARS) e Departamentos de Contratualização Regional** manteve-se num registo negativo, mas com melhorias, nomeadamente no grupo dos “Muito insatisfeitos” que passaram para quase metade (22,3% para 12,7% e 16,2% para 8,3%, respetivamente).

As melhorias mais vincadas que se verificaram no ano passado nas estruturas mais perto das USF, as **Equipas Regionais de Apoio (ERA) e os Agrupamento de Centros de Saúde (ACES)** ficaram ainda mais evidentes, em particular com os ACES, nomeadamente no grupo dos “Muito insatisfeitos” que passaram igualmente para quase metade. Verificam-se, no entanto, *nuances* regionais importantes que serão abordadas mais à frente.

Muito relevante é a melhoria da satisfação com a atividade da própria USF (77,2% de Satisfeitos ou Muito Satisfeitos e apenas 1,5 % de Muito Insatisfeitos), que tem vindo a melhorar desde o período 2014/2015, mesmo que não atingindo os valores máximos de 2011/2012 (90,5% de Satisfeitos ou Muito Satisfeitos).

A satisfação em **relação à USF-AN** manteve-se num registo positivo, mas mais deslocado para o centro e com menos Coordenadores muito satisfeitos (descida para menos de metade), mas com uma percentagem de satisfeitos e muito satisfeitos de 54,6%, a segunda mais alta de todas as estruturas avaliadas.

Pela primeira vez, também se avaliou a **Coordenação para a Reforma do SNS na área dos CSP** e os resultados revelaram uma distribuição mista, mas mais positiva do que negativa.

O nível de satisfação mais alto de todas as estruturas avaliadas regista-se em relação à atividade da própria USF (77,2% de USF satisfeitas ou muito satisfeitas), seguindo-se com a USF-AN e com o ACES a que pertence a USF. De notar que esta melhoria geral se

deu mais à custa da diminuição dos insatisfeitos, ainda que se tenha registado aumento dos satisfeitos (ver gráficos).

A2 (Por ARS) – Satisfação em relação ao momento atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em termos gerais e em relação à atuação atual de algumas das estruturas envolvidas nesta reforma – ARS, ACES, ERA e Departamento de Contratualização Regional.

2016/2017						
Em relação aos seguintes elementos considera-se, em termos gerais:		ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
Momento atual da Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	8,3	2,3	7,3	14,3	0,0
	Insatisfeito	28,7	20,9	33,3	28,6	45,5
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	30,9	37,2	32,3	14,3	36,4
	Satisfeito	29,3	37,2	25,0	42,9	18,2
	Muito satisfeito	2,8	2,3	2,1	0,0	0,0
Modo como decorreu a atividade da sua USF até agora	Muito insatisfeito	2,2	0,0	1,0	0,0	0,0
	Insatisfeito	9,4	4,5	16,7	14,3	0,0
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	7,7	11,4	12,5	28,6	18,2
	Satisfeito	54,7	52,3	51,0	42,9	63,6
	Muito satisfeito	26,0	31,8	18,8	14,3	18,2
Em relação à atuação atual das seguintes entidades, considera-se, em termos gerais, estar:						
Ministério da Saúde na Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	7,2	9,5	11,5	14,3	0,0
	Insatisfeito	33,1	35,7	34,4	14,3	27,3
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	40,3	40,5	44,8	57,1	63,6
	Satisfeito	18,2	14,3	8,3	14,3	9,1
	Muito satisfeito	1,1	0,0	1,0	0,0	0,0
Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) na Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	12,7	14,0	14,6	28,6	0,0
	Insatisfeito	42,5	39,5	44,8	14,3	27,3
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	33,7	34,9	37,5	42,9	63,6
	Satisfeito	11,0	11,6	2,1	14,3	9,1
	Muito satisfeito	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0

A2 (Por ARS- continuação)

		ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS)	Muito insatisfeito	20,1	20,5	24,0	28,6	0,0
	Insatisfeito	40,8	38,6	44,8	14,3	36,4
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	28,5	25,0	22,9	42,9	45,5
	Satisfeito	10,6	15,9	6,3	14,3	18,2
	Muito satisfeito	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0
Direção-Geral da Saúde (DGS)]	Muito insatisfeito	3,9	9,5	4,2	0,0	0,0
	Insatisfeito	20,0	23,8	18,8	14,3	18,2
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	42,2	40,5	44,8	28,6	45,5
	Satisfeito	30,0	26,2	28,1	57,1	36,4
	Muito satisfeito	3,9	0,0	4,2	0,0	0,0
Administração Regional de saúde (ARS) a que pertence a sua USF na Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	5,1	20,5	20,8	28,6	18,2
	Insatisfeito	31,5	31,8	44,8	0,0	45,5
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	37,1	34,1	29,2	42,9	27,3
	Satisfeito	24,7	11,4	4,2	28,6	9,1
	Muito satisfeito	1,7	2,3	1,0	0,0	0,0
Atuação atual do Departamento de Contratualização Regional (DCARS)	Muito insatisfeito	6,1	0,0	15,1	28,6	10,0
	Insatisfeito	26,1	25,6	36,6	28,6	50,0
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	42,8	34,9	45,2	28,6	20,0
	Satisfeito	21,1	30,2	2,2	14,3	20,0
	Muito satisfeito	3,9	9,3	1,1	0,0	0,0
Equipa Regional de Apoio (ERA) a que acompanha a minha USF	Muito insatisfeito	2,2	2,3	16,8	14,3	0,0
	Insatisfeito	11,6	4,5	28,4	14,3	27,3
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	26,5	15,9	38,9	71,4	9,1
	Satisfeito	40,9	47,7	13,7	0,0	18,2
	Muito satisfeito	18,8	29,5	2,1	0,0	45,5

A2 (Por ARS- continuação)

		ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	3,3	2,3	8,3	14,3	0,0
	Insatisfeito	14,4	18,2	16,7	0,0	54,5
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	23,8	25,0	25,0	28,6	18,2
	Satisfeito	42,0	45,5	42,7	57,1	18,2
	Muito satisfeito	16,6	9,1	7,3	0,0	9,1
Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USF-AN)	Muito insatisfeito	3,9	0,0	1,1	0,0	0,0
	Insatisfeito	8,4	2,3	4,2	0,0	0,0
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	33,7	37,2	38,9	28,6	66,7
	Satisfeito	41,0	46,5	46,3	71,4	33,3
	Muito satisfeito	12,9	14,0	9,5	0,0	0,0
Coordenação para a reforma do SNS na área dos CSP (NOVO)	Muito insatisfeito	7,3	0,0	4,2	14,3	0,0
	Insatisfeito	21,9	20,5	9,4	0,0	10,0
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	35,4	29,5	45,8	42,9	60,0
	Satisfeito	25,8	43,2	31,3	42,9	30,0
	Muito satisfeito	9,6	6,8	9,4	0,0	0,0

A3 (Por ARS) – Satisfação em relação ao momento atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em termos gerais e em relação à atuação atual de algumas das estruturas envolvidas nesta reforma – ARS, ACES, ERA e Departamento de Contratualização Regional.

		ARS Norte								ARS Centro							
		09/11	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	09/11	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17
Momento atual da Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	1,9%	5,9%	2,8%	15,1%	12,4%	12,2%	3,9%	8,3%	17,6%	12,5%	10,0%	21,4%	12,0%	10,9%	8,8%	2,3%
	Insatisfeito	18,5%	23,5%	28,2%	47,9%	44,8%	46,5%	36,1%	28,7%	41,2%	37,5%	55,0%	57,1%	52,0%	45,7%	38,2%	20,9%
	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	11,1%	5,9%	19,7%	15,1%	16,2%	17,4%	19,4%	30,9%	17,6%	18,8%	15,0%	14,3%	24,0%	23,9%	20,6%	37,2%
	Satisfeito	57,4%	56,9%	45,1%	20,5%	23,8%	20,9%	37,4%	29,3%	23,5%	31,3%	20,0%	7,1%	12,0%	19,6%	26,5%	37,2%
	Muito satisfeito	11,1%	7,8%	4,2%	1,4%	2,9%	2,9%	3,2%	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	2,3%
Atuação atual da ARS a que pertence a sua USF na Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	4,8%	9,8%	15,3%	27,4%	32,4%	17,4%	14,9%	5,1%	35,0%	25,0%	20,0%	7,1%	0,0%	0,0%	8,8%	20,5%
	Insatisfeito	32,3%	31,4%	33,3%	46,6%	40,0%	27,9%	30,5%	31,5%	35,0%	37,5%	65,0%	42,9%	16,0%	34,8%	35,3%	31,8%
	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	22,6%	23,5%	33,3%	19,2%	19,0%	40,7%	34,4%	37,1%	20,0%	6,3%	15,0%	28,6%	48,0%	41,3%	26,5%	34,1%
	Satisfeito	33,9%	33,3%	16,7%	6,8%	8,6%	14,0%	19,5%	24,7%	10,0%	31,3%	0,0%	21,4%	32,0%	23,9%	26,5%	11,4%
	Muito satisfeito	6,5%	2,0%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,0%	0,0%	2,9%	2,3%
Atuação atual do seu ACES	Muito insatisfeito	21,0%	23,5%	14,1%	12,3%	-	4,7%	4,5%	3,3%	21,1%	37,5%	35,0%	14,3%	-	2,2%	14,7%	2,3%
	Insatisfeito	27,4%	25,5%	25,4%	19,2%	-	14,0%	16,2%	14,4%	36,8%	25,0%	10,0%	14,3%	-	23,9%	29,4%	18,2%
	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	17,7%	17,6%	15,5%	23,3%	-	24,0%	24,7%	23,8%	31,6%	18,8%	35,0%	42,9%	-	28,3%	8,8%	25,0%
	Satisfeito	25,8%	23,5%	28,2%	37,0%	-	42,1%	36,4%	42,0%	5,3%	18,8%	20,0%	28,6%	-	39,1%	35,3%	45,5%
	Muito satisfeito	8,1%	9,8%	16,9%	8,2%	-	15,2%	18,2%	16,6%	5,3%	0,0%	0,0%	0,0%	-	6,5%	11,8%	9,1%
Atuação atual da ERA a que pertence a sua USF	Muito insatisfeito	-	-	8,5%	5,6%	8,8%	4,7%	3,3%	2,2%	-	-	5,0%	0,0%	0,0%	2,2%	0,0%	2,3%
	Insatisfeito	-	-	21,1%	15,3%	19,6%	9,9%	7,2%	11,6%	-	-	20,0%	7,1%	0,0%	6,5%	5,9%	4,5%
	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	-	32,4%	22,2%	17,6%	21,6%	27,0%	26,5%	-	-	40,0%	50,0%	32,0%	15,2%	26,5%	15,9%
	Satisfeito	-	-	26,8%	37,5%	38,2%	44,4%	41,4%	40,9%	-	-	25,0%	35,7%	56,0%	54,3%	50,0%	47,7%
	Muito satisfeito	-	-	11,3%	19,4%	15,7%	19,3%	21,1%	18,8%			10,0%	7,1%	12,0%	21,7%	17,6%	29,5%

A3 (Por ARS- Continuação)

		ARS Norte								ARS Centro							
		09/11	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	09/11	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17
Atuação atual do DCARS a que pertence	Muito insatisfeito	-	-	-	-	35,0%	17,8%	11,3%	6,1%	-	-	-	-	4,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Insatisfeito	-	-	-	-	33,0%	27,2%	29,1%	26,1%	-	-	-	-	4,0%	11,6%	15,6%	25,6%
	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	-	-	-	16,5%	39,6%	42,4%	42,8%	-	-	-	-	28,0%	34,9%	37,5%	34,9%
	Satisfeito	-	-	-	-	13,6%	14,8%	17,2%	21,1%	-	-	-	-	52,0%	44,2%	37,5%	30,2%
	Muito satisfeito	-	-	-	-	1,9%	0,6%	0,0%	3,9%	-	-	-	-	12,0%	9,3%	9,4%	9,3%
Modo como decorreu a atividade da sua USF	Muito insatisfeito	6,3%	3,9%	0,0%	2,8%	1,9%	4,6%	5,3%	2,2%	0,0%	0,0%	10,5%	0,0%	4,0%	2,2%	2,9%	0,0%
	Insatisfeito	3,1%	5,9%	5,5%	5,6%	10,5%	8,1%	10,5%	9,4%	5,0%	0,0%	5,3%	14,3%	12,0%	10,9%	5,9%	4,5%
	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	4,7%	5,9%	5,5%	4,2%	3,8%	8,7%	2,6%	7,7%	5,0%	6,3%	5,3%	7,1%	8,0%	13,0%	5,9%	11,4%
	Satisfeito	57,8%	49,0%	42,5%	45,8%	49,5%	52,6%	55,9%	54,7%	75,0%	75,0%	36,8%	42,9%	48,0%	54,3%	70,6%	52,3%
	Muito satisfeito	28,1%	35,3%	46,6%	41,7%	34,3%	26,0%	25,7%	26,0%	15,0%	18,8%	42,1%	35,7%	28,0%	19,6%	14,7%	31,8%

A3 (Por ARS-continuação)

		ARS LVT								ARS Alentejo				ARS Algarve			
		09/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	09/10 a 13/14	14/15	15/16	16/17	09/10 a 13/14	2014/15	15/16	16/17
Momento atual da Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	0,0%	3,0%	0,0%	9,5%	19,6%	17,6%	10,4%	7,3%	-	12,5%	0,0%	14,3%	-	28,6%	0,0%	0,0%
	Insatisfeito	27,6%	18,2%	25,0%	47,6%	42,9%	63,5%	50,6%	33,3%	-	12,5%	50,0%	28,6%	-	57,1%	50,0%	45,5%
	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	10,3%	33,3%	21,9%	21,4%	17,9%	9,5%	24,7%	32,3%	-	37,5%	16,7%	14,3%	-	0,0%	20,0%	36,4%
	Satisfeito	55,2%	42,4%	46,9%	21,4%	17,9%	8,1%	14,3%	25,0%	-	25,0%	33,3%	42,9%	-	14,3%	20,0%	18,2%
	Muito satisfeito	6,9%	3,0%	6,3%	0,0%	1,8%	1,4%	0,0%	2,1%	-	12,5%	0,0%	0,0%	-	0,0%	10,0%	0,0%
Atuação atual da ARS a que pertence a sua USF na Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	16,7%	9,1%	9,4%	33,3%	50,0%	36,5%	37,7%	20,8%	-	14,3%	33,3%	28,6%	-	71,4%	60,0%	18,2%
	Nem insatisfeito	38,9%	57,6%	43,8%	38,1%	33,9%	47,3%	41,6%	44,8%	-	42,9%	0,0%	0,0%	-	28,6%	30,0%	45,5%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	30,6%	18,2%	31,3%	23,8%	10,7%	10,8%	18,2%	29,2%	-	14,3%	50,0%	42,9%	-	0,0%	0,0%	27,3%
	Satisfeito	11,1%	15,2%	15,6%	4,8%	5,4%	5,4%	1,3%	4,2%	-	28,6%	16,7%	28,6%	-	0,0%	10,0%	9,1%
	Muito satisfeito	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	1,0%	-	0,0%	0,0%	0,0%	-	0,0%	0,0%	0,0%
Atuação atual do seu ACES	Muito insatisfeito	10,5%	6,1%	6,3%	4,8%	-	5,4%	14,3%	8,3%	-	12,5%	16,7%	14,3%	-	14,3%	0,0%	0,0%
	Insatisfeito	21,1%	42,4%	28,1%	11,9%	-	18,9%	18,2%	16,7%	-	0,0%	16,7%	0,0%	-	42,9%	33,3%	54,5%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	21,1%	21,2%	12,5%	33,3%	-	27,0%	28,6%	25,0%	-	37,5%	16,7%	28,6%	-	28,6%	33,3%	18,2%
	Satisfeito	28,9%	12,1%	37,5%	38,1%	-	43,2%	31,2%	42,7%	-	37,5%	50,0%	57,1%	-	14,3%	22,2%	18,2%
	Muito satisfeito	18,4%	18,2%	15,6%	11,9%	-	5,4%	7,8%	7,3%	-	12,5%	0,0%	0,0%	-	0,0%	11,1%	9,1%

A3 (Por ARS-continuação)

		ARS LVT								ARS Alentejo				ARS Algarve			
		09/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	09/10 a 13/14	14/15	15/16	16/17	09/10 a 13/14	2014/15	15/16	16/17
Atuação atual da ERA a que pertence a sua USF	Muito insatisfeito	-	-	31,3%	33,3%	41,8%	35,1%	31,2%	16,8%	-	25,0%	16,7%	14,3%	-	33,3%	12,5%	0,0%
	Insatisfeito	-	-	15,6%	11,9%	21,8%	29,7%	24,7%	28,4%	-	12,5%	16,7%	14,3%	-	16,7%	37,5%	27,3%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	21,9%	28,6%	23,6%	25,7%	32,5%	38,9%	-	37,5%	66,7%	71,4%	-	50,0%	25,0%	9,1%
	Satisfeito	-	-	25,0%	21,4%	9,1%	9,5%	11,7%	13,7%	-	12,5%	0,0%	0,0%	-	0,0%	0,0%	18,2%
	Muito satisfeito	-	-	6,3%	4,8%	3,6%	0,0%	0,0%	2,1%	-	12,5%	0,0%	0,0%	-	0,0%	25,0%	45,5%
Atuação atual do DCARS a que pertence a sua USF	Muito insatisfeito	-	-	-	-	33,9%	29,2%	32,5%	15,1%	-	25,0%	33,3%	28,6%	-	28,6%	10,0%	10,0%
	Insatisfeito	-	-	-	-	33,9%	38,9%	31,2%	36,6%	-	37,5%	0,0%	28,6%	-	14,3%	20,0%	50,0%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	-	-	28,6%	29,2%	26,0%	45,2%	-	37,5%	66,7%	28,6%	-	28,6%	50,0%	20,0%
	Satisfeito	-	-	-	-	3,6%	2,8%	10,4%	2,2%	-	0,0%	0,0%	14,3%	-	28,6%	20,0%	20,0%
	Muito satisfeito	-	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	-	0,0%	0,0%	0,0%	-	0,0%	0,0%	0,0%
Modo como decorreu a atividade da sua USF	Muito insatisfeito	2,6%	0,0%	0,0%	2,4%	1,8%	4,1%	1,3%	1,0%	-	12,5%	0,0%	0,0%	-	0,0%	0,0%	0,0%
	Insatisfeito	10,5%	3,1%	0,0%	9,5%	5,5%	18,9%	19,5%	16,7%	-	12,5%	0,0%	14,3%	-	0,0%	20,0%	0,0%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	7,9%	9,4%	0,0%	2,4%	5,5%	8,1%	9,1%	12,5%	-	37,5%	33,3%	28,6%	-	28,6%	30,0%	18,2%
	Satisfeito	57,9%	56,3%	46,9%	42,9%	69,1%	55,4%	51,9%	51,0%	-	25,0%	50,0%	42,9%	-	71,4%	40,0%	63,6%
	Muito satisfeito	21,1%	31,3%	53,1%	42,9%	18,2%	13,5%	18,2%	18,8%	-	12,5%	16,7%	14,3%	-	0,0%	10,0%	18,2%

A4 (Por Modelo) – Satisfação em relação ao momento atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em termos gerais e em relação à atuação atual de algumas das estruturas envolvidas nesta reforma - Ministério da Saúde, ACSS, ARS, ACES, ERA, Departamento de Contratualização Regional e SPMS.

		2016/2017	
Em relação aos seguintes elementos considera-se, em termos gerais:		Modelo A (%)	Modelo B (%)
Momento atual da Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	9,3	5,0
	Insatisfeito	36,0	24,4
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	29,8	33,9
	Satisfeito	23,0	33,9
	Muito satisfeito	1,9	2,8
Modo como decorreu a atividade da sua USF até agora	Muito insatisfeito	2,5	0,6
	Insatisfeito	19,9	2,8
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	14,3	7,2
	Satisfeito	54,7	51,9
	Muito satisfeito	8,7	37,6
Em relação à atuação atual das seguintes entidades na Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, considera estar		Modelo A (%)	Modelo B (%)
Ministério da Saúde na Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	11,3	6,1
	Insatisfeito	36,9	30,6
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	38,8	46,1
	Satisfeito	12,5	16,1
	Muito satisfeito	0,6	1,1
Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) na Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	13,1	13,3
	Insatisfeito	41,9	42,5
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	35,6	35,9
	Satisfeito	8,8	8,3
	Muito satisfeito	0,6	0,0
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS)	Muito insatisfeito	21,3	20,0
	Insatisfeito	36,3	46,1
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	27,5	26,7
	Satisfeito	13,8	7,2
	Muito satisfeito	1,3	0,0
Direção-Geral da Saúde (DGS)	Muito insatisfeito	5,0	3,9
	Insatisfeito	21,3	19,0
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	41,3	43,0
	Satisfeito	30,6	29,6
	Muito satisfeito	1,9	4,5

A4 (Por Modelo- continuação)

Em relação à atuação atual das seguintes entidades na Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, considera estar		Modelo A (%)	Modelo B (%)
Administração Regional de saúde (ARS) a que pertence a sua USF na Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	11,3	13,9
	Insatisfeito	38,4	32,2
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	32,7	35,6
	Satisfeito	16,4	16,7
	Muito satisfeito	1,3	1,7
Atuação atual do Departamento de Contratualização Regional (DCARS)	Muito insatisfeito	8,3	8,3
	Insatisfeito	34,0	27,2
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	44,9	37,8
	Satisfeito	11,5	21,1
	Muito satisfeito	1,3	5,6
Equipa Regional de Apoio (ERA) a que acompanha a minha USF	Muito insatisfeito	6,9	6,1
	Insatisfeito	18,8	13,8
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	30,6	27,6
	Satisfeito	28,1	36,5
	Muito satisfeito	15,6	16,0
ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	5,6	3,9
	Insatisfeito	18,0	15,5
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	28,0	20,4
	Satisfeito	39,1	45,3
	Muito satisfeito	9,3	14,9
Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USF-AN)	Muito insatisfeito	2,6	2,2
	Insatisfeito	7,1	6,1
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	47,1	27,2
	Satisfeito	37,4	48,3
	Muito satisfeito	5,8	16,1
Coordenação para a reforma do SNS na área dos CSP *	Muito insatisfeito	7,5	3,9
	Insatisfeito	18,1	16,9
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	43,8	33,1
	Satisfeito	23,1	36,5
	Muito satisfeito	7,5	9,6

* Questão introduzida no estudo de 2016

A5 (Por Modelo e anos de análise) Satisfação em relação ao momento atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em termos gerais e em relação à atuação atual de algumas das estruturas envolvidas nesta reforma - Ministério da Saúde, ACSS, ARS, ACES, ERA, Departamento de Contratualização Regional e SPMS. (Série histórica)

		Modelo A								Modelo B							
		09/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	09/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17
Momento actual da Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	4,7%	5,8%	5,6%	22,0%	22,0%	17,1%	5,8%	9,3%	4,7%	5,8%	1,4%	8,0%	8,8%	10,8%	6,2%	5,0%
	Insatisfeito	23,4%	24,0%	44,4%	47,5%	45,1%	51,4%	46,0%	36,0%	23,4%	24,0%	21,1%	49,3%	44,7%	48,1%	35,9%	24,4%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	12,1%	18,3%	25,9%	22,0%	19,5%	17,8%	23,4%	29,8%	12,1%	18,3%	15,5%	13,3%	16,7%	15,2%	19,3%	33,9%
	Satisfeito	52,3%	47,1%	22,2%	6,8%	11,0%	13,0%	22,6%	23,0%	52,3%	47,1%	56,3%	29,3%	28,1%	22,2%	35,2%	33,9%
	Muito satisfeito	7,5%	4,8%	1,9%	1,7%	2,4%	0,7%	2,2%	1,9%	7,5%	4,8%	5,6%	0,0%	1,8%	3,8%	3,4%	2,8%
Actuação actual do Ministério da Saúde na Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	7,3%	11,7%	16,7%	27,6%	25,9%	33,1%	19,3%	11,3%	7,3%	11,7%	6,9%	22,7%	29,8%	34,6%	10,3%	6,1%
	Insatisfeito	27,1%	38,8%	46,3%	53,4%	54,3%	51,0%	38,5%	36,9%	27,1%	38,8%	43,1%	50,7%	42,1%	41,0%	44,8%	30,6%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	29,2%	25,2%	29,6%	15,5%	14,8%	14,5%	34,8%	38,8%	29,2%	25,2%	33,3%	20,0%	21,1%	18,6%	28,3%	46,1%
	Satisfeito	35,4%	23,3%	7,4%	3,4%	4,9%	1,4%	7,4%	12,5%	35,4%	23,3%	15,3%	6,7%	7,0%	5,8%	16,6%	16,1%
	Muito satisfeito	1,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	1,0%	1,0%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%
Actuação actual da ACSS na Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	-	-	14,8%	28,8%	32,1%	26,2%	22,2%	13,1%	-	-	11,1%	32,0%	37,7%	35,9%	22,1%	13,3%
	Insatisfeito	-	-	44,4%	44,1%	54,3%	45,5%	40,0%	41,9%	-	-	54,2%	44,0%	39,5%	38,5%	43,4%	42,5%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	33,3%	16,9%	11,1%	23,4%	30,4%	35,6%	-	-	23,6%	21,3%	18,4%	21,2%	28,3%	35,9%
	Satisfeito	-	-	7,4%	10,2%	2,5%	4,8%	6,7%	8,8%	-	-	9,7%	2,7%	3,5%	4,5%	6,2%	8,3%
	Muito satisfeito	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,6%	-	-	1,4%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%

A5 (Por Modelo e anos de análise – continuação)

		Modelo A								Modelo B							
		09/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	09/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17
Actuação actual da ARS a que pertence a sua USF na Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	12,6%	12,5%	11,1%	25,4%	31,7%	18,5%	22,1%	11,3%	12,6%	12,5%	16,7%	26,7%	35,1%	22,3%	22,8%	13,9%
	Insatisfeito	33,1%	39,4%	51,9%	42,4%	29,3%	34,9%	33,8%	38,4%	33,1%	39,4%	36,1%	44,0%	36,8%	33,8%	32,4%	32,2%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	25,2%	20,2%	27,8%	23,7%	26,8%	34,2%	30,1%	32,7%	25,2%	20,2%	29,2%	22,7%	17,5%	29,9%	26,2%	35,6%
	Satisfeito	25,2%	26,9%	9,3%	8,5%	12,2%	12,3%	12,5%	16,4%	25,2%	26,9%	16,7%	6,7%	9,6%	14,0%	17,2%	16,7%
	Muito satisfeito	3,9%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	1,3%	3,9%	1,0%	1,4%	0,0%	0,9%	0,0%	1,4%	1,7%
Actuação actual do seu ACES*	Muito insatisfeito	18,6%	20,2%	13,0%	11,9%	-	4,1%	8,1%	5,6%	18,6%	20,2%	15,5%	9,3%	-	5,7%	9,0%	3,9%
	Insatisfeito	26,4%	29,8%	25,9%	22,0%	-	19,3%	17,0%	18,0%	26,4%	29,8%	25,4%	12,0%	-	14,5%	20,0%	15,5%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	20,9%	20,2%	16,7%	27,1%	-	27,6%	27,4%	28,0%	20,9%	20,2%	16,9%	30,7%	-	23,9%	21,4%	20,4%
	Satisfeito	24,0%	19,2%	29,6%	32,2%	-	40,0%	35,6%	39,1%	24,0%	19,2%	29,6%	38,7%	-	42,8%	33,8%	45,3%
	Muito satisfeito	10,1%	10,6%	14,8%	6,8%	-	9,0%	11,9%	9,3%	10,1%	10,6%	12,7%	9,3%	-	13,2%	15,9%	14,9%
Actuação actual da ERA a que pertence a sua USF	Muito insatisfeito	-	-	20,4%	16,9%	19,8%	14,4%	11,1%	6,9%	-	-	8,5%	10,8%	15,6%	11,5%	11,3%	6,1%
	Insatisfeito	-	-	20,4%	13,6%	19,8%	18,5%	17,0%	18,8%	-	-	21,1%	14,9%	15,6%	10,8%	9,2%	13,8%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	25,9%	23,7%	17,3%	16,4%	23,7%	30,6%	-	-	32,4%	29,7%	27,5%	28,0%	33,8%	27,6%
	Satisfeito	-	-	24,1%	35,6%	35,8%	37,7%	31,9%	28,1%	-	-	28,2%	28,4%	28,4%	33,8%	32,4%	36,5%
	Muito satisfeito	-	-	9,3%	10,2%	7,4%	13,0%	16,3%	15,6%	-	-	9,9%	16,2%	12,8%	15,9%	13,4%	16,0%

A5 (Por Modelo e anos de análise – continuação)

		Modelo A								Modelo B							
		09/10	10/11	09/10	10/11	09/10	10/11	09/10	10/11	09/10	10/11	09/10	10/11	09/10	10/11	09/10	10/11
Atuação atual do Departamento de Contratações Regional a que pertence a sua USF	Muito insatisfeito	-	-	-	-	25,0%	14,8%	13,6%	8,3%	-	-	-	-	32,5%	21,4%	18,8%	8,3%
	Insatisfeito	-	-	-	-	35,0%	28,2%	28,8%	34,0%	-	-	-	-	28,1%	27,3%	25,7%	27,2%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	-	-	20,0%	42,3%	40,2%	44,9%	-	-	-	-	22,8%	31,2%	35,4%	37,8%
	Satisfeito	-	-	-	-	15,0%	13,4%	16,7%	11,5%	-	-	-	-	15,8%	18,2%	18,1%	21,1%
	Muito satisfeito	-	-	-	-	5,0%	1,4%	0,8%	1,3%	-	-	-	-	0,9%	1,9%	2,1%	5,6%
Atuação atual dos SPMS	Muito insatisfeito	-	-	-	-	58,8%	25,2%	26,9%	21,3%	-	-	-	-	51,8%	36,5%	29,2%	20,0%
	Insatisfeito	-	-	-	-	33,8%	42,0%	36,6%	36,3%	-	-	-	-	30,7%	35,9%	41,0%	46,1%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	-	-	6,3%	29,4%	30,6%	27,5%	-	-	-	-	16,7%	23,7%	22,2%	26,7%
	Satisfeito	-	-	-	-	1,3%	3,5%	6,0%	13,8%	-	-	-	-	0,9%	3,8%	7,6%	7,2%
	Muito satisfeito	-	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	-	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Atuação atual da USF-AN	Muito insatisfeito	2,4%	1,0%	0,0%	1,7%	1,3%	0,0%	1,5%	2,6%	2,4%	1,0%	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	2,2%	2,2%
	Insatisfeito	1,6%	5,2%	1,9%	5,1%	0,0%	3,0%	4,5%	7,1%	1,6%	5,2%	2,8%	2,8%	0,9%	1,9%	1,4%	6,1%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	37,6%	33,0%	18,9%	23,7%	26,3%	36,4%	47,7%	47,1%	37,6%	33,0%	8,3%	12,7%	10,1%	15,8%	19,4%	27,2%
	Satisfeito	36,0%	43,3%	67,9%	42,4%	45,0%	45,5%	34,8%	37,4%	36,0%	43,3%	54,2%	32,4%	24,8%	44,3%	35,3%	48,3%
	Muito satisfeito	22,4%	17,5%	11,3%	27,1%	27,5%	15,2%	11,4%	5,8%	22,4%	17,5%	34,7%	50,7%	64,2%	38,0%	41,7%	16,1%
Modo como decorreu a atividade da sua USF	Muito insatisfeito	0,0%	2,4%	3,7%	1,7%	4,9%	4,8%	4,5%	2,5%	7,7%	1,6%	0,0%	2,7%	0,0%	3,1%	2,8%	0,6%
	Insatisfeito	7,8%	2,4%	9,3%	17,2%	20,7%	19,7%	17,2%	19,9%	4,6%	4,9%	0,0%	1,3%	1,8%	3,1%	8,3%	2,8%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	9,4%	9,8%	7,4%	5,2%	8,5%	12,2%	10,4%	14,3%	4,6%	4,9%	1,4%	2,7%	1,8%	8,2%	2,8%	7,2%
	Satisfeito	60,9%	65,9%	50,0%	44,8%	47,6%	50,3%	52,2%	54,7%	60,0%	49,2%	37,5%	45,3%	60,2%	57,2%	58,6%	51,9%
	Muito satisfeito	21,9%	19,5%	29,6%	31,0%	18,3%	12,9%	15,7%	8,7%	23,1%	39,3%	61,1%	48,0%	36,3%	28,3%	27,6%	37,6%

* Por erro informático não foi colocada em 2013/2014

A6 (Por ano de início de funções) – Satisfação em relação ao momento atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em termos gerais e em relação à atuação atual de algumas das estruturas envolvidas nesta reforma - Ministério da Saúde, ACSS, ARS, ACES, ERA, Departamento de Contratualização Regional e SPMS. (respostas agrupadas por ano de início de funções)

Em relação aos seguintes elementos, e de uma forma geral, considera estar		2006	2009	2011	2012	2014	2016
Momento atual da Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	9,4	2,2	10,0	17,4	9,1	8,7
	Insatisfeito	25,0	37,8	26,7	30,4	31,8	47,8
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	34,4	24,4	30,0	17,4	27,3	26,1
	Satisfeito	31,3	33,3	30,0	30,4	22,7	8,7
	Muito satisfeito	0,0	2,2	3,3	4,3	9,1	8,7
Modo como decorreu a atividade da sua USF, de um modo geral	Muito insatisfeito	3,1	0,0	3,3	0,0	0,0	4,3
	Insatisfeito	9,4	6,7	10,0	29,2	9,1	8,7
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	0,0	15,6	3,3	4,2	13,6	4,3
	Satisfeito	50,0	55,6	66,7	58,3	45,5	69,6
	Muito satisfeito	37,5	22,2	16,7	8,3	31,8	13,0
Atuação atual do MS na Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	15,6	2,2	10,0	20,8	9,1	13,0
	Insatisfeito	21,9	37,8	33,3	33,3	31,8	39,1
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	50,0	44,4	33,3	33,3	40,9	34,8
	Satisfeito	12,5	15,6	16,7	12,5	13,6	13,0
	Muito satisfeito	0,0	0,0	6,7	0,0	4,5	0,0
Atuação atual da ACSS na Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	12,5	2,2	6,7	29,2	18,2	13,0
	Insatisfeito	46,9	51,1	46,7	33,3	36,4	47,8
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	28,1	44,4	33,3	29,2	31,8	30,4
	Satisfeito	12,5	2,2	13,3	8,3	9,1	8,7
	Muito satisfeito	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	0,0

A6 (Por ano de início de funções - continuação)

Em relação aos seguintes elementos, e de uma forma geral, considera estar		2006	2009	2011	2012	2014	2016
Atuação atual da ARS a que pertence a sua USF na Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	21,9	11,4	3,3	20,8	0,0	4,3
	Insatisfeito	34,4	29,5	36,7	33,3	50,0	47,8
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	37,5	40,9	36,7	25,0	31,8	30,4
	Satisfeito	3,1	18,2	20,0	20,8	18,2	17,4
	Muito satisfeito	3,1	0,0	3,3	0,0	0,0	0,0
Atuação atual da ERA a que pertence a sua USF	Muito insatisfeito	12,5	2,2	6,7	4,2	9,1	8,7
	Insatisfeito	21,9	22,2	26,7	29,2	13,6	0,0
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	25,0	31,1	33,3	12,5	36,4	13,0
	Satisfeito	31,3	37,8	23,3	41,7	18,2	39,1
	Muito satisfeito	9,4	6,7	10,0	12,5	22,7	39,1
Atuação atual do Departamento de Contratualização Regional a que pertence a sua USF	Muito insatisfeito	12,5	2,2	6,7	25,0	4,5	13,6
	Insatisfeito	25,0	42,2	30,0	29,2	27,3	36,4
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	43,8	31,1	46,7	37,5	54,5	27,3
	Satisfeito	12,5	24,4	13,3	8,3	13,6	18,2
	Muito satisfeito	6,3	0,0	3,3	0,0	0,0	4,5
Atuação atual dos SPMS	Muito insatisfeito	25,0	11,4	20,0	29,2	27,3	17,4
	Insatisfeito	40,6	45,5	43,3	25,0	31,8	52,2
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	21,9	34,1	26,7	29,2	36,4	13,0
	Satisfeito	12,5	9,1	10,0	12,5	0,0	17,4
	Muito satisfeito	0,0	0,0	0,0	4,2	4,5	0,0
Atuação atual da USF-AN	Muito insatisfeito	6,3	2,2	0,0	0,0	0,0	5,3
	Insatisfeito	3,1	4,4	10,3	0,0	4,5	0,0
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	18,8	37,8	37,9	62,5	31,8	57,9
	Satisfeito	53,1	42,2	37,9	33,3	54,5	31,6
	Muito satisfeito	18,8	13,3	13,8	4,2	9,1	5,3

Como já dito, verificam-se **nuances regionais** (muitas delas em linha com os anos anteriores) na satisfação com estruturas das regiões e com a reforma dos CSP em geral (neste capítulo só se analisam os dados relativos a estruturas regionais e não a estruturas centrais). Em relação à reforma dos CSP, os coordenadores das USF da ARS Centro surgem como os mais satisfeitos e o Alentejo com uma situação mais bipolarizada, com a maior percentagem de satisfeitos de todas as ARS, mas também com a maior de muito insatisfeitos.

No que se refere à **atividade da própria USF** é a ARS do Centro a que tem os coordenadores mais satisfeitos, seguida de muito perto pela ARS do Norte e do Algarve, esta com particularidade de não ter coordenadores insatisfeitos ou muito insatisfeitos.

Quanto à satisfação com a atuação da respetiva **ARS**, são as do Norte as menos insatisfeitas, mas todas, com exceção do Alentejo (novamente com uma situação bipolarizada), têm mais coordenadores insatisfeitos do que satisfeitos. Na evolução ao longo dos anos, todas melhoram com mais satisfação do que ano anterior (com exceção da ARS do Centro), mas é também a ARS do Norte que regista uma evolução mais positiva a par da ARS do Algarve.

Quanto aos **Departamentos de Contratualização**, os coordenadores da ARS Centro são os mais satisfeitos, inclusive com mais coordenadores satisfeitos do que insatisfeitos, o que não se verifica em mais nenhuma outra ARS, seguindo-se a ARS Norte (que tem também, junto com a ARS LVT, a evolução mais positiva desde o ano passado).

Nas **Equipas Regionais de Apoio (ERA)** a situação é semelhante, mas com as estas duas ARS - Centro e Norte – assim como o Algarve com mais coordenadores satisfeitos do que insatisfeitos, mas é a ARS do Algarve que tem a maior percentagem de coordenadores muito satisfeitos (45,5%), assim como a evolução mais positiva em relação ao ano transato, seguindo-se a ARS de LVT e Centro.

Em relação aos **ACES**, a satisfação parece ser alta em todas com exceção dos ACES da ARS do Algarve, a única que tem mais coordenadores insatisfeitos do que satisfeitos. Desde o ano passado, a evolução foi mais positiva na ARS do Centro, LVT e Alentejo e piorou muito na ARS do Algarve.

Não há diferenças praticamente na satisfação com a Reforma e as entidades governamentais centrais, regionais e locais **entre modelos de USF**. A exceção é na satisfação com o momento atual da reforma, a atuação da USF-AN e a Coordenação para a Reforma do SNS na área dos

CSP, em que os coordenadores das USF modelo B estão claramente mais satisfeitos. Em relação à atividade da própria USF, as USF Modelo B estão também mais satisfeitas (37,6% muito satisfeitas nas B contra 8,7% nas A). Quanto à evolução por anos nos dois modelos há uma evolução positiva genérica desde o ano passado, com exceção da satisfação das USF do Modelo B com a respetiva ARS.

Centrando a análise por **ano de início de funções**, as USF mais antigas tendem a ter níveis de satisfação com as estruturas regionais mais baixos do que as mais recentes, quer com a própria ARS, mas principalmente com as Equipas Regionais de Apoio (ERA) e menos com os DCARS - Departamentos de Contratualização. As USF mais antigas tendem a ter níveis de satisfação superiores em relação à USF-AN.

B. IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES

Nesta secção são, primeiro, apresentados os resultados de toda a amostra correspondentes a todas as USF do País e depois os resultados por ARS sobre os problemas que carecem de resolução nas USF, ordenados do considerado mais importante para o considerado menos importante.

Resultados de todo o País.

B1 (Geral) – Quais são os principais problemas que carecem de resolução nas USF e nos Cuidados de Saúde Primários portugueses? (Cotação entre 1 - menos importante para ser resolvido e 5 - mais importante)

Quais são os principais problemas que carecem de resolução nas USF					
	Média	Máximo	Mínimo	Mediana	Desvio Padrão
Equipamentos informáticos (que inclui Software e Hardware que se isolaram para saber qual o que representa um problema maior)	4,3	5	1	5	0,94
Software – programas informáticos de apoio à atividade e de registo	4,39	5	1	5	0,93
Hardware – computadores, monitores, por ex.	4,24	5	1	5	0,99
Sistemas de Informação	4,28	5	1	5	0,95
Incentivos Institucionais	4,2	5	1	5	1,05
Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	4,09	5	1	4	0,94
Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	3,99	5	1	4	0,94
Contratualização	3,95	5	1	4	0,93
Incentivos Financeiros	3,86	5	1	4	1,2
Acesso a informação importante para a tomada de decisões	3,84	5	1	4	1,05
Implementação da Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar	3,84	5	1	4	1,04

B1 (Geral- continuação)

Quais são os principais problemas que carecem de resolução nas USF					
	Média	Máximo	Mínimo	Mediana	Desvio Padrão
Mobilidade dos Profissionais para a USF	3,7	5	1	4	1,3
Formação	3,68	5	1	4	0,99
Instalações	3,64	5	1	4	1,19
Atividades Específicas	3,48	5	1	4	1,16
Comunicação do ACES para a USF	3,48	5	1	4	1,18
Inscrição de novos utentes/utentes "adormecidos"	3,47	5	1	4	1,31
Atendimento de utentes "esporádicos" / realização de atos esporádicos]	3,43	5	1	4	1,33
Relacionamento com o Diretor Executivo dos ACES	3,38	5	1	4	1,25
Articulação com outras unidades do ACES]	3,23	5	1	3	1,13
Acesso a programa de Acreditação	3,18	5	1	3	1,18
Contratos precários com os profissionais	3,08	5	1	3	1,54
Carteiras Adicionais	3,01	5	1	3	1,15
Método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais	2,81	5	1	3	1,51
Integração de USF em Unidades Locais de Saúde	2,36	5	1	2	1,32

Os principais problemas nos Cuidados de saúde primários e nas USF a necessitar de resolução referidos pelos coordenadores das USF têm vindo a evoluir ao longo dos anos¹⁷. O quadro seguinte (repetição do apresentado na secção dos resultados) apresenta a evolução dos problemas considerados mais relevantes pelos coordenadores de todas as unidades do País nos últimos 6 anos. Nos cinco problemas mais relevantes, vemos que os sistemas de informação têm sido o problema mais relevante, mas na avaliação do ano passado foi considerado como o 4º mais importante, retomando uma posição de destaque neste ano como o 2º problema mais importante. A primeira posição na atual avaliação, como problema

¹⁷ Ver Secção B - Identificação de Necessidades.

mais importante a carecer de resolução, passou a ser ocupada pelos equipamentos informáticos (e dentro destes o maior problema é o software). Na 3ª posição surgem os incentivos institucionais que têm ocupado sempre esta faixa de priorização entre a 2ª e a 4ª posição. A contratualização esteve 2 anos na 3ª posição, mas desde há dois anos que ocupa a 5ª posição e este ano saiu mesmo da lista dos cinco problemas mais importantes. Os outros equipamentos para além dos informáticos, nomeadamente os clínicos, passaram da primeira posição o ano passado para a 5ª neste ano. É de destacar a entrada do problema “Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico” para o quarto problema mais importante a resolver e a saída de cena do Top Cinco do “Relacionamento com os Diretores Executivos dos ACES”. No entanto, vendo os problemas seguintes aos cinco principais, temos por ordem decrescente de importância a “Contratualização”, os “Incentivos Financeiros”, o “Acesso a informação importante para a tomada de decisões”, a “Implementação da Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar”, a “Mobilidade dos Profissionais para a USF” e a “Formação”, este último problema ainda com uma pontuação alta, de 3,68 numa escala de 1 (menos importante) até 5.

B2 (Geral) – Quais são os principais problemas que carecem de resolução nas USF e nos Cuidados de Saúde Primários portugueses? (Cotação entre 1 - menos importante para ser resolvido e 5 - mais importante) Os cinco problemas principais ao longo dos anos.

	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017
1º Problema mais relevante	Sistemas de informação	Sistemas de informação	Sistemas de informação	Sistemas de informação	Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	Equipamentos informáticos Software – programas informáticos de apoio à atividade e de registo) (4,39) Hardware – computadores, monitores, por ex.) (4,24)
(média)	(4,5)	(4,7)	(4,5)	(4,28)	(4,48)	(4,3)
2º Problema mais relevante	Recursos humanos/contratos precários	Recursos humanos/contratos precários	Incentivos institucionais	Equipamentos informáticos	Relacionamento com os Diretores Executivos dos ACES	Sistemas de Informação
(média)	(4,5)	(4,6)	(4,1)	(4,14)	(4,47)	(4,28)
3º Problema mais relevante	Remunerações relativas às actividades específicas*	Contratualização	Contratualização	Incentivos institucionais	Equipamentos informáticos	Incentivos Institucionais
(média)	(4,4)	(4,5)	(4,0)	(3,95)	(4,36)	(4,2)
4º Problema mais relevante	Incentivos institucionais	Incentivos institucionais	Equipamentos	Outros equipamentos, além dos informáticos	Sistemas de Informação	Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico
(média)	(4,2)	(4,4)	(3,9)	(3,85)	(4,2)	4,09
5º Problema mais relevante	Incentivos financeiros	Incentivos financeiros	Incentivos financeiros	Contratualização	Contratualização	Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos
(média)	(4,2)	(4,4)	(3,8)	(3,78)	(3,98)	3,99

Nota: quanto aos equipamentos, a partir do estudo de 2013/2014, estes foram divididos em “equipamentos informáticos” e “Outros equipamentos além dos informáticos” e depois em 2016/2017 os informáticos em “Software” e “Hardware” (que, no entanto, se mantiveram no mesmo item mas com pontuações individualizadas)

Perguntou-se, ainda, aos coordenadores em questão aberta: **quais outros problemas, para além dos mencionados, que carecem de resolução nas USF?**

O total de respostas foi analisado, configurando-se em seis categorias e cinco subcategorias referentes ao primeiro grupo. São elas:

Categorias:

1. Instalações
2. Informática
3. Sistema Telefónico
4. Equipamentos e materiais de trabalho
5. Registro Biométrico de Assiduidade
6. Autonomia da USF
7. Contratualização
8. Rede/Relações Intersectoriais
9. Processos de trabalho
10. Relações com a Comunidade
11. Recursos Financeiros/ Incentivos Institucionais
12. Recursos Humanos

Os comentários referentes a cada categoria foram sistematizados no quadro a seguir.

B3 (Geral)- Lista de outros problemas que carecem de resolução nas USF por categorias

Categorias	Problemas que carecem de resolução
Instalações	- Inadequação da estrutura física. Relativo a falta de espaços físicos adequados nas instalações existentes das USF. Dentre os espaços destacam-se a necessidade de obras de alargamento das unidades, necessidades de novas salas para os profissionais de saúde, espaços para reuniões e atividades formativas da equipa de saúde. Há uma referência ao espaço externo à unidade, numa referência a estacionamento para os automóveis dos profissionais. Há reflexões acerca de obras com garantias de acessibilidades aos utentes, sobretudo para as pessoas com incapacidade ou dificuldade locomotora. No que se refere às melhorias dos espaços e instalações há referências acerca da demora para a concretização das obras de melhorias. Alguns respondentes mencionam ainda que a demora para atividades de melhorias e de manutenção degradam ainda mais o espaço da unidade de saúde.
Informática	- Os respondentes manifestam insatisfação com o software utilizado. - Ausência de computadores e equipamentos informáticos como impressoras. - Existência de computadores obsoletos. - Má eficiência dos recursos tecnológicos com componentes e equipamentos eletrónicos que não dialogam entre si, o que supostamente otimizará o processo de trabalho realizado. - Atualizações de software realizadas por profissionais que não são os utilizadores dos produtos. Tal manifestação sugere certa fragilidade nos diálogos entre os profissionais de saúde e a equipe programadora
Sistema Telefónico	- A melhoria da rede telefónica, supostamente pretendida com a aquisição de uma central telefónica. - O recurso de um sistema telefónico adequado é indicado como relevante uma vez que garante uma melhoria dos serviços prestados a população
Equipamentos e Materiais de Trabalho	- A existência de um automóvel com maior flexibilidade e disponibilidade de utilização. - Manutenção e calibragem de equipamentos médicos e de enfermagem necessários para as consultas aos utentes. - Ausência de materiais indispensáveis às consultas.
Registro Biométrico de Assiduidade	- Sensação /sentimento de que o ponto biométrico não serve como ferramenta eficiente de controlo de assiduidade dos profissionais.
Autonomia da USF	- Sentimento de redução da autonomia do coordenador.
Contratualização	- Sentimento de preocupação e dúvida acerca da nova contratualização.
Rede/ Relações Intersectoriais	- Fragilidades na relação intersectorial e interinstitucional.
Processos de Trabalho	- Sentimento de sobrecarga de trabalho devido a lista extensa lista de utentes. -Aspetos como acesso à saúde dos emigrantes e a limpeza do espaço físico foram mencionados, porém sem detalhe.
Relações com a Comunidade	- Necessidade de maior relação com a comunidade.
Recursos Financeiros/ Incentivos Institucionais	- Dificuldade na utilização dos recursos financeiros referentes aos incentivos institucionais.

Recursos Humanos	- Falta de profissionais de todas as categorias: médicos, enfermeiros e secretários clínicos. - Necessidade de melhor formação para secretários clínicos - Problemas com a mobilidade/ rotatividade dos profissionais - Necessidade de trabalhar aspectos relativos a motivação da equipe /RH. - Barreiras burocráticas do setor de Recursos Humanos que não torna possível a contratação de novos profissionais e/ou profissionais temporários em casos de licenças prolongadas. - Sobrecarga de trabalho e desmotivação dos profissionais.
------------------	---

Como alternativa de representação visual dos elementos identificados pelos respondentes optou-se pelo recurso à Nuvem de Palavras, aqui desenvolvida por meio site: www.wordle.net.

A escolha deste design como possibilidade acessória e ilustrativa da questão aberta dá-se pelo seu componente visual. Nesse sentido, pedimos que o leitor se dedique a perceber a dimensão que cada palavra ou expressão ganha na gravura.

O recurso visual torna-se um elemento comunicador. Nele o tamanho informa os elementos mais referenciados pelos coordenadores, uma vez que as suas respostas foram incluídas *ipsi literi* à aplicação sem qualquer tratamento dos autores deste estudo.

As interpretações e inferências possíveis, e aqui permitidas com vasto grau de subjetividade, são convidadas a serem exploradas e reveladas. O primeiro plano oferece o destaque da palavra “*profissionais*” na gravura da nuvem. No âmbito da história e do contexto da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal pode-se sugerir que nada seria mais lógico que isto. Se a proposta surgiu como “de baixo para cima” promovendo a autonomia dos trabalhadores, são eles a força motriz. Os agentes das mudanças.

Na sequência, na miscelânea das cores e das expressões, o segundo plano oferece termos como: *sentimento, espaço, saúde, utentes, necessidades, trabalho, equipe, consultas, equipamentos*, etc. Palavras com grande obviedade e relação com os atributos dos cuidados de saúde primários. Na semântica da análise temos os recursos essenciais em destaque: os Humanos (*profissionais, equipe, utentes*) e os Materiais (*espaço, trabalho, consultas e equipamentos*), e *necessidades* fundamentais na busca de uma melhor condição de *saúde*, para quem cuida e para quem é cuidado.



Segue-se a priorização dos problemas analisados por ARS

ARS NORTE

B4 (Por ARS) – Quais são os principais problemas que carecem de resolução nas USF e nos Cuidados de Saúde Primários portugueses? (Cotação entre 1 - menos importante para ser resolvido e 5 - mais importante)

Quais são os principais problemas que carecem de resolução nas USF					
	Média	Máximo	Mínimo	Mediana	Desvio Padrão
Sistemas de Informação	4,30	5	1	5	0,92
Equipamentos informáticos (que inclui Software e Hardware que se isolaram para saber qual o que representa um problema maior)	4,28	5	1	5	0,92
Hardware – computadores, monitores, por ex.)	4,49	5	1	5	0,83
Software – programas informáticos de apoio à atividade e de registo	4,18	5	1	4	0,98
Incentivos Institucionais	4,27	5	1	5	1,03
Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	4,12	5	1	4	0,96
Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	4,04	5	1	4	0,93
Incentivos Financeiros	4,00	5	1	4	1,14
Contratualização	3,95	5	1	4	0,94
Implementação da Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar	3,81	5	1	4	1,13
Mobilidade dos Profissionais para a USF	3,79	5	1	4	1,31
Acesso a informação importante para a tomada de decisões	3,79	5	1	4	1,14
Formação	3,70	5	1	4	1,00
Instalações	3,59	5	1	4	1,20
Atividades Específicas	3,57	5	1	4	1,14
Inscrição de novos utentes/utentes “adormecidos”	3,43	5	1	4	1,37
Comunicação do ACES para a USF	3,37	5	1	3	1,29

B4 (Por ARS- Continuação)**Quais são os principais problemas que carecem de resolução nas USF**

	Média	Máximo	Mínimo	Mediana	Desvio Padrão
Relacionamento com o Diretor Executivo dos ACES	3,34	5	1	4	1,30
Atendimento de utentes “esporádicos”/ realização de atos esporádicos]	3,33	5	1	4	1,42
Acesso a programa de Acreditação	3,29	5	1	3	1,25
Contratos precários com os profissionais	3,22	5	1	3	1,51
Articulação com outras unidades do ACES]	3,17	5	1	3	1,19
Carteiras Adicionais	3,02	5	1	3	1,22
Método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais	2,34	5	1	2	1,43
Integração de USF em Unidades Locais de Saúde	2,32	5	1	2	1,36

ARS CENTRO

B5 (Por ARS) – Quais são os principais problemas que carecem de resolução nas USF e nos Cuidados de Saúde Primários portugueses? (Cotação entre 1 - menos importante para ser resolvido e 5 - mais importante)

Quais são os principais problemas que carecem de resolução nas USF					
	Média	Máximo	Mínimo	Mediana	Desvio Padrão
Sistemas de Informação	4,19	5	1	5	1,11
Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	4,16	5	1	4	1,10
Equipamentos informáticos que inclui Software e Hardware que se isolaram para saber qual o que representa um problema maior)	4,09	5	1	4,5	1,14
Hardware – computadores, monitores, por ex.)	4,16	5	2	5	1,13
Software – programas informáticos de apoio à atividade e de registo	4,05	5	1	4	1,15
Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	4,00	5	2	4	0,93
Incentivos Institucionais	4,00	5	1	4	1,18
Implementação da Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar	3,98	5	1	4	0,99
Formação	3,93	5	2	4	0,84
Instalações	3,93	5	1	4	1,05
Contratualização	3,86	5	1	4	0,94
Acesso a informação importante para a tomada de decisões	3,86	5	1	4	1,05
Atendimento de utentes “esporádicos” / realização de atos esporádicos]	3,70	5	1	4	1,32
Comunicação do ACES para a USF	3,70	5	1	4	1,04
Incentivos Financeiros	3,68	5	1	4	1,37
Atividades Específicas	3,57	5	1	4	1,13

B5 (Por ARS- continuação)**Quais são os principais problemas que carecem de resolução nas USF**

	Média	Máximo	Mínimo	Mediana	Desvio Padrão
Inscrição de novos utentes/utentes "adormecidos"	3,44	5	1	3	1,39
Articulação com outras unidades do ACES]	3,40	5	1	3	1,04
Mobilidade dos Profissionais para a USF	3,38	5	1	3	1,29
Método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais	3,28	5	1	3	1,55
Relacionamento com o Diretor Executivo dos ACES	3,26	5	1	3	1,08
Acesso a programa de Acreditação	3,14	5	1	3	1,27
Carteiras Adicionais	3,05	5	1	3	1,15
Contratos precários com os profissionais	2,85	5	1	3	1,62
Integração de USF em Unidades Locais de Saúde	2,30	5	1	2	1,30

ARS LVT

B6 (Por ARS) – Quais são os principais problemas que carecem de resolução nas USF e nos Cuidados de Saúde Primários portugueses? (Cotação entre 1 - menos importante para ser resolvido e 5 - mais importante)

Quais são os principais problemas que carecem de resolução nas USF					
	Média	Máximo	Mínimo	Mediana	Desvio Padrão
Equipamentos informáticos (que inclui Software e Hardware que se isolaram para saber qual o que representa um problema maior)	4,56	5	1	5	0,75
Hardware – computadores, monitores, por ex.)	4,52	5	1	5	0,83
Software – programas informáticos de apoio à atividade e de registo	4,45	5	1	5	0,88
Sistemas de Informação	4,37	5	1	5	0,94
Incentivos Institucionais	4,24	5	1	5	1,00
Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	4,05	5	1	4	0,80
Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	3,98	5	1	4	0,94
Implementação da Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar	3,95	5	2	4	0,86
Contratualização	3,94	5	1	4	0,83
Acesso a informação importante para a tomada de decisões	3,88	5	1	4	0,86
Incentivos Financeiros	3,77	5	1	4	1,21
Mobilidade dos Profissionais para a USF	3,72	5	1	4	1,26
Instalações	3,68	5	1	4	1,16
Inscrição de novos utentes/utentes “adormecidos”	3,62	5	1	4	1,18
Formação	3,56	5	1	4	1,05

B6 (Por ARS - Continuação)**Quais são os principais problemas que carecem de resolução nas USF**

	Média	Máximo	Mínimo	Mediana	Desvio Padrão
Atendimento de utentes “esporádicos” / realização de atos esporádicos]	3,56	5	1	4	1,08
Comunicação do ACES para a USF	3,55	5	1	4	1,03
Método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais	3,52	5	1	4	1,31
Relacionamento com o Diretor Executivo dos ACES	3,42	5	1	4	1,23
Atividades Específicas	3,32	5	1	3	1,20
Articulação com outras unidades do ACES]	3,29	5	1	3	1,03
Acesso a programa de Acreditação	3,06	5	1	3	1,00
Carteiras Adicionais	2,99	5	1	3	1,03
Contratos precários com os profissionais	2,88	5	1	3	1,49
Integração de USF em Unidades Locais de Saúde	2,57	5	1	3	1,28

ARS ALENTEJO

B7 (Por ARS) – Quais são os principais problemas que carecem de resolução nas USF e nos Cuidados de Saúde Primários portugueses? (Cotação entre 1 - menos importante para ser resolvido e 5 - mais importante)

Quais são os principais problemas que carecem de resolução nas USF					
	Média	Máximo	Mínimo	Mediana	Desvio Padrão
Acesso a informação importante para a tomada de decisões	4,17	5	3	4	0,69
Relacionamento com o Diretor Executivo dos ACES	4,00	5	2	4	1,00
Comunicação do ACES para a USF	3,86	5	2	4	1,25
Sistemas de Informação	3,83	4	3	4	0,37
Formação	3,71	5	3	4	0,70
Equipamentos informáticos (que inclui Software e Hardware que se isolaram para saber qual o que representa um problema maior)	3,71	5	1	4	1,28
Hardware – computadores, monitores, por ex.)	3,57	5	2	3	1,05
Software – programas informáticos de apoio à atividade e de registo	3,43	5	2	4	1,05
Incentivos Institucionais	3,67	5	2	4	0,94
Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	3,67	5	3	3,5	0,75
Contratualização	3,57	5	1	4	1,29
Carteiras Adicionais	3,50	4	3	3,5	0,50
Hardware – computadores, monitores, por ex.)	3,43	5	2	4	1,05
Mobilidade dos Profissionais para a USF	3,40	4	3	3	0,49
Incentivos Financeiros	3,33	4	2	3,5	0,75
Atividades Específicas	3,33	4	2	3,5	0,75
Atendimento de utentes “esporádicos”/ realização de atos esporádicos]	3,33	4	2	4	0,94
Implementação da Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar	3,33	4	3	3	0,47

B7 (Por ARS- continuação)**Quais são os principais problemas que carecem de resolução nas USF**

	Média	Máximo	Mínimo	Mediana	Desvio Padrão
Contratos precários com os profissionais	3,25	5	1	3,5	1,48
Articulação com outras unidades do ACES]	3,17	5	1	3,5	1,34
Inscrição de novos utentes/utentes "adormecidos"	3,17	4	1	4	1,21
Instalações	3,14	5	1	3	1,55
Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	3,14	5	2	3	0,83
Método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais	2,71	5	1	3	1,16
Acesso a programa de Acreditação	2,33	4	1	2,5	1,11
Integração de USF em Unidades Locais de Saúde	2,33	3	2	2	0,47

ARS ALGARVE

B8 (Por ARS) – Quais são os principais problemas que carecem de resolução nas USF e nos Cuidados de Saúde Primários portugueses? (Cotação entre 1 - menos importante para ser resolvido e 5 - mais importante)

Quais são os principais problemas que carecem de resolução nas USF					
	Média	Máximo	Mínimo	Mediana	Desvio Padrão
Contratualização	4,40	5	2	5	1,02
Incentivos Institucionais	3,90	5	1	4	1,14
Sistemas de Informação	3,90	5	2	4	1,14
Acesso a informação importante para a tomada de decisões	3,90	5	2	4	1,14
Equipamentos informáticos (que inclui Software e Hardware que se isolaram para saber qual o que representa um problema maior)	3,82	5	2	4	1,11
Hardware – computadores, monitores, por ex.)	4,00	5	2	4	1,13
Software – programas informáticos de apoio à atividade e de registo	3,73	5	2	4	1,21
Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	3,80	5	2	4	0,87
Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	3,73	5	2	4	1,14
Formação	3,55	5	2	3	1,08
Relacionamento com o Diretor Executivo dos ACES	3,50	5	2	3,5	1,20
Instalações	3,45	5	1	3	1,37
Comunicação do ACES para a USF	3,45	5	2	4	1,08
Contratos precários com os profissionais	3,44	5	1	4	1,77
Incentivos Financeiros	3,30	5	1	3,5	1,27
Mobilidade dos Profissionais para a USF	3,30	5	1	3	1,55
Acesso a programa de Acreditação	3,27	5	2	3	1,05

B8 (Por ARS- continuação)**Quais são os principais problemas que carecem de resolução nas**

	Média	Máximo	Mínimo	Mediana	Desvio Padrão
Implementação da Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar	3,20	5	1	3	1,08
Articulação com outras unidades do ACES]	3,00	5	1	3	1,18
Inscrição de novos utentes/utentes "adormecidos"	3,00	4	1	3,5	1,18
Atividades Específicas	2,90	5	1	2,5	1,30
Atendimento de utentes "esporádicos" / realização de atos esporádicos]	2,89	5	1	3	1,52
Carteiras Adicionais	2,60	5	1	2,5	1,20
Integração de USF em Unidades Locais de Saúde	1,67	3	1	1	0,82
Método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais	1,56	4	1	1	1,07

B9 (Geral e Por ARS) Comparação entre ARS e Geral dos cinco primeiros problemas. Quais são os principais problemas que carecem de resolução nas USF e nos Cuidados de Saúde Primários portugueses?

Geral	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve
Equipamentos informáticos)	Sistemas de Informação	Sistemas de Informação	Equipamentos informáticos	Acesso a informação importante para a tomada de decisões	Contratualização
Sistemas de Informação	Equipamentos informáticos	Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	Sistemas de Informação	Relacionamento com o Diretor Executivo dos ACES	Incentivos Institucionais
Incentivos Institucionais	Incentivos Institucionais	Equipamentos informáticos	Incentivos Institucionais	Comunicação do ACES para a USF	Sistemas de Informação
Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	Sistemas de Informação	Acesso a informação importante para a tomada de decisões
Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	Incentivos Institucionais	Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	Formação	Equipamentos informáticos

A nível regional existem diferenças. Na ARS Norte os cinco principais problemas são os mesmos do que a nível nacional, ainda que por uma ordem ligeiramente diferente, assumindo os sistemas de informação o lugar de principal problema. No entanto, se se avaliar o desdobramento das pontuações dos equipamentos informáticos é o software que tem a pontuação mais elevada (4,49 num máximo de 5). No Centro mantêm-se os mesmos cinco problemas, sendo novamente os sistemas de informação o problema mais importante, mas Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico surge como o segundo problema mais importante. Em LVT, o alinhamento dos problemas é o mesmo da totalidade dos respondentes. Já na ARS do Alentejo, o conjunto dos cinco primeiros problemas é totalmente diferente, só se mantendo os sistemas de informação e na 4ª posição, o problema mais importante é o acesso a informação importante para a tomada de decisões e depois o

relacionamento com o Diretor Executivo do ACES e a comunicação do ACES com a USF; em último, surge a formação. Na ARS do Algarve, são também algumas as diferenças com a Contratualização a assumir o lugar mais importante e o acesso a informação importante para a tomada de decisões na 4ª posição.

A única área que surge nas cinco ARS são os sistemas de informação.

Em outro modelo de questão aberta solicitou-se aos coordenadores que **indicassem as três principais áreas que alterariam para melhorar o funcionamento das USF**. A sistematização das respostas deu-se por ARS e pretendeu-se manter a categorização já apresentada anteriormente na secção.

Nos quadros que seguem cita-se para cada ARS as três principais categorias de acordo com o número de elementos textuais que a compunham (no Anexo B estão todos os elementos referidos pelos respondentes).

Ressalta-se que em geral as respostas dos coordenadores ficou restrita e expressões aqui destacadas, isto é, os elementos não foram explorados com detalhe e descrições. Por este motivo, foram quantificados. Assim a organização do quadro com as indicações dos coordenadores compreende: na primeira coluna a nomeação da ARS, na segunda coluna as três categorias com maior número de elementos textuais e, entre parênteses, o número de vezes que esse elemento surge, e na terceira e última coluna as expressões que se destacaram em cada categoria. Da mesma maneira, o número de vezes em que o elemento textual surge é apresentado entre parênteses.

B10 (Por ARS)- Três principais áreas que os coordenadores alterariam para melhorar o funcionamento das USFs.

ARS	Categorias mais citadas	Elementos mais relevantes
ARS Centro	Recursos Humanos (23)	- formação- (16) - secretários clínicos-(5) - motivação-(2)
	Instalações (22)	- espaço físico/instalações- (8) - climatização- (1)
	Informática (19)	- informática- (7) - sistemas informáticos- (4) - quiosque- (2)
ARS	Categorias mais citadas	Elementos mais relevantes
ARS Norte	Processos de Trabalho (68)	- tempo das consultas –(3) - acreditação –(5) - burocratização do processo de trabalho –(6) - referências ao tamanho excessivo da lista de utentes – (16) - necessidade de horários de trabalho mais flexíveis- (6) - gestão das filas- (5)
	Recursos Humanos (67)	- formação- (23) - secretário clínico –(13) - alargamento da equipa/ contratação de novos profissionais –(10) - mobilidade dos profissionais –(4) - motivação – (4)
	Informática (65)	- quiosque – (4) - melhoria- (6) - sistemas informáticos –(11) - informática- (13)

B10 (Por ARS- continuação)

ARS	Categorias mais citadas	Elementos mais relevantes
ARS LVT	Informática (59)	- informática- (44) - equipamento informático – (20) - melhor(ia)- (10) - hardware- (9) - software – (7)
	Recursos Humanos (38)	- formação – (11) - secretários clínicos-(6) - mobilidade- (7) - enfermeiro- (5) - alargamento/contratação/admissão – (9)
	instalações (29)	- espaço/instalações – (11) - melhoria – (3) - acessibilidade – (3)
ARS	Categorias mais citadas	Elementos mais relevantes
ARS Alentejo	Recursos Humanos (4)	- formação – (2) - mobilidade – (1)
	Processos de Trabalho (2)/ Informática (2)	- colaboração- (1) - redução da lista de utentes - (1) - software – (1) - quiosque- (1)
	Instalações / Sistema Telefónico/ Equipamentos e Materiais de Trabalho/ Recursos Financeiros	- incentivos- (1) - instalação- (1)
	- Incentivos institucionais (1)	- melhoria da rede telefónica- (1)
ARS	Categorias mais citadas	Elementos mais relevantes
ARS Algarve	Recursos Humanos/ Instalações (6)	- formação- (3) - mobilidade- (2) - secretários clínicos- (1)
	Informática (5)	- instalações- (6) - equipamentos- (2) - sistemas informáticos – (2) - melhoria- (1)
	Equipamentos e Materiais de Trabalho (3)	- falta de material- (1) - carro para visitas- (1) - equipamentos- (1)

Percebe-se que nas cinco regiões e para todos os profissionais o campo dos Recursos Humanos na Saúde é o elemento comum, aquela área que todos concordam deveria mudar

para melhorar o funcionamento das USF. Em geral, as palavras “**formação**”, “**secretários clínicos**” e “**mobilidade**” ganharam destaque, assim como a necessidade de “**alargamento das equipas**”. As expressões “**instalações**” e “**informática**” foram também citadas por todos os coordenadores com grande relevância, associando-se, em geral, a termos de “**melhoria**” e “**sistemas informáticos**”. Por fim, chama-se atenção para outras duas categorias: “**processo de trabalho**” - com referências a processos mais colaborativos e em rede, com menor burocratização e menores lista de utentes-, e “**equipamentos e materiais**” - sobretudo associado à palavra “**falta**”.

C. QUALIDADE

C1 (Geral) Em relação ao processo de acreditação na sua USF:

		2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017
A sua USF realizou ou iniciou o processo de acreditação?	Sim	12,2%	14,0%	14,3%	19,3%
	Não	87,8%	86,0%	85,7%	80,7%
A sua USF candidatou-se ao processo de acreditação?	Sim	-	7,8%	10,0%	6,7%
	Não	-	92,2%	90,0%	93,3%

C2 (Geral) - Se sim e ainda não iniciou, o que está a impedir?

		2014/2015	2015/2016	2016/2017
Se a sua USF se candidatou ao processo de acreditação e ainda não iniciou, o que está a impedir?	Falta de aprovação do ACES?	13,0%	8,3%	13,6%
	Falta de aprovação da ARS?	43,5%	62,5%	31,8%
	Falta de aprovação da DGS/DQS?	0,0%	4,2%	9,1%
	Inexistência de financiamento?	21,7%	4,2%	18,2%
	Desinteresse da equipa da sua USF?	13,0%	0,0%	0,0%
	Outra	8,7%	20,8%	27,3%

Ainda são poucas as USF que iniciaram ou terminaram processos de acreditação (19%), mas o número está a crescer (5% em relação à percentagem do ano anterior). Nas USF que se candidataram (6,7%) e ainda não iniciaram, o principal impedimento tem sido a aprovação da ARS (32%; metade do valor do ano passado), seguindo-se a inexistência de financiamento (18,2%) e falta de aprovação pelo ACES (13,6%).

C2 (Geral) – A sua USF tem Manuais de Boas Práticas/Manual de Procedimentos?

	09/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17
Sim, para todas as áreas importantes	18,3%	26,2%	32,0%	45,1%	41,4%	55,3%	53,4%	51,8%
Sim, para a maioria das áreas importantes	33,3%	35,0%	39,2%	33,8%	41,4%	31,4%	29,3%	31,6%
Sim, mas apenas para um pequeno número das áreas importantes	35,7%	30,1%	24,0%	18,0%	13,1%	11,0%	14,5%	12,0%
Não, não tem nenhum	12,7%	8,7%	4,8%	3,0%	4,0%	2,3%	1,8%	3,8%

C3 (Geral) – Na sua USF foi realizada alguma avaliação da satisfação dos cidadãos com os serviços prestados pela USF?

		2014/2015	2015/2016	2016/2017
Na sua USF foi realizada alguma avaliação da satisfação dos cidadãos com os serviços prestados pela USF?	Avaliação interna (pela própria USF)	58,2%	44,9%	51,8%
	Avaliação externa (pela ARS, ACES ou outra)	80,1%	73,4%	42,2%

C4 (Geral) - Na sua USF foi realizada alguma avaliação da satisfação no trabalho dos profissionais?

		2014/2015	2015/2016	2016/2017
Na sua USF foi realizada alguma avaliação da satisfação no trabalho dos profissionais?	Avaliação interna (pela própria USF)	56,2%	52,6%	56,1%
	Avaliação externa (pela ARS, ACES ou outra)	57,6%	34,2%	30,3%

C5 (Geral) - Na sua USF foi realizada alguma avaliação de fornecedores (por exemplo, do desempenho da ARS, do ACES, do diretor executivo do ACES, do Conselho Clínico do ACES, dos hospitais de referência, etc, enquanto fornecedores de serviços da sua USF)?

		2014/2015	2015/2016	2016/2017
Na sua USF foi realizada alguma avaliação de fornecedores (por exemplo, do desempenho da ARS, do ACES, do diretor executivo do ACES, do Conselho Clínico do ACES, dos hospitais de referência, etc., enquanto fornecedores de serviços da sua USF)?	Sim	12,8%	8,0%	9,4%
	Não	87,2%	92,0%	90,6%

Na área da qualidade, cerca de 83% das USF refere ter manuais de boas práticas para a maioria ou totalidade das áreas importantes, o que representa a manutenção do aumento verificado no ano passado. No entanto, 3,8% não têm manuais de boas práticas para nenhum das áreas de atividade. No que se refere à satisfação dos cidadãos com os serviços prestados pela USF, 51,8% das USF realizaram uma avaliação interna (pela própria USF) o que representa um aumento de 6% relativamente ao ano passado, mas de modo inverso a avaliação externa (pela ARS, ACES ou outra) representa apenas 42,2%, o que significa uma redução de 31% em relação ao ano passado.

O número de USF que realizaram alguma avaliação interna da satisfação no trabalho dos profissionais voltou a subir para níveis de 2014/2015, com 56,1%. No que toca a avaliação

externa da satisfação no trabalho dos profissionais voltou a descer, atingindo valor mais baixo, passando de 57,6% em 2014/2015 para 34,2% em 2015/2016 e 30,4% estes ano.

No que se refere a avaliação de fornecedores de serviços da USF, 9,4% referem ter sido realizada na sua USF. De realçar que apesar de este valor ter aumentado face a avaliação anterior, continua abaixo do valor de 2014/2015 com 12,8%. Importa referir que o número de USF onde é realizada a avaliação de fornecedores continua a ser muito inferior ao desejável (menos de 9,4%).

D. INFORMATIZAÇÃO

D1 (Geral) – Qual a aplicação informática de apoio à consulta em uso na sua USF?

		09/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17
Qual a aplicação informática de apoio à consulta em uso na sua USF?	Medicine One	12,9%	11,5%	9,4%	13,3%	10,3%	11,0%	11,7%	12,0%
	Vitacare	8,3%	11,5%	6,3%	7,4%	5,7%	1,3%	0,7%	0,9%
	SCLínico	78,8%	76,9%	84,4%	79,3%	86%	87,7%	87,6%	87,1%

Nota: A aplicação Vitacare tem apenas 3 respondentes

D2 (Geral) – Em relação à aplicação informática de apoio à consulta em uso na sua USF, e de um modo geral, considera que está:

	TOTAL (%)
Muito insatisfeito	13,16
Insatisfeito	28,95
Nem satisfeito/Nem insatisfeito	19,01
Satisfeito	33,63
Muito satisfeito	5,26

D3 (Por Aplicação) – Em relação à aplicação informática de apoio à consulta em uso na sua USF, e de um modo geral, considera que está (respostas agrupadas):

		09/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17
Medicine One	Insatisfeito ou Muito insatisfeito	31,3%	0,0%	8,3%	11,2%	5%	41,2%	30,3%	24,39%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	18,8%	8,3%	16,7%	11,1%	0%	11,8%	9,1%	14,63%
	Satisfeito ou Muito satisfeito	50,0%	91,7%	75,0%	77,8%	95%	47,1%	60,6%	60,98%
Vitacare	Insatisfeito ou Muito insatisfeito	22,2%	0,0%	12,5%	40,0%	45,5%	50%	50%	66,67%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	22,2%	25,0%	12,5%	0,0%	18,2%	0%	0%	33,33%
	Satisfeito ou Muito satisfeito	55,6%	75,0%	75,0%	60,0%	36,4%	50%	50%	0,00%

D3 (Por Aplicação- continuação)

		09/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17
SAM/SAPE/ SClínico	Insatisfeito ou Muito insatisfeito	47,6%	53,8%	35,2%	45,8%	54,9%	41,0%	40,9%	44,30%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	19,4%	15,0%	19,4%	13,1%	17,7%	21,0%	21,9%	19,46%
	Satisfeito ou Muito satisfeito	33,0%	31,3%	45,4%	41,1%	27,4%	38,0%	37,2%	36,24%

Nota: A aplicação Vitacare tem apenas 3 respondentes

D4 (Geral) - A aplicação informática de apoio à consulta em uso na sua USF (Medicine One; Vitacare; SClínico – responda apenas às funcionalidades próprias destas aplicações; não deve ter em conta as funcionalidades da aplicação MIM@UF):

	Muito em desacordo	Em desacordo	Nem de acordo/ Nem em desacordo	De acordo	Muito de acordo
É adequada à monitorização dos indicadores contratuais.	21,95%	21,95%	14,63%	26,83%	14,63%
É adequada para realizar auditorias da qualidade	24,04%	39,17%	18,10%	16,02%	2,67%
É mais adequada do que a PEM para a prescrição de medicação	8,13%	26,50%	38,52%	16,25%	10,60%

Nota: Os programas Como o Sclínico e Vitacare foram desenhados para ter outra ferramenta a monitorizar os indicadores (o MIM@UF) e o M1 foi desenhado para ter ele próprio essa ferramenta, aplicou-se esta questão apenas aos utilizadores M1.

D5 (Por Aplicação) A aplicação informática de apoio à consulta em uso na sua USF (MedicineOne; Vitacare; SClínico – responda apenas às funcionalidades próprias destas aplicações; não deve ter em conta as funcionalidades da aplicação MIM@UF):

		Muito em desacordo	Em desacordo	Nem de acordo/ Nem em desacordo	De acordo	Muito de acordo
MedicineOne	É adequada à monitorização dos indicadores contratualizados.	21,95	21,95	14,63	26,83	14,63
	É adequada para realizar auditorias da qualidade	19,51	14,63	14,63	31,71	19,51
	É mais adequada do que a PEM para a prescrição de medicação	10,00	10,00	12,50	10,00	57,50
Vitacare	É adequada à monitorização dos indicadores contratualizados.*	-	-	-	-	-
	É adequada para realizar auditorias da qualidade	33,33	33,33	33,33	0,00	0,00
	É mais adequada do que a PEM para a prescrição de medicação	33,33	0,00	33,33	33,33	0,00
SAM/SAPE/ SClínico	É adequada à monitorização dos indicadores contratualizados.*	-	-	-	-	-
	É adequada para realizar auditorias da qualidade	24,57	42,66	18,43	13,99	0,34
	É mais adequada do que a PEM para a prescrição de medicação	7,50	29,58	42,92	17,08	2,92

*Os programas SClínico e Vitacare foram desenhados para ter outra ferramenta a monitorizar os indicadores (o MIM@UF) e o M1 foi desenhado para ter ele próprio essa ferramenta, portanto, aplicou-se esta questão apenas aos utilizadores M1.

A aplicação informática de apoio à consulta mais utilizada pelos coordenadores respondentes é o SClínico com 87,1%, valor ligeiramente inferior ao ano passado (87,6%), seguida do MedicineOne com 12%, que registou um aumento de 0,3% face ao ano anterior (11,70%) e por fim o Vitacare com apenas 0,9%, tendo registado um aumento de 0,2% face ao ano anterior (0,7%).

De entre as 3 aplicações o Vitacare é a que gera mais insatisfação (66,67%), mas convém ressaltar que representa menos de um 1% da amostra, pelo que se considera não ser comparável com as duas restantes. Quanto aos 2 sistemas restantes o SClínico é o sistema que gera mais insatisfação (44,30%), tendo aumentado em relação à última avaliação (40,9%).

Por seu lado a insatisfação com o MedicineOne diminuiu (24,39%) face ao ano anterior (30,30%). A satisfação registou um aumento insignificante de 0,38% face ao ano anterior (60,6%), tendo também aumentado o número de coordenadores que se apresentam "nem satisfeitos/nem insatisfeitos" (14,63%).

A maioria dos coordenadores não considera a aplicação de apoio à consulta adequada para outros fins do que o registo, sendo que apesar de tudo cerca de 41% dos coordenadores concorda que a aplicação é adequada para a monitorização dos indicadores. Por outro lado, menos de 19% concorda que seja adequada à realização de auditorias de qualidade. No entanto, a maioria dos utilizadores de M1 concorda que esta aplicação seja adequada à realização de auditorias de qualidade, ao contrário dos que utilizam as outras aplicações.

No que toca à prescrição eletrónica, cerca de 27% dos utilizadores considera que a sua aplicação de apoio à consulta é mais adequada que a PEM. No entanto, a análise por aplicação revela que 67,5% dos utilizadores do M1 consideram esta aplicação mais adequada que a PEM para a prescrição, o que não acontece com as outras aplicações em que maioritariamente acham que a sua aplicação é menos adequada do que a PEM.

D6 (Geral) – A sua USF tem acesso ao MIM@UF¹⁸?

		2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017
A sua USF tem acesso ao MIMUF?	Sim	85,2%	87,7%	95,0%	94,7%
	Não	14,8%	12,3%	5,0%	5,3%

¹⁸ De acordo com o site da SPMS <http://spms.min-saude.pt/product/simsns/>

O SIM@SNS – Sistema Informação Monitorização do SNS é constituído por três sistemas de *Business Intelligence* (BI) que consolidam a informação de produção das unidades prestadoras dos CSP – Cuidados de Saúde Primários, com dados provenientes de outras fontes como, por exemplo, o CCF, a Base de Dados Nacional de Prescrições e outros Sistemas Centrais ou Regionais, de acordo com os diferentes níveis de exploração.

O objetivo desta plataforma é disponibilizar um conjunto de conteúdos (indicadores e relatórios) padronizados, a nível nacional, regional ou local.

A plataforma SIM@SNS é alimentada regularmente com dados provenientes de diferentes fontes (bases de dados relacionais; ficheiros de texto; folhas de cálculo; etc). Estes dados são processados e estruturados em três sistemas distintos de BI:

- MIM@UF – Sistema de monitorização das unidades funcionais. Sistema de BI de exploração de dados a nível local, no contexto das unidades funcionais dos CSP. Este sistema contempla, atualmente, cinco instalações, uma por cada ARS.
- SIARS – Sistema de monitorização das ARS. Sistema de BI de exploração de dados a nível regional, por parte das cinco ARS. Este sistema contempla cinco instalações, uma por cada ARS.
- SIM@SNS – Sistema de Informação e Monitorização do SNS. Sistema de BI de exploração de dados a nível central. Este sistema consiste na agregação de dados a uma escala nacional, servindo as necessidades de informação dos organismos centrais: ACSS; DGS; INFARMED; SPMS.

D7 (Geral) – Em relação à aplicação MIM@UF, e de um modo geral, considera que está:

		13/14	14/15	15/16	16/17
Em relação à aplicação MIMUF, e de um modo geral, considera que está:	Muito insatisfeito	4,8%	14,8%	24,2%	14,6%
	Insatisfeito	26,5%	41,9%	39,2%	44,7%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	28,9%	21,5%	18,1%	19,3%
	Satisfeito	38,6%	20,7%	17,4%	20,2%
	Muito satisfeito	1,2%	1,1%	1,1%	1,2%

D8 (Geral) – Considera que a aplicação MIM@UF é adequada à monitorização dos indicadores contratualizados?

		13/14	14/15	15/16	16/17
Considera que a aplicação MIMUF é adequada à monitorização dos indicadores contratualizados.	Muito em desacordo	4,8%	9,0%	11,0%	12,9%
	Em desacordo	31,3%	36,6%	36,7%	32,3%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	23,5%	22,0%	21,6%	21,9%
	De acordo	38,6%	32,1%	29,9%	30,1%
	Muito de acordo	1,8%	0,4%	0,8%	2,8%

De 2013 a 2015 a percentagem de USF com acesso ao MIM@UF foi crescendo, passando de 85,2% para 95%, mas este valor não evoluiu em 2017, tendo até diminuído um pouco, (94,7%). Também importa referir que embora a satisfação tenha crescido, de forma muito ténue (2,9%), a insatisfação com a aplicação face a 2015/2016 também caiu (4,1%). De realçar que 45,2% dos coordenadores está em desacordo ou muito em desacordo que o MIM@UF é adequado à monitorização dos indicadores contratualizados (uma das suas funções primordiais) o que representa uma redução de 2% face ao ano transacto.

D9 (Geral) - A sua USF tem acesso ao SIARS¹⁹?

		2015/2016	2016/2017
A sua USF tem acesso ao SIARS	Sim	97,9%	64,4%
	Não	2,1%	35,6%

¹⁹ Ver nota relativa ao MIM@UF

D10 (Geral) - Em relação à aplicação SIARS, e de um modo geral, considera que está:

		2016/2017
Em relação à aplicação SIARS, e de um modo geral, considera que está?	Muito insatisfeito	8,9%
	Insatisfeito	34,3%
	Nem satisfeito/nem insatisfeito	31,9%
	Satisfeito	23,9%
	Muito insatisfeito	0,9%

D11 (Geral) - Considera que a aplicação SIARS é adequada à monitorização dos indicadores contratualizados?

		2016/2017
Considera que a aplicação SIARS é adequada à monitorização dos indicadores contratualizados?	Muito em desacordo	6,6%
	Em desacordo	34,4%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	25,5%
	De acordo	32,1%
	Muito de acordo	1,4%

A percentagem de USF com acesso ao SIARS tem diminuído (cerca de 30 % desde o ano passado), registando-se agora 64,4% de USF com acesso. Há mais coordenadores insatisfeito do que satisfeitos assim como coordenadores em desacordo ou muito em desacordo e de acordo ou muito de acordo sobre o SIARS ser adequado à monitorização dos indicadores contratualizados, mas as percentagens não são muito distantes.

D12 (Geral) - A sua USF tem acesso à PEM?

		2015/2016	2016/2017
A sua USF tem acesso à PEM?	Sim	97,9%	99,7%
	Não	2,1%	0,3%

D13 (Geral) - Em relação à aplicação PEM, e de um modo geral, considera que está: (respostas agrupadas)

		13/14	14/15	15/16	16/17
Em relação à aplicação PEM, e de um modo geral, considera que está	Insatisfeito ou Muito insatisfeito	82,9%	53,5%	53,6%	55,4%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	11,4%	20,1%	19,3%	19,0%
	Satisfeito ou Muito satisfeito	5,7%	26,4%	27,0%	25,5%

D14 (Geral) - Considera que a aplicação PEM está bem integrada com a aplicação informática de apoio à consulta em uso na sua unidade: (respostas agrupadas)

		13/14	14/15	15/16	16/17
Considera que a aplicação PEM está bem integrada com a aplicação informática de apoio à consulta em uso na sua unidade	Em desacordo ou muito em desacordo	85,7%	59,9%	56,4%	53,3%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	7,9%	16,0%	15,8%	19,5%
	De acordo ou Muito de acordo	6,4%	24,1%	27,8%	27,2%

D15 (Geral) - Considera que a velocidade da aplicação PEM é adequada: (respostas agrupadas)

		13/14	14/15	15/16	16/17
Considera que a velocidade da aplicação PEM é adequada	Insatisfeito ou Muito insatisfeito	96,4%	79,3%	81,3%	77,8%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	1,4%	9,0%	8,1%	11,3%
	Satisfeito ou Muito satisfeito	2,1%	11,7%	10,6%	11%

D16 (Geral) - Considera que a utilização da PEM é segura quanto à identificação de interações medicamentosas e alergias medicamentosas?

		2016/2017
Considera que a utilização da PEM é segura quanto à identificação de interações medicamentosas e alergias medicamentosas?	Muito em desacordo	19,5%
	Em desacordo	38,7%
	Nem de acordo nem em desacordo	23,7%
	De acordo	16,5%
	Muito de acordo	1,5%

O acesso à **PEM** é quase universal com quase 100% (99,7%) de acesso. A PEM apresenta valores insatisfação ligeiramente mais elevados do que no ano passado (55,4%, o que representa aumento de 1,8% face ao ano transacto), com cerca de 25,5% dos coordenadores satisfeitos ou muito satisfeitos o que representa menos 1,5% que em 2015/2016. Dos coordenadores, 53,3% discorda que a PEM esteja bem integrada com a aplicação de apoio à consulta, o que representa uma redução de 3% face ao ano anterior, enquanto apenas 27,2%

concorda que esteja devidamente integrada (ainda assim representa uma redução da satisfação na ordem dos 0,6% face a 2015/2016).

No que toca à velocidade da aplicação os níveis de insatisfação diminuíram em 2016/2017 (77,8%) face a 2015/2016 (81,3%), o que representa uma melhoria relativa atendendo que a satisfação não cresceu praticamente.

Ao questionar os coordenadores se concordam que a “... PEM é segura quanto à identificação de interações medicamentosas e alergias medicamentosas...” apenas 18% estão de acordo ou muito de acordo contra 58,2% que estão em desacordo ou muito em desacordo.

D17 (Geral) – Em relação à aplicação informática Alert P1, e de um modo geral, considera que está: (respostas agrupadas) (versão atualizada do quadro abaixo)

		2016/2017
Em relação à aplicação informática Alert P1, e de um modo geral, considera que está	Muito insatisfeito/a	11,7%
	Insatisfeito/a	26,4%
	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	26,4%
	Satisfeito/a	34,3%
	Muito satisfeito/a	1,2%

D18 (Geral) - Em relação à aplicação informática Alert P1, e de um modo geral, considera que está:

		09/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17
Em relação à aplicação informática Alert P1, e de um modo geral, considera que está	Insatisfeito ou Muito	51,9%	35,0%	27,1%	45,8%	23,7%	35,8%	37,5%	38,1%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	25,6%	33,0%	27,9%	22,9%	29,9%	24,8%	26,5%	26,4%
	Satisfeito ou Muito satisfeito	22,5%	32,0%	45,0%	31,3%	46,4%	39,4%	36,0%	35,5%

Entre 2013 e 2017, evidencia-se uma diminuição gradual da satisfação com o sistema **ALERT P1** para referenciação para os cuidados hospitalares (46,4% em 2013/2014; 39,4% em 2014/2015; 36% em 2015/2016; e 35,5% em 2016/2017). Por sua vez a Insatisfação tem

aumentado de forma gradual (cerca de 12% em relação a 2013/2014), situando-se nos 38,1% dos coordenadores.

D19 (Geral) – A sua USF utiliza a PDS (Plataforma de Dados em Saúde)?

		2014/2015	2015/2016	2016/2017
A sua USF utiliza a PDS (Plataforma de Dados em Saúde)?	Sim	91,5%	98,6%	98,5%
	Não	8,5%	1,4%	1,5%

D20 (Geral) – Em relação à PDS, e de um modo geral, considera que está: (respostas agrupadas)

		09/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17
Em relação à PDS, e de um modo geral, considera que está	Insatisfeito ou Muito insatisfeito	-	-	-	-	-	43,9%	40,9%	36,1%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	-	-	-	23,2%	19,2%	19,1%
	Satisfeito ou Muito satisfeito	-	-	-	-	-	32,9%	39,9%	44,8%

Nota: questão introduzida pela primeira vez na edição de 2014/2015 do estudo.

O acesso à PDS atingiu este ano os 98,5% (um aumento relativamente aos 91,5% alcançados em 2014/2015, 0,1% abaixo do resultado do ano passado), com um aumento de cerca de 5% da percentagem de coordenadores satisfeitos para quase 44,8% e diminuição da insatisfação na mesma ordem de grandeza.

D21 (Geral) - A sua USF tem acesso à plataforma SINAVE (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica)?

		2015/2016	2016/2017
A sua USF tem acesso à Plataforma SINAVE?	Sim	93,0%	95,4%
	Não	7,0%	4,6%

D22 (Geral) - Em relação à aplicação SINAVE, e de um modo geral, considera que está:
(respostas agrupadas)

		2015/2016	2016/2017
Em relação à aplicação SINAVE, e de um modo geral, considera que está:	Insatisfeito ou Muito insatisfeito	3,8%	7,17%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	66,5%	53,4%
	Satisfeito ou Muito satisfeito	29,7%	39,43%

O acesso ao **SINAVE** atingiu este ano os 95,4% (um aumento relativamente aos 93% alcançados em 2015/2016), com um aumento da percentagem de coordenadores satisfeitos para quase 40% (39,43%), mas também com um aumento da insatisfação (mais 3,4%) face ao ano passado.

D23 (Geral) - A sua USF tem acesso à plataforma GestCare (RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) -?

		2015/2016	2016/2017
Em relação a ter acesso à plataforma GestCare (RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, considera que está:	Sim	75,4%	87,5%
	Não	24,6%	12,5%

D24 (Geral) - Em relação a ter acesso à plataforma GestCare (RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) e de um modo geral, considera que está:

		2015/2016	2016/2017
Em relação a ter acesso à plataforma GestCare (RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados), considera que está:	Insatisfeito ou Muito insatisfeito	36,7%	62,7%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	43,5%	25,8%
	Satisfeito ou Muito satisfeito	19,8%	11,5%

O acesso ao **GestCare** atingiu este ano os 87,5% (um aumento de 12% em relação ao resultado do ano passado), com um aumento marcado da insatisfação (62,7%, mais 26% do que em 2015/2016) e uma redução de 8,3% da satisfação.

D25 (Geral) – Durante o ano de 2016, a sua USF, ficou alguma vez sem acesso às aplicações informáticas?

		10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17
A sua USF ficou alguma vez sem acesso às aplicações informáticas?	Sim, uma a duas vezes	7,1%	4,3%	8,9%	9,6%	7,1%	3,9%	0,9%
	Sim, três a dez vezes	39,4%	33,6%	27,4%	24,9%	30,7%	26,1%	20,2%
	Sim, mais de dez vezes *	53,5%	62,1%	60,0%	65,0%	(61,8%)	(69,9%)	(78,5%)
	Sim, onze a cinquenta vezes **	-	-	-	-	34,6%	41,3%	41,3%
	Sim, mais de cinquenta vezes **	-	-	-	-	27,2%	28,6%	37,2%
	Não	3,9%	7,8%	3,7%	0,5%	0,3%	0%	0,3%

* nesta categoria somam-se as duas seguintes – onze a cinquenta e mais de cinquenta porque se introduziram estas duas opções pela primeira vez na edição de 2014/2015 do estudo

** Opções de resposta introduzidas pela primeira vez na edição de 2014/2015 do estudo

D26 (Geral) – Não ter tido acesso às aplicações informáticas:

	2014/2015	2015/2016	2016/2017
Não perturbou a qualidade dos cuidados que a USF prestou	8,9%	7,1%	2,7%
Prejudicou a qualidade dos cuidados que a USF prestou	91,1%	92,2%	97,3%

A maioria dos respondentes ficou alguma vez sem acesso às aplicações informáticas durante o período 2016 / 2017 (99,7%). Em 37,2% dos casos a unidade ficou mais de cinquenta vezes sem acesso às aplicações informáticas e em mais de 41,3% de onze a cinquenta vezes. Agrupando os coordenadores que referiram ter ficado sem acesso às aplicações informáticas onze a cinquenta vezes, essa percentagem atingiu um máximo de todas as edições deste estudo com 78,5%. Dos coordenadores, 97,3% considera que não ter tido acesso às aplicações informáticas prejudicou a qualidade dos cuidados que a USF prestou.

D27 (Geral) – A sua USF tem quiosque informático interativo de atendimento aos utentes?

		2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017
A sua USF tem quiosque informático interativo de atendimento aos utentes?	Sim	21,4%	19,2%	17,3%	19,3%
	Não	78,6%	80,8%	82,7%	80,7%

A maioria das USF não tem quiosque informático interativo de atendimento aos utentes e esse valor tem vindo a aumentar de 2013 a 2016, sendo o período de 2016/2017 aquele que regista a primeira inversão destes valores (80,7%) com uma redução de 2% face ao ano anterior (82,7%).

D28 (Geral) – Em relação aos seguintes aspetos, e de um modo geral, considera estar:

		2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017
Computadores/Terminais	Muito insatisfeito	32,3%	20,7%	23,7%	22,2%
	Insatisfeito	36,9%	34,6%	38,5%	38,0%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	12,1%	17,2%	14,8%	17,0%
	Satisfeito	15,2%	23,9%	21,2%	20,8%
	Muito satisfeito	3,5%	3,6%	1,8%	2,0%
Rapidez do funcionamento**	Muito insatisfeito	-	-	36,4%	31,3%
	Insatisfeito	-	-	38,9%	45,9%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	14,5%	13,2%
	Satisfeito	-	-	9,9%	9,4%
	Muito satisfeito	-	-	0,4%	0,3%
Interoperabilidade (o modo como as várias aplicações se articulam entre si)	Muito insatisfeito	46,5%	29,9%	36,4%	31,3%
	Insatisfeito	38,9%	44,8%	43,1%	49,1%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	7,1%	17,2%	14,8%	14,6%
	Satisfeito	6,6%	8,1%	5,3%	4,7%
	Muito satisfeito	1,0%	0,0%	0,4%	0,3%

D28 (Geral- Continuação)		2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017
Segurança dos dados informáticos	Muito insatisfeito	28,2%	14,8%	17,5%	11,4%
	Insatisfeito	31,4%	32,5%	24,0%	26,6%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	29,3%	38,5%	42,6%	40,8%
	Satisfeito	9,65	13,4%	14,4%	19,3%
	Muito satisfeito	1,6%	0,7%	1,5%	1,9%
Apoio técnico informático no ACES*	Muito insatisfeito	-	26,7%	26,8%	25,1%
	Insatisfeito	-	29,3%	28,9%	31,0%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	22,0%	21,8%	20,1%
	Satisfeito	-	19,3%	18,9%	19,8%
	Muito satisfeito	-	2,7%	3,6%	4,1%
Apoio técnico informático na ARS*	Muito insatisfeito	-	31,1%	29,2%	26,2%
	Insatisfeito	-	31,1%	33,0%	34,6%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	24,7%	28,1%	25,6%
	Satisfeito	-	12,0%	8,2%	12,3%
	Muito satisfeito	-	1,1%	1,5%	1,2%
Apoio do Servicedesk da SPMS**	Muito insatisfeito	-	-	24,8%	21,6%
	Insatisfeito	-	-	38,5%	34,7%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	30,5%	30,0%
	Satisfeito	-	-	5,7%	12,8%
	Muito satisfeito	-	-	0,4%	0,9%

*Questões introduzidas na edição de 2014/2015 do estudo

**Questões introduzidas na edição de 2015/2016 do estudo

Existem várias fontes de insatisfação ou muita insatisfação relativamente à utilização das aplicações informáticas nas USF: a maior das quais é a **interoperabilidade**, com 80,4% das USF a estar muito insatisfeita ou insatisfeita, seguindo-se com 77,2% a **rapidez do funcionamento**, e depois com cerca de 60,8% de USF muito insatisfeita ou insatisfeita está o

apoio técnico informático na ARS. Pode-se considerar que a interoperabilidade manteve os registos de insatisfação com pequena acentuação no estudo deste ano comparado aos valores do ano anterior (79,5%).

No que concerne a **rapidez do funcionamento, em 2015 havia** mais de 75% na insatisfação ou muita insatisfação, agora a percentagem teve um pequeno, mas importante, acréscimo (77,2%).

De um modo geral os valores relativos à insatisfação superam os valores de satisfação. Ainda assim é de referir os casos relativos ao **apoio técnico dos ACES**, com pequena melhoria da avaliação de satisfação face ao estudo de 2015 (22,5%) para o estudo deste ano (23,9%) e o caso do **Apoio do Servicedesk da SPMS** (Satisfeito e Muito satisfeito) que aumentou praticamente o dobro no grupo dos satisfeitos ou muito satisfeitos, de 6,1% em 2015 para 13,7% em 2016.

D29 (Geral e Por Aplicação) - Como classifica a sua satisfação com a interoperabilidade (o modo como as aplicações se relacionam entre si) entre a aplicação informática de apoio à consulta (Medicine One; ou Vitacare; ou SAM/SAPE/SClínico) e as seguintes aplicações:

		2016/2017			
		Total (%)	Medicine One (%)	Vitacare (%)	SAM/SAPE/SClínico (%)
PEM	Muito insatisfeito	19,1	20,0	0,0	19,2
	Insatisfeito	39,4	50,0	66,7	37,7
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	17,4	15,0	33,3	17,5
	Satisfeito	22,6	15,0	0,0	23,9
	Muito satisfeito	1,5	0,0	0,0	1,7
ALERT	Muito insatisfeito	10,3	14,6	0,0	9,8
	Insatisfeito	31,8	26,8	0,0	32,8
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	23,8	22,0	100,0	23,3
	Satisfeito	32,1	34,1	0,0	32,1
	Muito satisfeito	2,1	2,4	0,0	2,0

D29 (Geral e Por Aplicação- continuação)

		2016/2017			
		Total (%)	Medicine One (%)	Vitacare (%)	SAM/SAPE/SClinico (%)
SINAVE (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica)	Muito insatisfeito	6,6	24,2	33,3	4,1
	Insatisfeito	10,9	15,2	0,0	10,5
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	50,0	54,5	66,7	49,2
	Satisfeito	31,1	6,1	0,0	34,6
	Muito satisfeito	1,3	0,0	0,0	1,5
PDS	Muito insatisfeito	9,1	23,7	0,0	7,4
	Insatisfeito	26,0	23,7	33,3	26,2
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	24,5	23,7	33,3	24,5
	Satisfeito	37,8	26,3	33,3	39,3
	Muito satisfeito	2,7	2,6	0,0	2,7
Sistema de incapacidade temporária para o trabalho	Muito insatisfeito	2,9	0,0	33,3	3,0
	Insatisfeito	12,6	4,9	33,3	13,4
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	25,1	17,1	0,0	26,5
	Satisfeito	52,3	56,1	33,3	52,0
	Muito satisfeito	7,0	22,0	0,0	5,0
SICO (Sistema de Informação dos Certificados de Óbito)	Muito insatisfeito	6,9	21,6	0,0	5,0
	Insatisfeito	15,4	10,8	0,0	16,1
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	35,4	43,2	66,7	34,1
	Satisfeito	40,1	21,6	33,3	42,7
	Muito satisfeito	2,2	2,7	0,0	2,2
GestCare (RNCCI)	Muito insatisfeito	27,0	33,3	0,0	26,5
	Insatisfeito	30,1	16,7	33,3	31,7
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	31,9	36,7	33,3	31,3
	Satisfeito	10,6	13,3	33,3	10,0
	Muito satisfeito	0,4	0,0	0,0	0,4
notific@ -- Sistema Nacional de Notificação de Incidentes *	Muito insatisfeito	12,8	28,1	0,0	10,4
	Insatisfeito	18,5	18,8	0,0	18,8
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	55,1	43,8	66,7	56,8
	Satisfeito	13,2	9,4	33,3	13,5
	Muito satisfeito	0,4	0,0	0,0	0,5

D29 (Geral e Por Aplicação - continuação)

		2016/2017			
		Total (%)	Medicine One (%)	Vitacare (%)	SAM/SAPE/SCLínico (%)
Plataforma violência sobre os profissionais	Muito insatisfeito	17,1	33,3	0,0	14,5
	Insatisfeito	19,5	13,3	0,0	20,8
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	57,1	43,3	100,0	59,0
	Satisfeito	5,4	6,7	0,0	5,2
	Muito satisfeito	1,0	3,3	0,0	0,6
SiiMA Rastreios*	Muito insatisfeito	23,0	36,7	0,0	21,8
	Insatisfeito	38,8	20,0	0,0	41,3
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	21,7	40,0	0,0	19,9
	Satisfeito	15,5	3,3	100,0	15,9
	Muito satisfeito	1,0	0,0	0,0	1,1
SGTD (sistema de gestão de transportes) *	Muito insatisfeito	9,0	12,5	0,0	8,6
	Insatisfeito	16,7	15,0	33,3	16,8
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	34,1	37,5	0,0	33,9
	Satisfeito	36,8	30,0	66,7	37,5
	Muito satisfeito	3,4	5,0	0,0	3,2

* Questões introduzidas na edição 2016/2017 do estudo

Quanto à interoperabilidade entre os diversos sistemas e as aplicações de apoio à consulta, os valores de maior satisfação são para com o **Sistema de incapacidade temporária para o trabalho** com valores globais de satisfação (Satisfeito e Muito Satisfeito) acima dos 50%, sendo os utilizadores do **MedicineOne** os mais satisfeitos (78,1%) seguidos dos utilizadores do **SCLínico** com 57%, sendo a exceção os utilizadores do **Vitacare** com valores de insatisfação (Insatisfeito e Muito insatisfeito) de 66,6%. Também o **SGTD** (sistema de gestão de transportes) apresenta valores de satisfação positivos no que se refere à interoperabilidade, com um valor de global de satisfação (Satisfeito e Muito Satisfeito) na ordem dos 40%, sendo os utilizadores do **VitaCare** os mais satisfeitos (66,7%), seguidos dos utilizadores do **SCLínico** (40,7%) e por fim do **MedicineOne** (35%). Nos restantes sistemas a insatisfação é bem patente, sendo os o **SiiMA Rastreios** e o **GestCare** aqueles que mais insatisfação geram. No que toca aos **SiiMA Rastreios**, este apresenta níveis de insatisfação (Insatisfeito e Muito insatisfeito) global na ordem dos 62%,

sendo os utilizadores do **SClínico** os mais insatisfeitos com 63,1%, seguidos dos utilizadores do **MedicineOne** com 56,7%. A exceção são os utilizadores do **VitaCare** com 100% de utilizadores Satisfeitos. Quanto **GestCare** os valores de insatisfação (Insatisfeito e Muito insatisfeito) global rondam os 57%, sendo os utilizadores do **SClínico** os mais insatisfeitos (58,2%), seguidos pelos utilizadores do **MedicineOne** (50%). Novamente a exceção são os utilizadores do **Vitacare** com 66,6% de utilizadores satisfeitos ou muito satisfeitos. Convém ainda referir que apesar de os resultados indicarem que a maior parte dos respondentes não tem opinião formada sobre a **Plataforma violência sobre os profissionais**, é patente a insatisfação que este sistema gera atendendo aos baixos níveis de satisfação global (6,4%). A **PDS** tem valores globais de satisfação (Satisfeito e Muito Satisfeito) próximos dos 41%, sendo que os mais insatisfeitos são os utilizadores do **MedicineOne** (Insatisfeito e Muito insatisfeito) com 47,4%.

E. O ACES E AS OUTRAS UNIDADES FUNCIONAIS DO ACES

E1 (Geral) – Em relação ao funcionamento atual das Unidades Funcionais do ACES, considera estar:

		2015/2016 (%)	2016/2017 (%)
Diretor Executivo do ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	4,6	6,38
	Insatisfeito	12,5	11,55
	Nem satisfeito nem insatisfeito	22,1	25,53
	Satisfeito	42,5	41,34
	Muito satisfeito	18,2	15,20
Conselho Clínico e de Saúde do ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	7,9	6,61
	Insatisfeito	15,4	15,02
	Nem satisfeito nem insatisfeito	27,1	25,83
	Satisfeito	36,1	42,34
	Muito satisfeito	13,6	10,21
UAG (Unidades de Apoio à Gestão) do ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	10,0	7,42
	Insatisfeito	15,4	19,29
	Nem satisfeito nem insatisfeito	31,8	27,60
	Satisfeito	32,9	38,87
	Muito satisfeito	10,0	6,82
URAP (Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados) do ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	3,9	2,99
	Insatisfeito	16,1	17,61
	Nem satisfeito nem insatisfeito	40,0	37,91
	Satisfeito	36,8	37,61
	Muito satisfeito	3,2	3,88
USP (Unidade de Saúde Pública) do ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	1,4	2,97
	Insatisfeito	10,4	8,61
	Nem satisfeito nem insatisfeito	42,3	40,65
	Satisfeito	37,6	40,95
	Muito satisfeito	8,2	6,82
UCC (Unidades de Cuidados na Comunidade) do ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	4,4	4,57
	Insatisfeito	12,8	11,89
	Nem satisfeito nem insatisfeito	37,4	31,10
	Satisfeito	36,3	44,51
	Muito satisfeito	9,2	7,93

A satisfação (satisfeitos ou muito satisfeitos) com o **diretor executivo do ACES** é positiva, mas diminuiu face ao ano passado passando de 60,7% em 2015/2016 para 56,54% este ano. Uma satisfação um pouco menor com o **Conselho Clínico e da Saúde** (52,55%) e as outras estruturas do ACES, mas todas mais positivas do que negativas. De realçar a **UCC** que é a única unidade de prestação de cuidados, entre as avaliadas (**URAP**, **USP** e **UCC**), que apresenta valores de satisfação acima dos 50% (52,44%).

E2 (Por ARS) – Em relação ao funcionamento atual das Unidades Funcionais do ACES, considera estar:

		2016/2017 (%)				
		ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
Diretor Executivo do ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	5,65	0,00	10,75	14,29	0,00
	Insatisfeito	10,73	17,95	8,60	14,29	30,00
	Nem satisfeito nem insatisfeito	19,77	41,03	27,96	28,57	40,00
	Satisfeito	44,07	38,46	39,78	42,86	20,00
	Muito satisfeito	19,77	2,56	12,90	0,00	10,00
Conselho Clínico e de Saúde do ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	5,03	0,00	11,70	14,29	9,09
	Insatisfeito	16,20	17,95	10,64	0,00	27,27
	Nem satisfeito nem insatisfeito	21,79	41,03	24,47	42,86	36,36
	Satisfeito	43,02	38,46	45,74	42,86	18,18
	Muito satisfeito	13,97	2,56	7,45	0,00	9,09
UAG (Unidades de Apoio à Gestão) do ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	4,47	9,30	8,51	14,29	27,27
	Insatisfeito	17,32	18,60	21,28	28,57	36,36
	Nem satisfeito nem insatisfeito	28,49	30,23	27,66	28,57	9,09
	Satisfeito	43,02	37,21	34,04	28,57	27,27
	Muito satisfeito	6,70	4,65	8,51	0,00	0,00
URAP (Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados) do ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	4,49	0,00	2,15	0,00	0,00
	Insatisfeito	17,98	13,64	18,28	28,57	20,00
	Nem satisfeito nem insatisfeito	35,96	50,00	34,41	42,86	50,00
	Satisfeito	38,20	34,09	39,78	28,57	30,00
	Muito satisfeito	3,37	2,27	5,38	0,00	0,00

E2 (Por ARS - continuação)

		2016/2017 (%)				
		ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
USP (Unidade de Saúde Pública) do ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	3,33	0,00	3,23	0,00	10,00
	Insatisfeito	9,44	9,09	7,53	14,29	0,00
	Nem satisfeito nem insatisfeito	37,22	52,27	39,78	28,57	50,00
	Satisfeito	42,22	34,09	41,94	57,14	40,00
	Muito satisfeito	7,78	4,55	7,53	0,00	0,00
UCC (Unidades de Cuidados na Comunidade) do ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	5,08	4,76	3,37	14,29	0,00
	Insatisfeito	10,17	14,29	15,73	0,00	10,00
	Nem satisfeito nem insatisfeito	35,03	21,43	28,09	42,86	20,00
	Satisfeito	43,50	52,38	40,45	42,86	70,00
	Muito satisfeito	6,21	7,14	12,36	0,00	0,00

A satisfação (satisfeitos ou muito satisfeitos) com o **diretor executivo do ACES** é menor na ARS do Algarve, acontecendo o mesmo com a satisfação com **Conselho Clínico e da Saúde**. A satisfação com a **UAG** e a **URAP** é menor também no Algarve, mas também no Alentejo. Em relação às **UCC**, é no Algarve onde estão as USF mais satisfeitas.

E3 (Geral) – O ACES a que a sua USF pertence tinha um plano de desempenho para o ano de:

	2015	2016
Sim	91,7%	92,8%
Não	8,3%	7,2%

E4 (Geral) – O plano de desempenho do seu ACES foi discutido com a sua USF no ano?

	2015	2016
Sim	40,1%	41,2%
Não	59,9%	58,8%

E5 (Geral) – O ACES a que a sua USF pertence tem o relatório de atividade para o ano de*?

	2014	2015
Sim	94,7%	90,1%
Não	5,3%	9,9%

Nota: O relatório de atividade refere-se aos anos anterior de cada estudo

E6 (Geral) – Foi discutido com a sua USF o relatório de atividade do ACES do ano:

	2014	2015
Sim	29,7%	34,4%
Não	70,3%	65,6%

E7 (Geral) - Em relação ao plano de ação da sua USF: O plano de acção da sua USF foi alguma vez discutido com o Conselho Executivo do ACES a que a sua USF pertence?

	2015/2016	2016/2017
Sim	35,0	38,2
Não	65,0	61,8

E8 (Geral) - Em relação ao plano de ação da sua USF: O plano de acção da sua USF foi tido em conta na discussão dos indicadores e metas da USF em sede de contratualização interna?

	2013	2014	2015	2016
Sim	24,8	28,4	30,9	47,2
Não	75,2	71,6	69,1	52,8

Nota: os anos na primeira linha referem-se aos anos dos planos de ação

Verifica-se um aumento dos ACES com plano de desempenho, passando de 91,7% em 2015/2016 para 92,8% este ano e mais ACES a discutir os planos de desempenho com as suas USF (um aumento de 1,1%). Houve uma redução do número de ACES com relatórios de atividade, passando de 94,7% em 2015/2016 para 90,1% este ano, mas aumentou o número de coordenadores que foi envolvido ou discutiu esse relatório na concretização do mesmo, aumento de quase 15% face 2015/2016.

Quando se questiona os coordenadores se o plano de ação das suas USF alguma vez foi discutido com o conselho executivo, 61,8% dos coordenadores referem que não, ainda assim o resultado representa uma melhoria de 3,2%, face a 2015/2016.

Ao analisarmos os resultados dos últimos anos relativos à questão se o plano de ação foi tido em conta na discussão dos indicadores e metas em sede de contratualização verificamos um aumento gradual em relação ao Sim, aumentando 22,4% desde 2013, passando de 24,8% para os atuais 47,2%.

E9 (Geral) – Em relação ao nível de autonomia que o seu ACES tem para gerir a atividade do ACES considera que este deveria ser:

		2015/2016	2016/2017
O nível de autonomia que o seu ACES tem para gerir a atividade do ACES deveria ser	O atual	4,9%	8,9%
	Maior que o atual	91,6%	85,9%
	Menor que o atual	3,4%	5,1%

E10 (Geral) – Considera que o nível de autonomia que o seu ACES tem para o gerir a atividade do ACES afeta o nível de autonomia que a sua USF tem para gerir a atividade da USF?

		2015/2016	2016/2017
O nível de autonomia que o seu ACES tem para o gerir a atividade do ACES afeta o nível de autonomia que a sua USF tem para gerir a atividade da USF?	Sim	88,2%	91,5%
	Não	11,8%	8,5%

No que se refere à **autonomia real** vs **autonomia desejada**, 85,9% dos coordenadores considera que o ACES deveria ter uma **autonomia maior da que tem atualmente**. Na mesma linha, 91,5% dos coordenadores considera que **a autonomia do ACES afeta a autonomia da USF**, representando um aumento de 3,3% face ao ano passado.

E11 (Geral) - No ACeS em que trabalha existem as seguintes profissões da Saúde/Consultas/Serviços

	2016/2017	
	Sim (%)	Não (%)
Consulta de Psicologia	89,5	10,5
Consulta de Nutrição	75,6	24,4
Consulta de Medicina Dentária	31,1	68,9
Consulta de higienista oral	45,2	54,8
Técnico de Cardiopneumologia (realização de espirometrias e ECG's no ACeS)	25,1	74,9
UCC	94,3	5,7
Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	94,4	5,6
Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)	27,3	72,7
Equipa de reabilitação domiciliária (ECCI de reabilitação)	74,4	25,6
Consulta de cessação tabágica	76,8	23,2
ELI (Equipas Locais de intervenção)	81,9	18,1
Saúde Pública	98,8	1,2
Serviço Social	98,5	1,5

As profissões da Saúde/Consultas/Serviços identificados como existentes em maior número nos ACES dos respondentes são a **saúde pública** (98,8%), o **serviço social** (98,5%) e a **ECCI** com 94,4%. Por outro lado, os identificados como em menor número são o **técnico de cardiopneumologia** (74,9%), as **equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos** e consulta **de medicina dentária** (68,9%).

E12 (Por ARS) - No ACES em que trabalha existem as seguintes profissões da Saúde/Consultas/Serviços

2016/2017										
	ARS Norte		ARS Centro		ARS LVT		ARS Alentejo		ARS Algarve	
	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)
Consulta de Psicologia	86,9	13,1	90,7	9,3	95,8	4,2	100,0	0,0	60,0	40,0
Consulta de Nutrição	96,1	3,9	95,2	4,8	24,2	75,8	100,0	0,0	90,9	9,1
Consulta de Medicina Dentária	10,7	89,3	31,7	68,3	66,3	33,7	28,6	71,4	54,5	45,5
Consulta de higienista oral	15,3	84,7	56,1	43,9	88,5	11,5	85,7	14,3	72,7	27,3
Técnico de Cardiopneumologia (realização de espirometrias e ECGs no ACeS)	25,8	74,2	2,5	97,5	23,2	76,8	57,1	42,9	81,8	18,2
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade	96,6	3,4	88,4	11,6	92,5	7,5	100,0	0,0	90,9	9,1
Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	98,3	1,7	88,6	11,4	90,5	9,5	85,7	14,3	100,0	0,0
Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)	24,7	75,3	27,0	73,0	29,3	70,7	66,7	33,3	27,3	72,7
Equipa de reabilitação domiciliária (ECCI de reabilitação)	86,6	13,4	61,0	39,0	59,6	40,4	57,1	42,9	66,7	33,3
Consulta de cessação tabágica	73,3	26,7	69,0	31,0	87,1	12,9	57,1	42,9	90,9	9,1
ELI (Equipas Locais de intervenção)	89,4	10,6	62,9	37,1	73,8	26,3	50,0	50,0	100,0	0,0
Saúde Pública	99,4	0,6	95,5	4,5	100,0	0,0	85,7	14,3	100,0	0,0
Serviço Social	99,4	0,6	100,0	0,0	95,8	4,2	100,0	0,0	100,0	0,0

Das outras profissões da Saúde / consultas / serviços existentes, no Algarve existem menos consultas de **psicologia** do que nas outras ARS. Na ARS de LVT a consulta mais deficitária é a de **nutrição** e existem poucos **técnicos de cardiopneumologia**, mas é onde existem mais consulta de **medicina dentária** e de **higienista oral**. Na ARS do Alentejo é onde existem mais **equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos** e é junto com o Algarve onde

existem mais **técnicos de cardiopneumologia**. Na ARS Norte, as consultas mais deficitárias são as de **medicina dentária** e de **higienista oral**.

E13 (Geral) - Enquanto coordenador de uma USF como classifica a satisfação da sua equipa na articulação com as diferentes estruturas clínicas do seu ACES? (Classifique numa escala de 0 a 5, sendo que 0 representa muito insatisfeito e 5 muito satisfeito)

	Muito insatisfeito/a (%)	Insatisfeito/a (%)	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a (%)	Satisfeito/a (%)	Muito satisfeito/a (%)
Consulta de Psicologia	15,94	25,00	17,50	36,56	5,00
Consulta de Nutrição	15,66	23,84	22,42	32,03	6,05
Consulta de Medicina Dentária	26,19	23,81	30,95	17,26	1,79
Consulta de higienista oral	16,15	19,79	30,21	26,56	7,29
Técnico de Cardiopneumologia (realização de espirometrias e ECGs no ACeS)	24,66	19,86	26,71	26,03	2,74
UCC– Unidade de Cuidados na Comunidade	3,25	14,29	30,84	42,21	9,42
Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	4,22	13,96	30,19	43,83	7,79
Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)	16,30	15,56	39,26	26,67	2,22
Equipa de reabilitação domiciliária (ECCI de reabilitação)	8,20	18,36	33,20	33,59	6,64
Consulta de cessação tabágica	7,11	11,86	37,15	35,97	7,91
ELI (Equipas Locais de intervenção)	5,71	9,80	46,94	34,29	3,27
Saúde Pública	2,71	9,34	31,63	46,08	10,24
Serviço Social	3,94	7,58	22,73	50,61	15,15

Quanto à satisfação (Satisfeito e Muito Satisfeito) com a articulação com as diferentes estruturas do ACES, os coordenadores indicam sentir-se mais satisfeitos com o **serviço social** (65,76%), **saúde pública** (56,32%) e **ECCI** (51,62%). No que toca à Insatisfação (Insatisfeito e Muito Insatisfeito) indicam sentir-se mais insatisfeitos com a consulta de **medicina dentária** (50%), o **técnico de cardiopneumologia** (44,52%) e a consulta de **psicologia** (40,94%).

E14 (Geral) Como classifica a sua satisfação com a acessibilidade dos utentes da sua unidade aos recursos clínicos existentes no ACeS? (Classifique numa escala de 0 a 5, sendo que 0 representa inacessível e 5 muito acessível)

	Muito insatisfeito/a (%)	Insatisfeito/a (%)	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a (%)	Satisfeito/a (%)	Muito satisfeito/a (%)
Consulta de Psicologia	25,31	34,88	12,65	24,38	2,78
Consulta de Nutrição	24,91	29,76	14,53	28,03	2,77
Consulta de Medicina Dentária	40,84	25,65	18,32	10,99	4,19
Consulta de higienista oral	28,44	20,38	24,64	20,38	6,16
Técnico de Cardiopneumologia (realização de espirometrias e ECGs no ACeS)	38,92	19,76	16,77	21,56	2,99
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade	6,64	15,95	29,57	39,20	8,64
Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	6,71	19,46	27,85	38,59	7,38
Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)	30,38	15,82	30,38	20,25	3,16
Equipa de reabilitação domiciliária (ECCI de reabilitação)	14,00	17,60	27,20	35,20	6,00

E14 (Geral- continuação)

	Muito insatisfeito/a (%)	Insatisfeito/a (%)	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a (%)	Satisfeito/a (%)	Muito satisfeito/a (%)
Consulta de cessação tabágica	12,88	13,64	30,68	32,95	9,85
ELI (Equipas Locais de intervenção)	7,79	11,07	42,21	34,43	4,51
Saúde Pública	3,04	8,81	33,43	45,29	9,42
Serviço Social	5,17	7,90	21,58	50,15	15,20

Os coordenadores consideram que os recursos que lhes geram mais satisfação (Satisfeito e Muito Satisfeito) quanto à acessibilidade dos utentes da USF que coordenam é o **serviço social** (65,35%), a **saúde pública** (54,71%) e a **UCC** (47,84%). Quanto à Insatisfação (Insatisfeito e Muito Insatisfeito) os recursos do ACES que lhes geram mais insatisfação são a consulta de **medicina dentária** (66,49%), a consulta de **psicologia** (60,19%) e o **técnico de cardiopneumologia** (58,68%).

F. INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

F1 (Geral) – Condições Técnicas para a atividade dos profissionais de saúde na USF (respostas agrupadas)

		09/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17
A USF onde trabalho tem instalações adequadas para a atividade dos profissionais de saúde.	Em desacordo ou Muito em desacordo	37,9%	33,7%	28,9%	29,6%	29,3%	27,8%	35,46%	38,42%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	7,6%	7,7%	10,2%	7,4%	8,6%	10,0%	6,74%	8,21%
	De acordo ou Muito de acordo	54,5%	58,7%	60,9%	63,0%	62,1%	62,1%	57,80%	53,37%
A USF onde trabalho tem o equipamento informático (hardware, servidor, largura de banda...) adequado para a atividade dos profissionais de saúde.	Em desacordo ou Muito em desacordo	-	-	47,7%	50,4%	68,2%	67,0%	74,82%	70,47%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	10,2%	14,8%	11,6%	11,3%	11,70%	10,82%
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	42,2%	34,8%	20,2%	21,7%	13,48%	18,71%
A USF onde trabalho tem o equipamento informático – software adequado para a atividade dos profissionais de saúde.	Em desacordo ou Muito em desacordo	-	-	-	-	-	-	60,42%	63,34%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	-	-	17,31%	14,37%
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	-	-	22,26%	22,29%
A USF onde trabalho tem o equipamento clínico (esfigmomanómetros, otoscópios, balanças, frigoríficos, termómetros, ...) adequado e devidamente calibrado para a atividade dos profissionais de saúde.	Em desacordo ou Muito em desacordo	-	-	17,2%	27,4%	34,3%	37,5%	40,99%	49,71%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	14,8%	8,1%	11,1%	15,5%	18,37%	16,08%
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	68,0%	64,4%	54,5%	46,9%	40,64%	34,21%

F1 (Geral- continuação)		09/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17
A USF onde trabalho tem uma central telefónica que permite dar resposta às necessidades de atendimento de utentes.	Em desacordo ou Muito em desacordo	-	-	-	-	-	78,9%	85,77%	91,79%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	-	9,7%	5,69%	1,47%
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	-	11,4%	8,54%	6,74%
A USF onde trabalho tem um sistema de climatização adequado.	Em desacordo ou Muito em desacordo	-	-	-	43,0%	40,9%	41,7%	40,57%	47,21%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	3,7%	12,1%	11,0%	12,10%	8,80%
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	53,3%	47,0%	47,2%	47,33%	43,99%
A USF onde trabalho tem uma sala de espera adequada.	Em desacordo ou Muito em desacordo	-	-	-	-	22,7%	33,0%	36,04%	35,48%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	16,7%	10,0%	11,31%	14,37%
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	60,6%	57,0%	52,65%	50,15%
A USF onde trabalho tem resposta rápida do ACES aos problemas que dependem da intervenção deste.	Em desacordo ou Muito em desacordo	-	-	-	-	-	45,5%	42,55%	47,48%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	-	26,0%	25,53%	24,93%
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	-	28,6%	31,91%	27,60%
A USF onde trabalho tem resposta rápida da ARS aos problemas que dependem da intervenção desta.	Em desacordo ou Muito em desacordo	-	-	-	-	-	72,2%	68,01%	69,51%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	-	24,4%	23,16%	24,39%
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	-	3,3%	8,82%	6,10%

A maioria dos coordenadores considera que as USF têm **instalações adequadas** para o exercício das atividades profissionais de saúde (53,37%), embora este número seja inferior ao registado em 2009/2010 (54,4%), ano a partir do qual se registou um crescimento gradual da concordância até 2012/2013 (63%) período a partir do qual este valor tem vindo a cair até aos 53,37% registados este ano.

As questões sobre o equipamento são aquelas que menos concordância geram, nomeadamente quando se pergunta se o **equipamento informático – hardware** é adequado para a atividade dos profissionais de saúde., onde, este ano, o valor da discordância (em desacordo ou muito em desacordo) cai pela primeira vez (70,47%), depois de ter aumentado de forma gradual todos os anos a partir de 2011/2012 (dos 47,7% até aos 74,82% em 2015/2016). Quando se pergunta especificamente sobre o **Software**, a discordância (em desacordo ou muito em desacordo) aumentou relativamente ao ano passado (60,42%), situando-se atualmente nos 63,34%.

Também a discordância (em desacordo ou muito em desacordo) com a frase “**a USF onde trabalho tem equipamento clínico adequado**” tem crescido gradualmente desde 2012/2013 (17,2%) até aos quase 50% deste ano (49,71%).

Importa salientar os resultados relativos à **existência de central telefónica adequada**, porque é a questão com mais elevada taxa de discordância (em desacordo ou muito em desacordo) com 91,79% e que tem aumentado sempre desde 2014/2015 (78,9%). Quanto à **rapidez da resposta da ARS aos problemas que dependem da sua intervenção**, importa referir que quase 70% dos coordenadores considera que a ARS não responde de forma rápida aos problemas que dependem da intervenção dela (69,51%) e que este valor se tem situado desde 2014/2015 até ao presente ano em valores muito próximos dos 70%. Estes resultados chocam com as obtidas em relação ao **ACES e a rapidez com que responde aos problemas que dependem da intervenção dele** – 47,48% de desacordo quanto ao ACES contra 69,51% das ARS e concordância de 27,65 nos ACES contra 6,0% nas ARS.

Quanto aos **sistemas de climatização**, a percentagem de coordenadores insatisfeitos (47,21%) supera ligeiramente os satisfeitos (43,99%).

As **salas de espera são a parte das instalações e equipamentos** que maior satisfação desperta, com 50,15% de coordenadores satisfeitos.

F2 (Por ARS) – Condições Técnicas para a atividade dos profissionais de saúde na USF (respostas agrupadas por ARS)

		2016/2017				
		ARS Norte (%)	ARS Centro (%)	ARS LVT (%)	ARS Alentejo (%)	ARS Algarve (%)
A USF onde trabalho tem instalações adequadas para a atividade dos profissionais de saúde.	Em desacordo ou Muito em desacordo	37,02	50,00	34,74	28,57	45,45
	Nem de acordo/Nem em desacordo	9,39	6,82	5,26	0,00	27,27
	De acordo ou Muito de acordo	53,59	43,18	60,00	71,43	27,27
A USF onde trabalho tem o equipamento informático - hardware, servidor, largura de banda...) adequado para a atividade dos profissionais de saúde.	Em desacordo ou Muito em desacordo	70,72	59,09	73,96	57,14	90,91
	Nem de acordo/Nem em desacordo	8,84	15,91	12,50	14,29	0,00
	De acordo ou Muito de acordo	20,44	25,00	13,54	28,57	9,09
A USF onde trabalho tem o equipamento informático – software adequado para a atividade dos profissionais de saúde.	Em desacordo ou Muito em desacordo	61,67	61,36	67,71	42,86	63,64
	Nem de acordo/Nem em desacordo	16,11	9,09	12,50	42,86	9,09
	De acordo ou Muito de acordo	22,22	29,55	19,79	14,29	27,27
A USF onde trabalho tem o equipamento clínico (esfigmomanómetros, otoscópios, balanças, frigoríficos, termómetros, ...) adequado para a atividade dos profissionais de saúde.	Em desacordo ou Muito em desacordo	52,49	56,82	41,67	14,29	72,73
	Nem de acordo/Nem em desacordo	17,68	6,82	16,67	28,57	9,09
	De acordo ou Muito de acordo	29,83	36,36	41,67	57,14	18,18
A USF onde trabalho tem uma central telefónica que permite dar resposta às necessidades de atendimento de utentes.	Em desacordo ou Muito em desacordo	92,22	88,64	94,79	71,43	81,82
	Nem de acordo/Nem em desacordo	2,78	0,00	0,00	0,00	0,00
	De acordo ou Muito de acordo	5,00	11,36	5,21	28,57	18,18
A USF onde trabalho tem um sistema de climatização adequado.	Em desacordo ou Muito em desacordo	34,44	72,73	62,50	14,29	45,45
	Nem de acordo/Nem em desacordo	11,67	0,00	5,21	14,29	18,18
	De acordo ou Muito de acordo	53,89	27,27	32,29	71,43	36,36

F2 (Por ARS - continuação)

		2016/2017				
		ARS Norte (%)	ARS Centro (%)	ARS LVT (%)	ARS Alentejo (%)	ARS Algarve (%)
A USF onde trabalho tem uma sala de espera adequada	Em desacordo ou Muito em desacordo	33,33	38,64	36,46	28,57	54,55
	Nem de acordo/Nem em desacordo	13,33	18,18	16,67	0,00	9,09
	De acordo ou Muito de acordo	53,33	43,18	46,88	71,43	36,36
A USF onde trabalho tem resposta rápida do ACES aos problemas que dependem da intervenção do ACES.	Em desacordo ou Muito em desacordo	38,33	69,77	52,69	42,86	72,73
	Nem de acordo/Nem em desacordo	26,67	9,30	30,11	28,57	18,18
	De acordo ou Muito de acordo	35,00	20,93	17,20	28,57	9,09
A USF onde trabalho tem resposta rápida da ARS aos problemas que dependem da intervenção da ARS.	Em desacordo ou Muito em desacordo	60,12	71,43	83,70	85,71	81,82
	Nem de acordo/Nem em desacordo	31,21	19,05	15,22	14,29	18,18
	De acordo ou Muito de acordo	8,67	9,52	1,09	0,00	0,00

De um modo geral a ARS do Algarve é aquela que piores resultados apresenta, com discordância com as afirmações em valores que variam entre os 45,45% (no caso dos **sistemas de climatização e instalações**) até aos 90,91% no que se refere ao **equipamento informático – hardware**.

Importa realçar os elevados valores de discordância quando se apresenta a afirmação relativa à existência de uma **central telefónica capaz de dar resposta às necessidades dos utentes**, que no caso da ARS LVT apresenta valores que rondam os 95% (94,79%) e no caso da ARS Norte rondam os 92%. Os **sistemas de climatização** também parecem gerar mais insatisfação na ARS LVT. Quanto à **rapidez com que a ARS responde aos problemas que dependem da intervenção dela**, a discordância é maior ao Sul, chegando aos 85,71% no Alentejo e valores semelhantes para LVT e Algarve. Os **ACES do Norte são os que respondem mais rapidamente aos problemas que deles dependem**.

F3 (Por Modelo) – Condições Técnicas para a atividade dos profissionais de saúde na USF (respostas agrupadas por modelo de USF)

		2016/2017	
		Modelo A (%)	Modelo B (%)
A USF onde trabalho tem instalações adequadas para a atividade dos profissionais de saúde.	Em desacordo ou Muito em desacordo	39,38	37,57
	Nem de acordo/Nem em desacordo	8,13	8,29
	De acordo ou Muito de acordo	52,50	54,14
A USF onde trabalho tem o equipamento informático - hardware, servidor, largura de banda...) adequado para a atividade dos profissionais de saúde.	Em desacordo ou Muito em desacordo	68,32	72,38
	Nem de acordo/Nem em desacordo	11,18	10,50
	De acordo ou Muito de acordo	20,50	17,13
A USF onde trabalho tem o equipamento informático – software adequado para a atividade dos profissionais de saúde.	Em desacordo ou Muito em desacordo	63,35	63,33
	Nem de acordo/Nem em desacordo	14,91	13,89
	De acordo ou Muito de acordo	21,74	22,78
A USF onde trabalho tem o equipamento clínico (esfigmomanómetros, otoscópios, balanças, frigoríficos, termómetros, ...) adequado para a atividade dos profissionais de saúde.	Em desacordo ou Muito em desacordo	54,04	45,86
	Nem de acordo/Nem em desacordo	14,29	17,68
	De acordo ou Muito de acordo	31,68	36,46
A USF onde trabalho tem uma central telefónica que permite dar resposta às necessidades de atendimento de utentes.	Em desacordo ou Muito em desacordo	88,82	94,44
	Nem de acordo/Nem em desacordo	2,48	0,56
	De acordo ou Muito de acordo	8,70	5,00
A USF onde trabalho tem um sistema de climatização adequado.	Em desacordo ou Muito em desacordo	52,80	42,22
	Nem de acordo/Nem em desacordo	6,21	11,11
	De acordo ou Muito de acordo	40,99	46,67

F3 (Por Modelo - Continuação)

		2016/2017	
		Modelo A (%)	Modelo B (%)
A USF onde trabalho tem uma sala de espera adequada	Em desacordo ou Muito em desacordo	40,37	31,11
	Nem de acordo/Nem em desacordo	16,77	12,22
	De acordo ou Muito de acordo	42,86	56,67
A USF onde trabalho tem resposta rápida do ACES aos problemas que dependem da intervenção do ACES.	Em desacordo ou Muito em desacordo	56,41	39,78
	Nem de acordo/Nem em desacordo	24,36	25,41
	De acordo ou Muito de acordo	19,23	34,81
A USF onde trabalho tem resposta rápida da ARS aos problemas que dependem da intervenção da ARS.	Em desacordo ou Muito em desacordo	76,67	63,48
	Nem de acordo/Nem em desacordo	16,67	30,90
	De acordo ou Muito de acordo	6,67	5,62

De um modo geral as **USF Modelo A** estão menos satisfeitas, sendo mais notório em relação à **rapidez com que os seus problemas são resolvidos pelos ACES e ARS**, assim como em relação ao **material clínico** (cerca de mais 10% de coordenadores a discordar ou discordar muito). No que diz respeito à **central telefónica**, são as **USF modelo B** que discordam mais sobre a sua adequação.

F4 (Geral) – Durante o ano faltou, na sua USF, material que considera básico para a atividade normal de uma USF?

		2014/2015	2015/2016	2016/2017
Durante o ano faltou, na sua USF, material que considera básico para a atividade normal de uma USF?	Sim, uma a duas vezes	18,4%	22,7%	15,4%
	Sim, três a dez vezes	42,1%	32,0%	38,6%
	Sim, mais de dez vezes	30,3%	36,3%	40,4%
	Não	9,2%	9,0%	5,6%

F4 (Por ARS) – Durante o ano faltou, na sua USF, material que considera básico para a atividade normal de uma USF?

		ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
Durante o ano faltou, na sua USF, material que considera básico para a atividade normal de uma USF?	Sim, uma a duas vezes	16,8%	22,7%	8,5%	28,6%	10,0%
	Sim, três a dez vezes	41,9%	36,4%	35,1%	42,9%	30,0%
	Sim, mais de dez vezes	35,8%	34,1%	51,1%	14,3%	60,0%
	Não	5,6%	6,8%	5,3%	14,3%	0,0%

Quando se questionou os coordenadores sobre quantas vezes no último ano a USF teve falta de material básico apenas 5,6% referem **não ter tido faltas no último ano**. Portanto, 94,4% das USF tiveram **faltas de material básico, pelo menos 1 vez durante o ano**. Este valor tem vindo a aumentar gradualmente desde 2014 (90,8%). Dos coordenadores 38,6% referem ter tido **faltas entre 3 a 10 vezes** e 40,4% referem ter tido **faltas mais de 10 vezes**.

Se olharmos para os valores deste ano agrupados por ARS verificamos que a ARS que menos ruturas teve foi a ARS Alentejo com 14,3% das USF a responderem que não tiveram nenhuma falta de material básico. Pelo contrário na ARS Algarve 100% das USF tiveram pelo menos 1 falta de material básico, 60% a assumirem que ao longo do último ano tiveram falta de material básico mais de 10 vezes, seguem-se LVT, Norte e Centro.

G. RECURSOS HUMANOS

G1 (Por Profissão) – O número de profissionais providos e não providos em lugar do quadro (sem vínculo definitivo à Função Pública), e profissionais sem mobilidade consolidada em relação ao número total de profissionais das USF participantes no estudo:

		2009/ 2010	2010/ 2011	2011/ 2012	2012/ 2013	2013/ 2014	2014/ 2015	2015/ 2016	2016/ 2017	
Profissionais providos em lugar do quadro	%	91,3%	93,2%	94,2%	96,5%	85,3%	84,0%	89,2%	85,6%	Médicos
	n	471	696	848	966	1167	2098,5	1743	2016	
Profissionais não providos em lugar do quadro	%	8,7%	6,8%	5,7%	3,5%	7,2%	7,9%	3,4%	4,7%	
	n	45	51	52	35	98	165	67	110	
Profissionais sem mobilidade consolidada	%	-	-	-	-	7,5%	8,1%	7,4%	9,8%	Enfermeiros
	n	-	-	-	-	103	170	145	230	
Profissionais providos em lugar do quadro	%	75,7%	71,4%	70,8%	81,1%	79,8%	80,2%	86,3%	82,6%	
	n	393	520	639	948	1073	2059,5	1652	1876	
Profissionais não providos em lugar do quadro	%	24,3%	28,6%	29,2%	18,9%	12,8%	12,4%	6,5%	8,3%	Secretários Clínicos
	n	126	208	264	221	172	255	124	188	
Profissionais sem mobilidade consolidada	%	-	-	-	-	7,5%	8,1%	7,4%	9,8%	
	n	-	-	-	-	103	170	145	230	
Profissionais providos em lugar do quadro	%	70,9%	71,2%	67,4%	78,3%	65,5%	67,3%	81,4%	78,7%	
	n	302	408	461	732	676	1566,5	1186	1360	
Profissionais não providos em lugar do quadro	%	29,1%	28,8%	32,6%	21,7%	25,5%	23,4%	11,5%	11,9%	
	n	124	165	223	203	263	366	167	205	
Profissionais sem mobilidade consolidada	%	-	-	-	-	9,0%	9,4%	7,1%	9,4%	
	n	-	-	-	-	93	147	104	162	

Os dados demonstram que os “*Profissionais providos em lugar do quadro*” entre 2009 e 2015/2016, no que se refere aos grupos profissionais dos **enfermeiros** e dos **secretários clínicos** aumentaram 10,6% e 10,5% respetivamente, mas tendo caído no último ano 3,7% e 2,7% respetivamente. Estão providos, atualmente, 82,6% dos **enfermeiros** e 78,7% dos

secretários clínicos. Relativamente aos **médicos** este valor tem vindo a cair desde 2009, sofrendo uma redução de 5,7% (3,6% no último ano), sendo agora de 85,6%.

De referir que em todos os grupos profissionais os números de “**Profissionais não providos em lugar do quadro**” são inferiores este ano em relação a 2009 e que os valores referentes a “**Profissionais sem mobilidade consolidada**” têm vindo a aumentar desde 2013 até ao momento, variando agora entre 9,1 e 9,8% do total.

G2 (Por Profissão) Percentagem de Profissionais de acordo com o regime/carga horária de trabalho

	2015/2016	2016/2017	
	Tempo Parcial	Tempo Parcial	Tempo Completo
Secretários Clínicos	1,7%	1,9%	98,1%
Enfermeiros	2,8%	1,9%	98,1%
Médicos	3,7%	4,2%	95,8%

O exercício da profissão em tempo parcial ainda apresenta valores muito baixos, praticamente irrelevantes, entre 1,9 e 4,2% do total (mais nos médicos). Se compararmos com o ano passado podemos verificar que houve uma ligeira subida nos médicos (0,5%) e nos secretários (0,2%), mas com quebra no caso dos enfermeiros (0,8%). De um modo geral podemos afirmar que ainda não é uma opção para a grande maioria dos profissionais, ficando por saber se é por opção dos próprios ou dos serviços.

G3 (Geral) – A sua USF tem ativo algum método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais?

		2014/2015	2015/2016	2016/2017
A sua USF tem ativo algum método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais?	Sim	46,1%	47,5%	48,2%
	Não	53,9%	52,5%	51,8%

G4 (Geral) - O controlo biométrico da assiduidade dos profissionais tem impacto positivo na prestação de cuidados.

		2014/2015	2015/2016	2016/2017
O controlo biométrico da assiduidade dos profissionais tem impacto positivo na prestação de cuidados	Muito em desacordo	50,4%	46,6%	42,9%
	Em desacordo	25,5%	30,8%	30,4%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	19,9%	12,8%	21,7%
	De acordo	1,4%	6,0%	3,7%
	Muito de acordo	2,8%	3,8%	1,2%

G5 (Geral) - Considera que o controlo biométrico da assiduidade dos profissionais:

		2014/2015	2015/2016	2016/2017
Considera que o controlo biométrico da assiduidade dos profissionais:	Melhora a gestão da unidade	9,3%	7,1%	8,4%
	Piora a gestão da unidade	53,6%	57,5%	44,8%
	Não afeta a gestão da unidade	37,1%	35,4%	46,8%

G6 (Geral) - O tempo de trabalho que é realizado para além do horário oficial para dar resposta às necessidades da população é contabilizado no balanço de horas (saldo de horas)?

		2014/2015	2015/2016	2016/2017
O tempo de trabalho que é realizado para além do horário oficial para dar resposta às necessidades da população é contabilizado no balanço de horas (saldo de horas)?	Sim	20,9%	25,2%	33,1%
	Não	79,1%	74,8%	66,9%

G7 (Geral) - O tempo que, como coordenador da USF, despende para dar resposta aos requisitos do controlo biométrico da assiduidade dos profissionais:

		2014/2015	2015/2016	2016/2017
O tempo que, como coordenador da USF, despende para dar resposta aos requisitos do controlo biométrico da assiduidade dos profissionais:	É excessivo e perturba a minha atividade como coordenador da USF	60,0%	49,2%	52,7%
	É excessivo, mas não perturba a minha atividade como coordenador da USF	35,2%	36,7%	36,3%
	É adequado	4,8%	14,2%	11,0%

O controlo biométrico da assiduidade dos profissionais ativo tem vindo a aumentar desde 2014 até ao momento, embora de forma muito insipiente (uma evolução de + 2,1%). De entre as 48,2% das USF que tem ativo um **método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais** apenas 4,9% dos coordenadores considera que este método tem **impacto positivo** (de acordo e muito de acordo) na prestação de cuidados, enquanto 44,8% considera que piora a gestão da unidade (só 8,4% consideram que melhora a mesma).

Verifica-se ainda, em relação a este método, que o tempo de trabalho que é realizado além do horário oficial para dar resposta às necessidades da população não é contabilizado no balanço de horas (saldo de horas), de acordo com 66,9% dos coordenadores e 52,7% considera que o **tempo que despende para dar resposta aos requisitos do controlo biométrico da assiduidade dos profissionais é excessivo e perturba** a sua atividade enquanto coordenador da USF (valor superior aos 49,2% registados no ano passado). Apenas 11% consideram esse tempo é adequado.

H. RELAÇÃO COM A COMUNIDADE

H1 (Geral) – Relação com a comunidade

		2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017
A sua USF realizou no ano indicado (2016 por ex no atual estudo) uma reunião de prestação de contas com a população?	Sim	-	4,3%	3,3%	3,3%
	Não	-	95,7%	96,7%	96,7%
Foram realizadas no ano indicado (2016 por ex no atual estudo) reuniões entre a sua USF e autarquia onde a sua USF está localizada?	Sim	-	22,1%	24,4%	24,0%
	Não	-	77,9%	75,6%	76,0%
Na sua USF existe Liga de Amigos ou comissão de utentes?	Sim	12,8%	15,4%	11,5%	13,6%
	Não	87,2%	84,6%	88,5%	86,4%
A sua USF organiza e/ou participa em iniciativas junto da comunidade?	Sim	80,6%	76,3%	71,0%	78,8%
	Não	19,4%	23,7%	29,0%	21,2%
Na sua USF há ligação a outras entidades da comunidade como associações culturais, desportivas ou outras?	Sim	51%	43,2%	38,0%	41,2%
	Não	49%	56,8%	62,0%	58,8%

H2 (Por ARS) – Relação com a comunidade

		ARS Norte (%)	ARS Centro (%)	ARS LVT (%)	ARS Alentejo (%)	ARS Algarve (%)
A sua USF realizou no ano passado uma reunião de prestação de contas com a população?	Sim	4,0	4,7	2,1	0,0	0,0
	Não	96,0	95,3	97,9	100,0	100,0
Foram realizadas no ano passado reuniões entre a sua USF e autarquia onde a sua USF está localizada?	Sim	17,0	34,9	31,9	14,3	30,0
	Não	83,0	65,1	68,1	85,7	70,0
Na sua USF existe Liga de Amigos ou comissão de utentes?	Sim	15,8	14,3	10,6	14,3	0,0
	Não	84,2	85,7	89,4	85,7	100,0
A sua USF organiza e/ou participa em iniciativas junto da comunidade?	Sim	76,7	93,0	76,9	71,4	70,0
	Não	23,3	7,0	23,1	28,6	30,0
Na sua USF há ligação a outras entidades da comunidade como associações culturais, desportivas ou outras?	Sim	38,6	52,4	41,1	71,4	20,0
	Não	61,4	47,6	58,9	28,6	80,0

H3 (Por Modelo) - Relação com a comunidade

		Modelo A (%)	Modelo B (%)
A sua USF realizou no ano de 2016, uma reunião de prestação de contas com a população?	Sim	2,0	4,5
	Não	98,0	95,5
Foram realizadas no ano de 2016 reuniões entre a sua USF e autarquia onde a sua USF está localizada?	Sim	27,7	20,8
	Não	72,3	79,2
Na sua USF existe Liga de Amigos ou comissão de utentes?	Sim	9,2	17,4
	Não	90,8	82,6
A sua USF organiza e/ou participa em iniciativas junto da comunidade?	Sim	72,7	84,1
	Não	27,3	15,9
Na sua USF há ligação a outras entidades da comunidade como associações culturais, desportivas ou outras?	Sim	35,5	46,0
	Não	64,5	54,0

Verifica-se que a percentagem de USF que realizaram uma **reunião anual de prestação de contas com a população** (3%) tem-se mantido estável ao longo dos anos. As regiões do Norte e do Centro apresentam melhor desempenho neste aspeto, assim como as unidades de modelo B.

Ao questionarmos os coordenadores se as USF realizaram reuniões com a autarquia no ano, 24% responderam de forma afirmativa, também em linha com os anos anteriores. As atividades de integração com a comunidade aumentaram 8%, considerando-se o valor do ano anterior, havendo cerca de 79% que dizem participar em iniciativas junto da comunidade.

Cerca de 14% das USF refere ter **Liga de Amigos ou comissão de utentes** (valor superior nas USF modelo B) e 41% refere ter relações com outras entidades da comunidade, como associações culturais, desportivas ou outras, sendo a percentagem maior na ARS do Alentejo e nas USF do modelo B.

I. ACIDENTES DE TRABALHO E VIOLÊNCIA CONTRA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E AUSÊNCIAS AO TRABALHO

Novas áreas de avaliação deste ano, foram os acidentes de trabalho, os episódios de violência contra profissionais de saúde e as ausências ao trabalho.

I1 (Geral)- Na sua USF registou-se algum acidente no seu local de trabalho relacionado com o desempenho da atividade profissional na USF, nos últimos 12 meses?

2016/2017		
	Sim	Não
Na sua USF registou-se algum acidente no seu local de trabalho relacionado com o desempenho da atividade profissional na USF, nos últimos 12 meses?	33,2%	66,8%

I2 (Por ARS) Na sua USF registou-se algum acidente no seu local de trabalho relacionado com o desempenho da atividade profissional na USF, nos últimos 12 meses? (dados agrupados por região)

	ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
Sim	28,1	15,9	51,1	28,6	45,5
Não	71,9	84,1	48,9	71,4	54,5

I3 (Geral). Se respondeu afirmativamente à questão anterior, qual o tipo de acidente que sofreu Qual o tipo de acidente que sofreu?

	Sim	Não
Picada	61,9	38,1
Queimadura	1,8	98,2
Queda	46,9	53,1
Corte	6,2	93,8
Outro	15,0	85,0

Dos coordenadores respondentes, 112 (33,2 % do total) referem que a na sua USF houve pelo menos 1 acidente nos últimos 12 meses. A maioria dos acidentes são picadas (aconteceram em 61,9% das USF em que ocorreram acidentes) e quedas (46,9%), seguindo-se os cortes (6,2%). Nas ARS de LVT e Algarve são onde as USF mais acidentes reportam.

I4 (Geral) - Na sua USF registou-se nos últimos 12 meses, algum caso de Violência (de qualquer tipo) contra profissionais de saúde na USF?

2016/2017		
	Sim	Não
Na sua USF registou-se nos últimos 12 meses, algum caso de <u>Violência</u> (de qualquer tipo) contra profissionais de saúde na USF?	84,5%	15,5%

I5 (Por ARS) - Na sua USF registou-se nos últimos 12 meses, algum caso de Violência (de qualquer tipo) contra profissionais de saúde na USF?

	ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
Sim	79,0	77,3	95,8	100,0	90,9
Não	21,0	22,7	4,2	0,0	9,1

I6 (Geral) Na sua USF registou-se nos últimos 12 meses, algum caso de:

	Sim	Não
<u>Violência física</u> ²⁰ contra profissionais de saúde na USF?	14,0	86,0
<u>Ameaça/agressão verbal</u> ²¹ contra profissionais de saúde na USF?	80,2	19,8
<u>Pressão moral</u> ²² contra profissionais de saúde na USF?	45,4	54,6
<u>Assédio sexual</u> ²³ contra profissionais de saúde na USF?	3,5	96,5

²⁰ Entende-se por violência física o uso de força física contra outra pessoa ou grupo que possa resultar em dano físico, sexual ou psicológico; por favor considere todos os casos, incluindo os cometidos por utentes ou seus familiares, outros profissionais ou outras pessoas.

²¹ Entende-se por ameaça/agressão verbal um comportamento que humilha, degrada ou indica uma falta de respeito pela dignidade e valor de uma pessoa; é a comunicação por palavras, tom ou postura que rebaixa, paternaliza, ameaça, acusa ou desrespeita outro; por favor considere todos os casos, incluindo os cometidos por utentes ou seus familiares, outros profissionais ou outras pessoas.

²² Entende-se por pressão moral um comportamento ofensivo, repetido e prolongado no tempo, com tentativas vingativas, cruéis ou maliciosas, de humilhar ou enfraquecer um indivíduo ou grupo de trabalhadores; por favor considere todos os casos, incluindo os cometidos por utentes ou seus familiares, outros profissionais ou outras pessoas.

²³ Entende-se por assédio sexual qualquer comportamento de natureza sexual indesejado, não recíproco e mal recebido, que é ofensivo para a pessoa envolvida, que faz com que se sinta ameaçada, humilhada ou embaraçada; por favor considere todos os casos, incluindo os cometidos por utentes ou seus familiares, outros profissionais ou outras pessoas.

I6 (Geral- continuação)

	Sim	Não
<u>Discriminação</u> ²⁴ contra profissionais de saúde na USF	8,8	91,2
<u>Violência contra a propriedade pessoal</u> dos profissionais de saúde na USF? Por exemplo: Danos à viatura própria, roubo de objetos pessoais, assalto ao cacifo.	21,2	78,8

Os **episódios de violência contra profissionais de saúde**, ocorreram em 84,5% das USF pelo menos 1 episódio (a ARS do Alentejo e depois a de LVT e do Algarve apresentam o maior número de casos de violência). Cerca de 80% dos casos estão relacionados com situações de **ameaça e agressão verbal**, seguidas de **atos de pressão moral** (45,4%), **violência contra propriedade dos profissionais** (21,2%). A **violência física** tem uma importante expressão (14,0%). Discriminação (8,8%) e **assédio sexual** (3,5%) são os menos frequentes.

I7 (Por ARS) Na sua USF registou-se nos últimos 12 meses, algum caso de:

		ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
<u>Violência física</u> [1] <u>contra profissionais de saúde na USF?</u>	Sim	16,2	7,0	15,1	0	9,1
	Não	83,8	93,0	84,9	100	90,9
<u>Ameaça/agressão verbal</u> [2] <u>contra profissionais de saúde na USF?</u>	Sim	73,7	72,7	92,6	100	90,9
	Não	26,3	27,3	7,4	0	9,1
<u>Pressão moral</u> [3] <u>contra profissionais de saúde na USF?</u>	Sim	46,9	30,0	51,6	14,3	54,5
	Não	53,1	70,0	48,4	85,7	45,5
<u>Assédio sexual</u> [4] <u>contra profissionais de saúde na USF?</u>	Sim	3,9	4,5	3,2	0,0	0,0
	Não	96,1	95,5	96,8	100,0	100,0
<u>Discriminação</u> [5] <u>contra profissionais de saúde na USF</u>	Sim	8,3	0,0	14,7	0,0	9,1
	Não	91,7	100,0	85,3	100,0	90,9
<u>Violência contra a propriedade pessoal</u> dos profissionais de saúde na USF? Por exemplo: Danos à viatura própria, roubo de objetos pessoais, assalto ao cacifo.	Sim	21,7	13,6	25,5	14,3	18,2
	Não	78,3	86,4	74,5	85,7	81,8

²⁴ Entende-se por discriminação qualquer conduta ameaçadora baseada na raça, cor, linguagem, nacionalidade, religião, associação com uma minoria, nascimento ou outra característica que não é recíproca nem desejada e que afeta a dignidade das mulheres ou dos homens no trabalho; por favor considere todos os casos, incluindo os cometidos por utentes ou seus familiares, outros profissionais ou outras pessoas

I8 (Geral) Existe algum procedimento na sua USF para abordar a violência contra os profissionais de saúde?

	Sim	Não
Existe algum procedimento na sua USF para abordar a violência contra os profissionais de saúde?	76,8	23,2

I8 (Por ARS) Existe algum procedimento na sua USF para abordar a violência contra os profissionais de saúde?

	ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
Sim	84,4	97,6	59,3	42,9	33,3
Não	15,6	2,4	40,7	57,1	66,7

A **violência física** aconteceu numa percentagem maior em relação ao número de USF existentes nas ARS Norte e LVT, a **ameaça/agressão verbal** nas ARS do Alentejo, LVT e Algarve, a **pressão moral** nas ARS de LVT e Algarve, a **violência contra a propriedade pessoal** nas ARS Norte e LVT, por seu lado, o **assédio sexual** é baixo em todas as ARS, assim como a **discriminação**.

A maioria das USF (77%) refere ter procedimentos para abordar a **violência contra os profissionais de saúde**, sendo na ARS do Algarve, Alentejo e LVT onde menos USF têm este tipo de procedimentos.

I9 (Geral) Na sua USF nos últimos 12 meses, houve algum profissional com ausência ao trabalho por gravidez ou doença de longa duração (superior a 30 dias)?

	2016/2017	
	Sim	Não
Na sua USF nos últimos 12 meses, houve algum profissional com ausência ao trabalho por gravidez ou doença de longa duração (superior a 30 dias)?	79,5	20,5

Outro elemento avaliado pela primeira vez foram as ausências ao trabalho, por motivo de gravidez ou doença de longa duração (tempo superior a 30 dias), com taxas em torno dos 80% de USF com pelo menos um caso, o que levanta a necessidade de se terem mecanismos funcionantes de compensação destas ausências.

J. EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS

Uma nova área de avaliação deste ano foi a evolução das políticas na área dos cuidados de saúde primários.

J1 (Geral) -Por favor, indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações sobre alterações recentes das políticas em relação a várias áreas:

	Muito em desacordo (%)	Em desacordo (%)	Nem de acordo nem em desacordo (%)	De acordo (%)	Muito de acordo (%)
A transformação dos incentivos financeiros dos enfermeiros e secretários clínicos, em atividades específicas da USF, como componente salarial mensal	2,00	4,67	10,67	31,67	51,00
O fim das quotas para constituição de USF modelo A.	1,83	3,98	6,12	30,89	57,19
Introdução do requisito dos enfermeiros que constituem a USF deterem o título de especialista em enfermagem de saúde familiar	4,01	11,73	23,46	31,48	29,32
Inclusão do secretário clínico no Conselho Técnico	1,47	2,95	7,37	39,23	48,97
Definição dos critérios para manutenção em USF	1,22	4,59	8,87	48,32	37,00
A carga de trabalho semanal passar a ser ajustada à dimensão da lista em unidades ponderadas e ao cumprimento do compromisso assistencial.	2,99	8,08	8,38	44,31	36,23
Introdução na carta de compromisso da declaração de incompatibilidades/conflitos de interesses dos profissionais.	2,73	3,94	16,97	47,88	28,48

Os coordenadores em relação a uma série de afirmações relativas a evoluções políticas já implementadas, planeadas ou que estão em discussão responderam de forma consistente concordando com todas, com valores de concordância (de acordo e muito de acordo) acima dos 50%. Realça-se o **fim das quotas para modelo A** e a **inclusão do secretário clínico no Conselho Técnico** com 88%, a **definição dos critérios para manutenção em USF** com 85% e a

transformação dos incentivos financeiros em atividades específicas com quase 83%.

Também com aprovação maioritária, ainda que não tão alta está:

- a **definição dos critérios para manutenção em USF;**
- a **carga de trabalho semanal** passar a ser ajustada à **dimensão da lista em unidades ponderadas** e ao **cumprimento do compromisso assistencial;**
- a **introdução na carta de compromisso da declaração de incompatibilidades/conflitos de interesses dos profissionais.**

A medida que menos concordância obteve, apesar de acima dos 50%, foi a **introdução do requisito dos enfermeiros que integram a USF terem de ter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar.**

L. CONTRATUALIZAÇÃO

L1 (Geral) - Como caracteriza o processo de contratualização? (respostas agrupadas)

		2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2016/17
A contratualização é um estímulo para trabalhar com maior qualidade.	Em desacordo ou Muito em desacordo	14,9%	22,3%	13,6%	17,0%	37,4%	31,8%	22,8%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	11,9%	11,7%	12,8%	17,0%	11,6%	13,6%	22,8%
	De acordo ou Muito de acordo	73,1%	66,0%	73,6%	65,9%	51,0%	54,5%	54,4%
As metas contratualizadas foram discutidas e negociadas de um modo equilibrado.	Em desacordo ou Muito em desacordo	49,6%	60,2%	55,6%	71,1%	67,2%	54,4%	48,2%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	22,8%	12,6%	21,8%	11,1%	15,9%	22,7%	23,9%
	De acordo ou Muito de acordo	27,6%	27,2%	22,6%	17,8%	16,9%	23,0%	27,9%
A contratualização é uma negociação transparente.	Em desacordo ou Muito em desacordo	48,8%	61,2%	65,6%	73,3%	75,9%	63,0%	57,4%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	22,0%	22,3%	15,2%	13,3%	14,4%	26,0%	26,9%
	De acordo ou Muito de acordo	29,3%	16,5%	19,2%	13,3%	9,7%	11,0%	15,7%

L2 (Geral) - Indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações sobre a contratualização:

		2013/14	2014/15	2016/17
O processo de contratualização cumpre os prazos estabelecidos para a sua concretização.	Em desacordo ou Muito em desacordo	71,9%	61,8%	81,3%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	12,8%	19,1%	10,1%
	De acordo ou Muito de acordo	15,3%	19,1%	8,6%
As metas deveriam ter em conta o contexto da unidade que contratualiza.	Em desacordo ou Muito em desacordo	5,8%	7,1%	3,8%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	1,6%	5,5%	3,5%
	De acordo ou Muito de acordo	92,7%	87,3%	92,6%
Os indicadores têm fundamentação técnico-científica adequada.	Em desacordo ou Muito em desacordo	64,8%	56,8%	54,5%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	27,6%	27,1%	28,4%
	De acordo ou Muito de acordo	7,7%	16,2%	17,1%
Os intervalos de metas dos indicadores têm uma exigência que se pode fundamentar em termos técnico-científicos.	Em desacordo ou Muito em desacordo	85,6%	70,1%	60,4%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	11,3%	21,8%	28,7%
	De acordo ou Muito de acordo	3,1%	8,1%	10,9%
O esforço a que as metas dos indicadores contratualizados obrigam não prejudica o restante trabalho que a USF precisa de fazer.	Em desacordo ou Muito em desacordo	82,2%	75,2%	68,6%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	8,6%	10,5%	14,8%
	De acordo ou Muito de acordo	9,1%	14,4%	16,6%
O processo de contratualização, em termos globais, tem vindo a melhorar ao longo dos anos.	Em desacordo ou Muito em desacordo	49,2%	33,7%	28,7%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	28,7%	28,0%	31,7%
	De acordo ou Muito de acordo	22,1%	38,3%	39,6%

L3 (Por ARS) – Como caracteriza o processo de contratualização?

		ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
A contratualização é um estímulo para trabalhar com maior qualidade.	Em desacordo ou					
	Muito em desacordo	23,3%	25,0%	22,3%	28,6%	0,0%
	Nem de acordo/					
	Nem em desacordo	25,6%	13,6%	24,5%	0,0%	10,0%
	De acordo ou					
	Muito de acordo	51,1%	61,4%	53,2%	71,4%	90,0%
As metas contratualizadas foram discutidas e negociadas de um modo equilibrado.	Em desacordo ou					
	Muito em desacordo	46,1%	40,5%	54,9%	85,7%	40,0%
	Nem de acordo/					
	Nem em desacordo	25,8%	23,8%	22,0%	14,3%	10,0%
	De acordo ou					
	Muito de acordo	28,1%	35,7%	23,1%	0,0%	50,0%
A Contratualização é uma negociação transparente.	Em desacordo ou					
	Muito em desacordo	55,1%	58,1%	62,6%	83,3%	20,0%
	Nem de acordo/					
	Nem em desacordo	28,7%	23,3%	27,5%	0,0%	30,0%
	De acordo ou					
	Muito de acordo	16,3%	18,6%	9,9%	16,7%	50,0%
O processo de contratualização cumpre os prazos estabelecidos para a sua concretização.	Em desacordo ou					
	Muito em desacordo	76,7%	88,6%	82,8%	100,0%	100,0%
	Nem de acordo/					
	Nem em desacordo	13,3%	6,8%	7,5%	0,0%	0,0%
	De acordo ou					
	Muito de acordo	10,0%	4,5%	9,7%	0,0%	0,0%

L3 (Por ARS- continuação)

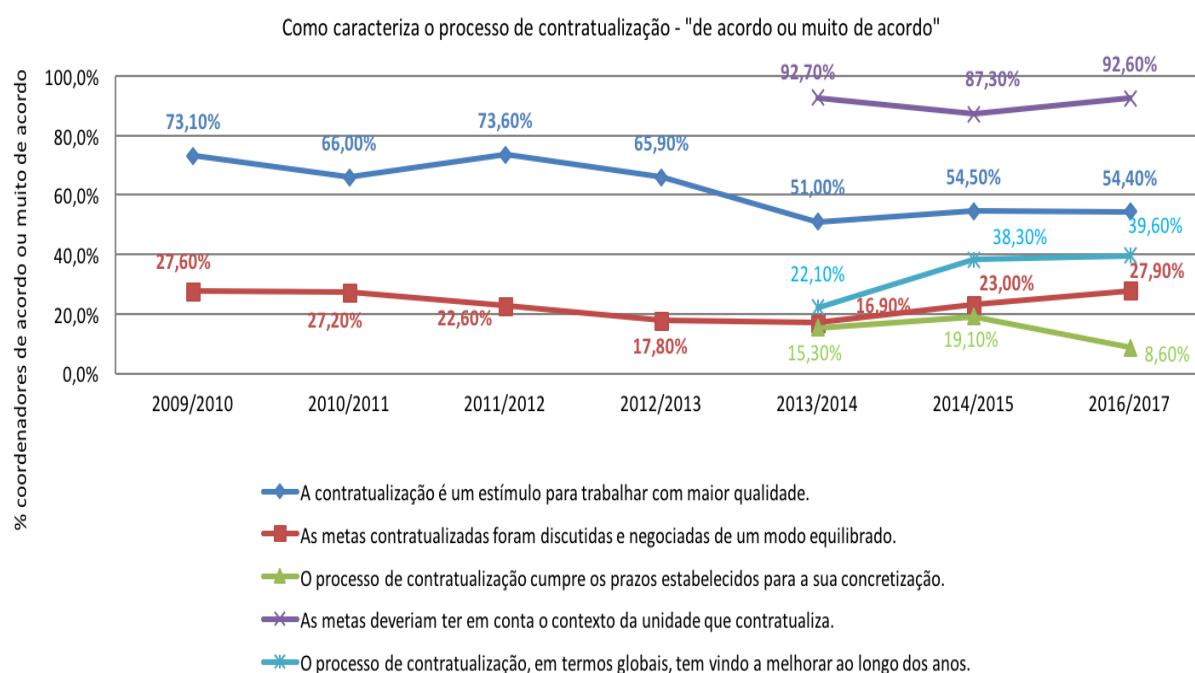
		ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
As metas deveriam ter em conta o contexto da unidade que contratualiza.	Em desacordo ou Muito em desacordo	3,9%	2,3%	3,2%	0,0%	9,1%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	5,0%	0,0%	3,2%	0,0%	0,0%
	De acordo ou Muito de acordo	91,2%	97,7%	93,6%	100,0%	90,9%
Os indicadores têm fundamentação técnico-científica adequada.	Em desacordo ou Muito em desacordo	55,9%	59,5%	50,0%	57,1%	50,0%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	26,8%	26,2%	31,9%	42,9%	30,0%
	De acordo ou Muito de acordo	17,3%	14,3%	18,1%	0,0%	20,0%
Os intervalos de metas dos indicadores têm uma exigência que se pode fundamentar em termos técnico-científicos.	Em desacordo ou Muito em desacordo	61,5%	57,1%	62,0%	42,9%	60,0%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	27,4%	33,3%	28,3%	57,1%	20,0%
	De acordo ou Muito de acordo	11,2%	9,5%	9,8%	0,0%	20,0%
O esforço a que as metas dos indicadores contratualizados obrigam não prejudica o restante trabalho que a USF precisa de fazer.	Em desacordo ou Muito em desacordo	72,2%	65,9%	66,0%	71,4%	45,5%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	12,2%	22,7%	13,8%	14,3%	36,4%
	De acordo ou Muito de acordo	15,6%	11,4%	20,2%	14,3%	18,2%
O processo de contratualização, em termos globais, tem vindo a melhorar ao longo dos anos.	Em desacordo ou Muito em desacordo	22,9%	19,0%	42,2%	42,9%	40,0%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	30,2%	42,9%	31,1%	14,3%	30,0%
	De acordo ou Muito de acordo	46,9%	38,1%	26,7%	42,9%	30,0%

L4 (Por Modelo) – Como caracteriza o processo de contratualização?

		Modelo A	Modelo B
A contratualização é um estímulo para trabalhar com maior qualidade.	Em desacordo ou Muito em desacordo	29,7%	16,7%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	23,4%	22,2%
	De acordo ou Muito de acordo	46,8%	61,1%
As metas contratualizadas foram discutidas e negociadas de um modo equilibrado.	Em desacordo ou Muito em desacordo	50,7%	46,1%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	23,3%	24,4%
	De acordo ou Muito de acordo	26,0%	29,4%
A Contratualização é uma negociação transparente.	Em desacordo ou Muito em desacordo	59,3%	55,8%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	25,3%	28,2%
	De acordo ou Muito de acordo	15,3%	16,0%
O processo de contratualização cumpre os prazos estabelecidos para a sua concretização.	Em desacordo ou Muito em desacordo	79,5%	82,9%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	10,3%	9,9%
	De acordo ou Muito de acordo	10,3%	7,2%
As metas deveriam ter em conta o contexto da unidade que contratualiza.	Em desacordo ou Muito em desacordo	3,1%	4,4%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	1,3%	5,5%
	De acordo ou Muito de acordo	95,6%	90,1%
Os indicadores têm fundamentação técnico-científica adequada.	Em desacordo ou Muito em desacordo	60,3%	49,4%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	26,3%	30,3%
	De acordo ou Muito de acordo	13,5%	20,2%

L4 (Por Modelo- continuação)

		Modelo A	Modelo B
Os intervalos de metas dos indicadores têm uma exigência que se pode fundamentar em termos técnico-científicos.	Em desacordo ou Muito em desacordo	55,9%	64,2%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	32,2%	25,7%
	De acordo ou Muito de acordo	11,8%	10,1%
O esforço a que as metas dos indicadores contratualizados obrigam não prejudica o restante trabalho que a USF precisa de fazer.	Em desacordo ou Muito em desacordo	68,4%	68,9%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	15,2%	14,4%
	De acordo ou Muito de acordo	16,5%	16,7%
O processo de contratualização, em termos globais, tem vindo a melhorar ao longo dos anos.	Em desacordo ou Muito em desacordo	31,6%	26,3%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	36,8%	27,4%
	De acordo ou Muito de acordo	31,6%	46,4%

Gráfico 10 - Caracterização do processo de contratualização. Portugal. 2016/2017

Na caracterização do processo de contratualização 54,4% dos respondentes está de acordo ou muito de acordo que este processo é um **estímulo para trabalhar com maior qualidade**, um valor muito semelhante aos 54,5% obtidos no estudo de 2015. Os coordenadores de USF da ARS Algarve (90%) e, da ARS Alentejo (71,4%) e os do Modelo B (61,1%) são os que mais de acordo estão com esta afirmação.

Dos coordenadores, 48,2% não concordam que as **metas contratualizadas foram sido discutidas e negociadas de um modo equilibrado**, embora esta percentagem tenha diminuído em relação ao estudo 2015 (54,4%). Os coordenadores da ARS Alentejo (85,7% em desacordo ou muito em desacordo) e da ARS LVT (54,9% em desacordo ou muito em desacordo) são os que mais discordam neste aspecto, assim como os coordenadores de USF modelo A (50,7%).

De entre os coordenadores, 57,4% consideram que a contratualização não é uma **negociação transparente** (uma percentagem menor em relação ao valor 2015, de 63%), sendo os coordenadores de USF da ARS Alentejo (83,3% em desacordo ou muito em desacordo) e da ARS LVT (62,6% em desacordo ou muito em desacordo), e os das USF modelo A (59,3%) os que mais discordam desta transparência.

Da mesma forma, 81,3% discordam que o processo de **contratualização cumpre os prazos estabelecidos** para a sua concretização (um aumento em relação ao ano 2015: 62%), com maior descrença nas USF da região Alentejo e Algarve (100% em desacordo ou muito em desacordo) e os das USF modelo B (82,9%).

Dos coordenadores, 92,6% está de acordo ou muito de acordo que as **metas deveriam ter em conta o contexto da unidade** que contratualiza. Esta é a afirmação mais consensual entre as formuladas relativamente à contratualização, particularmente nas ARS Alentejo (100% de acordo ou muito de acordo) e Centro (97,7% de acordo ou muito de acordo) e nas USF Modelo A (95,6%).

No que se refere aos indicadores de contratualização, 54,5% dos coordenadores estão em desacordo ou muito em desacordo que estes têm **fundamentação técnico-científica adequada**, o que representa uma melhoria em relação ao resultado de 57% do estudo 2015.

As USF das regiões Centro (59,5%) e Alentejo (57,1%) são as que mais discordam, assim como as USF de modelo A (60,3%).

Simultaneamente, 60,4% dos coordenadores discorda que os **intervalos de metas dos indicadores têm uma exigência que se pode fundamentar em termos técnico-científicos** (ainda que tenha melhorada desde os 86% de 2014 e 70% de 2015), sendo as ARS LVT (62% em desacordo ou muito em desacordo) e Norte (61,5% em desacordo ou muito em desacordo) e as USF modelo B (64,2%) quem mais discorda desta afirmação. Apenas 16,6% concorda que o **esforço a que as metas dos indicadores contratualizados obrigam não prejudica o restante trabalho que a USF precisa de fazer** (um ligeiro aumento em relação aos 14% do estudo de 2015). A discordância com esta afirmação é maior nas regiões do Norte (72,2% em desacordo ou muito em desacordo) e Alentejo (71,4% em desacordo ou muito em desacordo).

De entre os coordenadores das USF, 39,6% está de acordo ou muito de acordo que o processo de **contratualização tem vindo a melhorar ao longo dos anos**, em termos globais, um resultado muito semelhante ao obtido em 2015 (38%) e superior à percentagem dos que discordam. A nível regional enquanto 46,9% dos coordenadores da região Norte, 42,9% da região do Alentejo e 38,1% da região Centro estão de acordo ou muito de acordo, apenas 30% está de acordo ou muito de acordo na região Algarve e 26,7% na ARSLVT. As USF modelo B parecem ser as mais satisfeitas com esta evolução (46,4%), enquanto as USF modelo A se dividem de igual forma entre coordenadores que estão em desacordo ou muito em desacordo (31,6%) e coordenadores estão de acordo ou muito de acordo (31,6%).

Analisando o gráfico é possível observar uma taxa de concordância com a **inclusão do contexto na definição das metas** muito elevada e estável nos últimos 3 anos.

Relativamente à afirmação “**A contratualização é um estímulo para trabalhar com maior qualidade**”, apesar do grau de concordância ser sempre superior a 50%, verificaram-se nos primeiros 4 anos deste estudo graus de concordância entre os 73,6% e os 65,9%, atingindo-se no ano seguinte (2013/14) um mínimo histórico de 51% com uma ligeira recuperação para os 54% nos últimos 2 estudos.

Foi possível observar um comportamento semelhante no grau de concordância quanto à afirmação: “**As metas contratualizadas foram discutidas e negociadas de um modo**

equilibrado.”, com valores de concordância mais elevados (superiores a 27%) nos primeiros estudos (2009/10 e 2010/11), seguindo-se um descida nos anos seguintes com um mínimo histórico de 16,9% em 2013/14 e uma recuperação para 23% no estudo seguinte e para 27,9% no estudo atual (máximo histórico).

O ponto com menor taxa de concordância refere-se à afirmação: **“O processo de contratualização cumpre os prazos estabelecidos para a sua concretização.”** Partindo de 15,3% em 2013/14 no ano seguinte obteve-se uma ligeira melhoria para 19,1%, atingindo neste estudo um mínimo histórico de 8,6%.

No ano 2012/13 a contratualização era o 3º da lista de principais problemas (ver secção B) que carecem de resolução nas USF e nos Cuidados de Saúde Primários portugueses com um score de 4,5 (escala vai de 1 – menos importante a 5- mais importante), em paralelo com a descida no grau de concordância com a afirmação **“As metas contratualizadas foram discutidas e negociadas de um modo equilibrado.”**, de 22,6% para 17,8%. No ano seguinte (2013/14) a contratualização manteve-se no 3º posto embora com um score mais baixo (4,0), observando-se também a queda no nível de concordância para mínimos históricos da afirmação **“A contratualização é um estímulo para trabalhar com maior qualidade”**.

Nos 2 anos seguintes assistiu-se a uma recuperação dos níveis de concordância em quedas nos últimos anos e isso manifesto pela passagem para o 5º lugar nos anos de 2014/15 e 2015/16 com scores respetivamente de 3,78 e 3,98. Neste último estudo a contratualização saiu do top 5, ficando pelo 6º lugar com score de 3,95. A expectativa neste novo modelo de contratualização, alicerçada na evolução positiva nos últimos anos poderá estar relacionada com este facto.

L5 (Geral) – Por favor, indique o seu grau de concordância com a implementação dos seguintes elementos:

	Muito em desacordo (%)	Em desacordo (%)	Nem de acordo nem em desacordo (%)	De acordo (%)	Muito de acordo (%)
Auditorias à atividade das unidades relacionada com os indicadores contratualizados	0,90	5,37	17,31	65,67	10,75
Grupo técnico para apuramento de valores de referência nacional e avaliação da qualidade dos bilhetes de identidade (BI) dos indicadores contratualizados	0,90	3,61	9,34	59,64	26,51
Índice de Desempenho Global (IDG) na avaliação dos resultados dos indicadores	0,90	4,80	14,71	62,16	17,42
Criação das Comissões (regionais) de Acompanhamento Externo	0,93	4,33	24,77	53,56	16,41
A contratualização ser efetuada através da negociação de um plano de ação plurianual	0,60	2,10	16,17	60,48	20,66
O plano de ação incluir estratégias e atividades para melhorar/qualificar/sustentar o desempenho	0,60	1,49	8,93	66,96	22,02
O plano de ação integrar o Plano de Formação	0,60	2,10	12,91	60,96	23,42
O plano de ação integrar o Plano Aplicação Incentivos Institucionais	0,91	5,44	14,80	58,61	20,24
Divisão dos incentivos institucionais em 3 níveis	0,96	6,43	33,44	48,23	10,93
Não se contratualizarem indicadores	4,31	22,15	27,69	32,62	13,23
Não se contratualizarem Metas	4,27	26,83	28,96	26,52	13,41
Todas as unidades funcionais terem os mesmos indicadores	9,01	34,83	18,32	27,63	10,21
Todas as unidades funcionais terem os mesmos valores de referência e de variação aceitável para os indicadores	7,83	33,43	15,06	30,12	13,55

L5 (Geral- continuação)

	Muito em desacordo (%)	Em desacordo (%)	Nem de acordo nem em desacordo (%)	De acordo (%)	Muito de acordo (%)
Intervenção Conselho Clínico Saúde se IDG ponderado inferior a 50	2,72	4,53	22,36	54,98	15,41

Na caracterização do grau de concordância da implementação de alguns elementos na contratualização, 76,4% dos respondentes está de acordo com **as auditorias à atividade das unidades relacionada com os indicadores contratualizados**; 86,2% concordam com **criação do grupo técnico para apuramento de valores de referência nacional**; 79,6% com o **índice de Desempenho Global (IDG) na avaliação dos resultados dos indicadores**; 81,1% com a **contratualização ser efetuada através da negociação de um plano de ação plurianual** e 89% de coordenadores em que o **plano de ação incluía estratégias e atividades para melhorar/qualificar/sustentar o desempenho**; e 84,4% com a **integração do plano de formação no plano de ação**.

Por outro lado, 43,8% dos coordenadores estão em desacordo ou muito em desacordo (versus 37,8% de acordo ou muito de acordo) com o facto de **todas as unidades funcionais terem os mesmos indicadores**, o facto de **todas as unidades funcionais terem os mesmos valores de referência e de variação aceitável para os indicadores** dividiu os coordenadores, 41,3% estão em desacordo ou muito em desacordo enquanto que 43,7% estão de acordo ou muito de acordo. De realçar ainda que 31,1% dos coordenadores estão em desacordo ou muito em desacordo com facto de **não se contratualizarem metas** (39,9% de acordo ou muito de acordo) e 26,5% também de desacordo ou muito em desacordo com **não se contratualizarem indicadores** (com 45,9% de coordenadores de acordo ou muito de acordo).

L6 (Geral)- Quais são os parâmetros que deveriam ser tidos em conta na avaliação do contexto das unidades para negociar as metas da contratualização?

	Média	Mediana	Máxima	Mínimo	Desvio Padrão
Percentagem de idosos na população inscrita na unidade	4,42	5	5	1	0,68
Dimensão da lista de utentes inscritos da unidade	4,22	5	4	1	0,72
Percentagem em relação ao número previsto de profissionais em falta no grupo profissional com maior déficit na unidade funcional	4,22	5	4	1	0,76
Rácio Unidades ponderadas / Número de Utentes	4,19	5	4	2	0,73
Percentagem de pessoas com diabetes na população inscrita na unidade	4,15	5	4	1	0,75
Percentagem de pessoas com hipertensão na população inscrita na unidade	4,12	5	4	1	0,76
Dimensão da unidade tendo em conta o número de profissionais	4,05	5	4	1	0,85
Percentagem de pessoas com depressão na população inscrita na unidade	4,03	5	4	1	0,79
Percentagem de pessoas com obesidade na população inscrita na unidade	4,00	5	4	1	0,83
Dimensão da unidade tendo em conta o número de médicos	3,94	5	4	1	0,90
Nível de desemprego da população da área de influência do ACES	3,94	5	4	1	0,88
Nível de escolaridade da população da área de influência do ACES	3,92	5	4	1	0,86
Número de pólos da unidade funcional	3,82	5	4	1	0,99
Percentagem de pessoas com asma na população inscrita na unidade	3,81	5	4	1	0,91
Densidade populacional (habitante por Km ²) do município em que estão sediadas as unidades de saúde	3,80	5	4	1	0,94
Índice Dependência Jovens	3,79	5	4	1	0,87

L6 (Geral- continuação)-

	Média	Mediana	Máxima	Mínimo	Desvio Padrão
Percentagem de adultos Isentos inscritos na unidade funcional	3,77	5	4	1	0,91
Percentagem de subsistemas de saúde na população inscrita na sua unidade	3,76	5	4	1	0,96
Rendimento per capita/nível socioeconómico da população servida	3,64	5	4	1	0,95
Taxa de abandono escolar antes de concluída a escolaridade obrigatória	3,62	5	4	1	0,92
Antiguidade de funcionamento da unidade (há quantos anos está em atividade)	3,50	5	4	1	0,96

L7 (Geral)- Quais são os parâmetros que deveriam ser tidos em conta na avaliação do contexto das unidades para negociar as metas da contratualização? (Atribua a cada um dos seguintes itens um valor entre 1 e 5 de acordo com a sua importância: 1 - menos importante a 5 - mais importante. Se considerar outros itens, escreva-os no final)

	2015	2016/2017
1º Parâmetro mais relevante (média)	percentagem de idosos na população inscrita na unidade (4,52)	percentagem de idosos na população inscrita na unidade (4,42)
2º Parâmetro mais relevante (média)	percentagem de pessoas com diabetes na população inscrita na unidade (4,25)	Dimensão da lista de utentes inscritos da unidade (4,22)
3º Parâmetro a mais relevante (média)	percentagem de pessoas com hipertensão na população inscrita na unidade (4,2)	Percentagem em relação ao número previsto de profissionais em falta no grupo profissional com maior défice na unidade funcional (4,22)
4º Parâmetro mais relevante (média)	dimensão da lista de utentes inscritos da unidade (4,15)	Rácio Unidades ponderadas / Número de Utentes (4,19)
5º Parâmetro mais relevante (média)	dimensão da unidade tendo em conta o número de profissionais (4,08)	Percentagem de pessoas com diabetes na população inscrita na unidade (4,15)

Os coordenadores consideraram que os parâmetros mais relevantes que deveriam ser tidos em conta na **avaliação do contexto das unidades para negociar as metas da contratualização** são: percentagem de idosos na população inscrita na unidade (importância de 4,4) mantendo-

se como parâmetro mais relevante tendo em consideração o estudo 2015; Dimensão da lista de utentes inscritos da unidade e Percentagem em relação ao número previsto de profissionais em falta no grupo profissional com maior défice na unidade funcional (importância de 4,22); Racio Unidades ponderadas / Número de Utentes (importância de 4,19); Percentagem de pessoas com diabetes na população inscrita na unidade (importância de 4,15), comparativamente ao estudo 2015 há a realçar a descida no ranking da percentagem de pessoas com diabetes na população inscrita na unidade de 2º mais relevante para 5º e a saída da lista dos 5 parâmetros mais relevantes da percentagem de pessoas com hipertensão, um parâmetro incluído pela primeira vez neste estudo - Percentagem em relação ao número previsto de profissionais em falta no grupo profissional com maior défice na unidade funcional foi ex-áqueo com a Dimensão da lista de utentes inscritos da unidade o 2º parâmetro mais relevante.

L8 (Geral) - Quais são os parâmetros que deveriam ser tidos em conta na avaliação do contexto das unidades para negociar as metas da contratualização?

	Nº Referências
Morbilidades/Doenças crónicas	15
Nº Idosos	10
Dispersão geográfica/transporte/distancia hospital	10
Ausências/ Falta/Número horas profissionais	8
Nº polos	7
Dimensão listas	6
Dimensão unidade/Número profissionais	6
Falhas informáticas/equipamentos	5
Serviços Privados/Subsistemas/Vigilância ou não na unidade	5
Nº Crianças e Jovens	4
Variáveis socioeconómicas	3
Antiguidade Unidade	3
Mobilidade população/emigrantes/estrangeiros	3
Atividade Formadora	2
Número de Grávidas	1
Violência contra profissionais	1
Valores médios metas ACeS	1
Avaliação contínua profissionais	1
Taxa analfabetismo	1
Incumprimentos ACeS/ARS	1
Histórico Unidade	1

* Nota- Na classificação Morbilidades/Doenças crónicas foram incluídas a Diabetes com 2 referências e a Hipertensão com 1. As restantes referencias incluídas eram genéricas e incluíam: “comorbilidades”; “carga doença”, “morbilidade”, “utentes com múltiplas patologias”.

Dos coordenadores respondentes 89 referiram ainda outros parâmetros a considerar que deveriam ser tidos em conta na avaliação do contexto das unidades para negociar as metas da contratualização. Entre os parâmetros mais referidos contam-se:

- Morbilidades/Doenças crónicas
- Nº Idosos
- Dispersão geográfica/transporte/distancia hospital
- Ausências/ Falta/Número horas profissionais
- Nº polos
- Dimensão listas
- Dimensão unidade/Número profissionais

Um dos coordenadores refere “percentagem de pessoas da lista com dependência, percentagem de pessoas com multimorbilidades crónicas, dispersão geográfica e distância para a US; meios de transportes disponíveis para assegurar trajeto para a US em qualquer horário.”

Outro respondente salienta ainda “Dias de avarias do Sistema Informático ao longo do ano. Doença/Ausência de profissionais.” Ou ainda outro refere:” A falta de condições em que trabalhamos, falhas informáticas, telefone e acesso físico”

Alguns coordenadores salientam a necessidade de incluir a distância às unidades hospitalares: “Deveria ter em conta os recursos da UF: quais os serviços disponíveis, para onde referencia, qual a capacidade de resposta, qual a distância (€) que os doentes têm que percorrer para terem consultas hospitalares?” ou à própria unidade como refere outro coordenador :” acessibilidade à unidade (se perto de grandes centros, rede viária, procura maior em determinado período do dia que não será igual para todas as USF)”

As ausências dos profissionais são outro parâmetro referido, como por exemplo: “tx de analfabetismo da população inscrita, ausência prolongada de profissionais” e “A minha USF formou-se teoricamente a 30 de dezembro 2016. Por falta de enfermeiros ainda não funciona na prática, o que influencia muito as minhas respostas”.

L9 (Geral) - Em 2016 foram consideradas as especificidades da vossa USF nas negociações relacionadas com a contratualização?

	Sim (%)	Não (%)
Foram consideradas as especificidades da vossa USF nas negociações relacionadas com a contratualização?	29,8%	70,2%

L10 (Por ARS) – Foram consideradas as especificidades da vossa USF na avaliação efetuada pelo Departamento de Contratualização?

	ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
Sim	31,4%	19,0%	31,5%	0,0%	60,0%
Não	68,6%	81,0%	68,5%	100,0%	40,0%

L11 (Por Modelo) – Foram consideradas as especificidades da vossa USF na avaliação efetuada pelo Departamento de Contratualização?

	Modelo A	Modelo B
Sim	33,1%	27,0%
Não	66,9%	73,0%

De entre os coordenadores, 70,2% consideram que não foram **consideradas as suas especificidades** na avaliação efectuada pelo Departamento de Contratualização, um número superior aos 64% obtidos no estudo de 2015, o que é especialmente evidente nas regiões Alentejo (em que 100% referem não ter sido consideradas as especificidades da USF) e Centro (81%). Por outro lado, 60% dos coordenadores de USF da ARS Algarve consideram que as suas especificidades foram tidas em conta na avaliação.

L12 (Por ARS) – Tiveram lugar reuniões preparatórias entre a sua USF e o ACES, previamente ao início da contratualização entre o ACES e a ARS (contratualização externa)?

		ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve	Total
Na contratualização para o ano de 2014	Sim	44,4%	23,1%	19,8%	0%	57,1%	33,3%
	Não	43,0%	59,0%	70,4%	100%	28,6%	54,5%
	Não aplicável	12,6%	17,9%	9,9%	0%	14,3%	12,2%
Na contratualização para o ano de 2015	Sim	51,9%	31,7%	22,5%	0%	42,9%	39,7%
	Não	40,7%	53,7%	70,0%	100%	42,9%	52,0%
	Não aplicável	7,4%	14,6%	7,5%	0%	14,3%	8,3%
Na contratualização para o ano de 2016	Sim	61,2%	43,2%	26,1%	0%	50,0%	47,2%
	Não	37,1%	54,5%	71,6%	100%	50,0%	50,9%
	Não aplicável	1,8%	2,3%	2,3%	0%	0,0%	1,9%

A realização de reuniões preparatórias entre a USF e o seu ACES (no âmbito da contratualização interna) antes da contratualização entre o ACES e a ARS (contratualização externa) também não existiu na maioria das USF: 62,1% dos coordenadores referem não terem existido reuniões preparatórias em 2014 e 56,7% em 2015 (para ambos os anos o maior número de respostas negativas regista-se na ARS Alentejo – 100% e ARS LVT – 78,1% para 2014 e 75,7% em 2015); 50,9% referem a ausência de reuniões em 2016 (com maior peso na ARS Alentejo e LVT).

L13 (Por ARS) - Sobre o processo de contratualização

		ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve	Total
A sua USF teve direito a Incentivos Institucionais em 2013?	Sim	62,4%	67,6%	48,1%	57,1%	62,5%	58,3%
	Não	37,6%	32,4%	51,9%	42,9%	37,5%	41,7%
A sua USF teve direito a Incentivos Institucionais em 2014?	Sim	75,5%	78,4%	71,8%	42,9%	66,7%	73,4%
	Não	24,5%	21,6%	28,2%	57,1%	33,3%	26,6%
A sua USF teve direito a Incentivos Institucionais em 2015?	Sim	82,3%	87,2%	81,8%	71,4%	88,9%	82,2%
	Não	17,7%	12,8%	18,2%	28,6%	11,1%	17,8%
A sua USF tem Incentivos Institucionais em dívida?	Sim	84,5%	85,0%	81,8%	57,1%	100,0%	83,8%
	Não	15,5%	15,0%	18,2%	42,9%	0,0%	16,2%

L14 (Geral)- Considera que a sua USF teve algum tipo de limitação na utilização dos incentivos para aquisição de material e equipamento?

	Sim (%)	Não (%)
A sua USF teve algum tipo de limitação na utilização dos incentivos para aquisição de material e equipamento?	89,0%	11,0%

L15 (Geral) – Por favor indique a natureza desses impedimentos (pode escolher mais do que uma):

	Sim (%)	Não (%)
Não foi possível custear a atualização, manutenção e aquisição de equipamentos para o funcionamento da unidade funcional	82,4%	17,6%
Não foi possível custear a melhoria das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional	63,0%	37,0%
Não foi possível custear a melhoria das amenidades de acolhimento dos utentes	63,0%	37,0%
Não foi possível custear a participação em conferências, simpósios, colóquios, cursos de formação e seminários	48,9%	51,1%
Não foi possível custear o desenvolvimento de processos de melhoria da qualidade e de acreditação	31,7%	68,3%
Não foi possível custear apoio à investigação	19,4%	80,6%
Outras	23,8%	76,2%

A percentagem de USF com direito a incentivos institucionais tem aumentado: 58,3% em 2013 (sendo a região Centro a que regista maior percentagem de USF com direito a incentivos), 73,4% em 2014 (maior percentagem na região Centro) e 82,2% em 2015 (com a região Algarve com uma maior percentagem de USF com direito a incentivos – 88,9%). Contudo, 83,8% das USF têm incentivos institucionais em dívida, das quais as USF da região Algarve (100%), Centro (85%) e Norte (84,5%) o são as que mais têm incentivos em dívida.

Simultaneamente, cerca de 89% dos coordenadores refere que a sua USF teve algum tipo de impedimento na utilização dos incentivos para aquisição de material e equipamento: 82,4% dos coordenadores referem ter tido impedimentos na atualização, manutenção e aquisição de equipamentos para o funcionamento da unidade funcional, 63% na aquisição de melhoria das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional e amenidades de acolhimento dos utentes.

M. ESTÁGIOS DE FORMAÇÃO

M1 (Geral) - A sua USF acolhe estágios de formação?

		2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017
A sua USF acolhe estágios de formação?	Sim	99,0%	97,1%	98,94%	98,24%
	Não	1,0%	2,9%	1,06%	1,76%

M2 (Geral) – Se sim assinale quais:

		2014/2015 (%)	2015/2016 (%)	2016/2017 (%)
Internato de MGF	Sim	90,3	87,86	87,46
	Não	9,7	12,14	12,54
Alunos de Medicina	Sim	93,6	97,50	94,03
	Não	6,4	2,50	5,97
Alunos de enfermagem	Sim	91,3	92,86	91,34
	Não	8,7	7,14	8,66
Estágios profissionais para Secretários Clínicos	Sim	11,7	13,57	12,24
	Não	88,3	86,43	87,76
Ano Comum de Medicina	Sim	-	-	91,64
	Não	-	-	8,36
Outros	Sim	-	-	19,40
	Não	-	-	80,60

Quase todas as USF (98,2%) acolhem estágios de formação: internatos de Medicina Geral e Familiar (87,4%), alunos de Medicina (94,0%), alunos de enfermagem (91,3%,) e estágios profissionais para secretários clínicos (12,2%); Ano comum de Medicina (91,6%) e outros (19,4%).

9. DISCUSSÃO

Este capítulo da discussão está dividido em oito subcapítulos para melhor se apreenderem os resultados por áreas:

- Sistema Nacional de Saúde e Serviço Nacional de Saúde – com os dados mais gerais e relativos às estruturas da Administração Central ou organizações nacionais;
- ARS Administrações Regionais de Saúde - com os dados do nível regional, organizados pelas cinco ARS;
- ACES Agrupamentos Centrais de Saúde;
- Profissões e Profissionais;
- Instalações e Equipamentos;
- Sistema de Informação;
- Processo de Contratualização de Serviços;
- Relação com a Comunidade.

9.1. SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE E SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Nesta secção são discutidos os dados mais gerais e relativos às estruturas da Administração Central ou organizações nacionais.

A percentagem de coordenadores insatisfeitos com o momento atual da reforma dos CSP continuou a recuperar do seu ponto mais negativo desde sempre registado no período de 2014/2015, passando de 63,5% de coordenadores Muito insatisfeitos e Insatisfeitos para quase metade - 36,9%. No entanto, no outro polo, as percentagens de satisfeitos e muito satisfeitos manteve-se semelhante ao do ano passado (31%), consolidando a melhoria em relação a 2014/2015. É de notar que há mais coordenadores Muito insatisfeitos e Insatisfeitos do que Muito satisfeitos e Satisfeitos²⁵.

A recuperação positiva estende-se, e até é ligeiramente mais marcada do que em relação à reforma em si, à atuação do Ministério da Saúde²⁶. Pela primeira vez há mais coordenadores “Nem satisfeito, nem insatisfeitos” (42,6%) do que “Muito Insatisfeitos” ou “Insatisfeitos” juntos (42%, que evoluíram de 79,6% em 2014/2015), mas os níveis de satisfação ou muita satisfação continuam longe dos primeiros anos da Reforma (15,3% agora contra 36,4% em 2009/2010), mas melhor do que em 2014/2015 – 3,6%.

A satisfação com estruturas da Administração Central continua num registo negativo, com mais insatisfeitos do que satisfeitos, ainda que com melhorias em relação aos anos passados, sendo esta melhoria mais marcada em relação à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), do que aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), tendo a Direcção-Geral da Saúde (DGS) a avaliação mais positiva, seguindo-se a ACSS e depois os SPMS (decidiu-se juntar a DGS pela primeira vez este ano por causa do

²⁵ Ver secção A – Satisfação com a Reforma dos CSP.

²⁶ Na versão de 2015/2016 do estudo – quadros A1-A6 (ver Secção A – Satisfação com a Reforma dos CSP) -, ao invés de anos anteriores em que se pedia para avaliar o momento atual, pediu-se que fosse considerado apenas 2015 porque houve grandes mudanças em quase todas as entidades em 2016, o que dificultaria a apreciação (nos outros anos, pediu-se a avaliação quanto ao momento atual - abril do último ano de cada par de anos).

papel crescente que tem assumido na definição de indicadores para a contratualização, normas de orientação clínica e regulamentação da atividade).

Muito relevante é a melhoria da satisfação com a atividade da própria USF (77,2% de Satisfeitos ou Muito Satisfeitos e apenas 1,5 % de Muito Insatisfeitos), que tem vindo a melhorar desde o período 2014/2015, mesmo que não atingindo os valores máximos de 2011/2012 (90,5% de Satisfeitos ou Muito Satisfeitos).

A satisfação em relação à USF-AN manteve-se num registo positivo, mas mais deslocado para o centro e com menos Coordenadores muito satisfeitos (descida para menos de metade), mas com uma percentagem de satisfeitos e muito satisfeitos de 54,6%, a segunda mais alta de todas as estruturas avaliadas.

Pela primeira vez, também se avaliou a Coordenação para a Reforma do SNS na área dos CSP e os resultados revelaram uma distribuição mista, mas mais positiva do que negativa.

O nível de satisfação mais alto de todas as estruturas avaliadas regista-se em relação à atividade da própria USF (77,2% de USF satisfeitas ou muito satisfeitas), seguindo-se com a USF-AN e com o ACES a que pertence a USF. De notar que esta melhoria geral se deu mais à custa da diminuição dos insatisfeitos, ainda que se tenha registado aumento dos satisfeitos (ver gráficos no final desta secção que são uma repetição dos apresentados na secção dos resultados).

Não há diferenças praticamente na satisfação com a Reforma e as entidades governamentais centrais, regionais e locais **entre modelos de USF**. A exceção é na satisfação como momento atual da reforma, a atuação da USF-AN e a Coordenação para a Reforma do SNS na área dos CSP, em que os coordenadores das USF modelo B estão claramente mais satisfeitos. Em relação à atividade da própria USF, as USF Modelo B estão também mais satisfeitas (37,6% muito satisfeitas nas B contra 8,7% nas A). Quanto à evolução por anos nos dois modelos há uma evolução positiva genérica desde o ano passado, com exceção da satisfação das USF do Modelo B com a respetiva ARS.

Centrando a análise por **ano de início de funções**, as USF mais antigas tendem a ter níveis de satisfação superiores em relação à USF-AN.

Gráfico 11 – Evolução da insatisfação dos coordenadores de USF com a reforma dos CSP e instituições

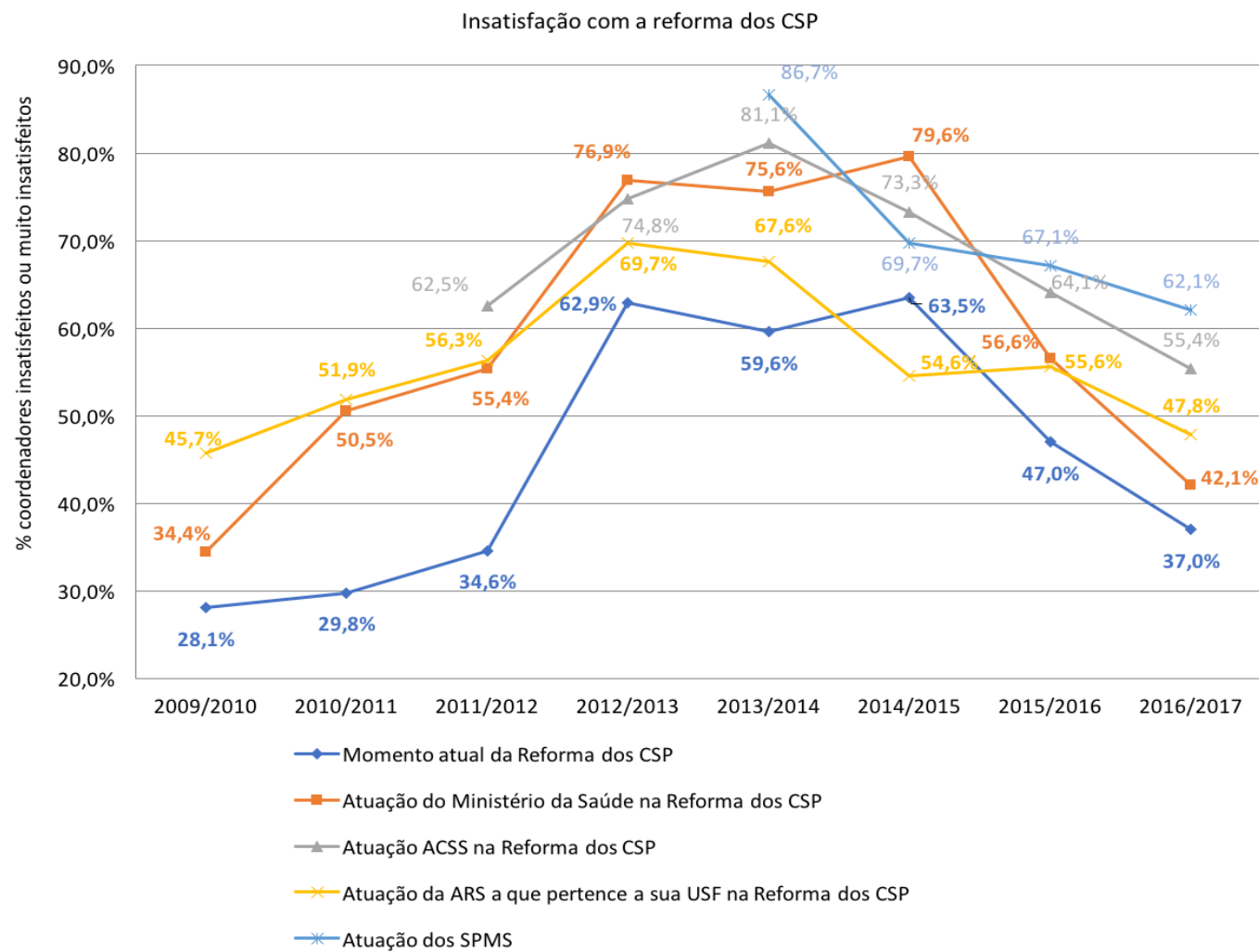
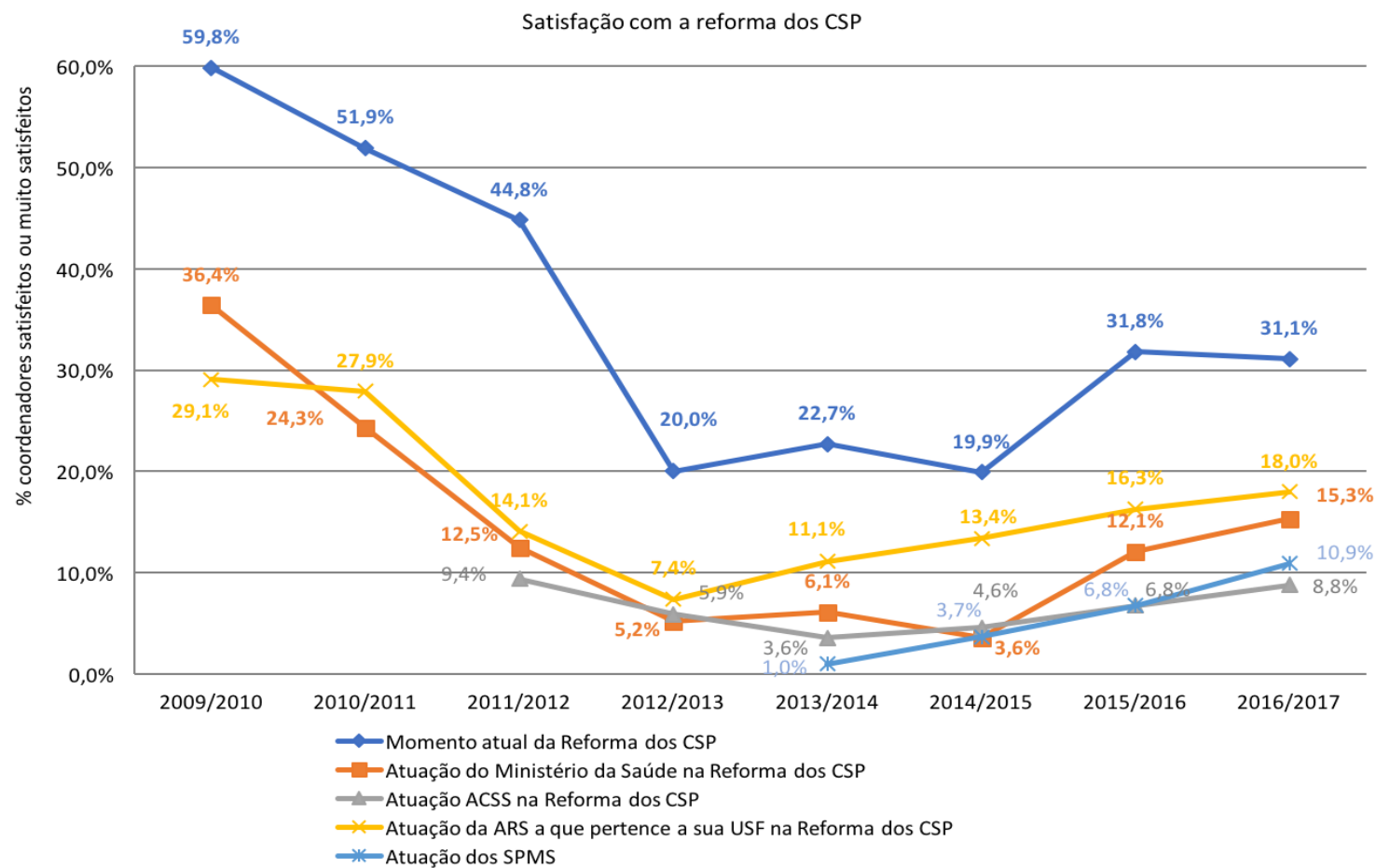


Gráfico 12 – Evolução da satisfação dos coordenadores de USF com a reforma dos CSP e instituições



Uma nova área de avaliação deste ano foi a evolução das políticas na área dos cuidados de saúde primários²⁷. Os coordenadores pronunciaram-se em relação a uma série de afirmações sobre evoluções das políticas já implementadas, planeadas ou que estão ainda em discussão e responderam de forma consistente concordando com todas, com valores de concordância (de acordo e muito de acordo) acima dos 50%. Realça-se o fim das quotas para modelo A e a inclusão do secretário clínico no Conselho Técnico com 88%, a definição dos critérios para manutenção em USF com 85% e a transformação dos incentivos financeiros em atividades específicas com quase 83%. Também com aprovação maioritária, ainda que não tão alta está a “Definição dos critérios para manutenção em USF”, “A carga de trabalho semanal passar a ser ajustada à dimensão da lista em unidades ponderadas e ao cumprimento do compromisso assistencial” e a “Introdução na carta de compromisso da declaração de incompatibilidades/conflitos de interesses dos profissionais”. A medida que menos concordância obteve, apesar de acima dos 50%, foi a introdução do requisito dos enfermeiros que integram a USF terem de ter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar.

Os principais problemas nos Cuidados de saúde primários e nas USF a necessitar de resolução referidos pelos coordenadores das USF têm vindo a evoluir ao longo dos anos²⁸. O quadro seguinte (repetição do apresentado na secção dos resultados) apresenta a evolução dos problemas considerados mais relevantes pelos coordenadores de todas as unidades do País nos últimos 6 anos. Nos cinco problemas mais relevantes, vemos que os sistemas de informação têm sido o problema mais relevante, mas na avaliação do ano passado foi considerado como o 4º mais importante, retomando uma posição de destaque neste ano como o 2º problema mais importante. A primeira posição na atual avaliação, como problema mais importante a carecer de resolução, passou a ser ocupada pelos equipamentos informáticos (e dentro destes o maior problema é o software). Na 3ª posição surgem os incentivos institucionais que têm ocupado sempre esta faixa de priorização entre a 2ª e a 4ª posição. A contratualização esteve 2 anos na 3ª posição, mas desde há dois anos que ocupa a 5ª posição e este ano saiu mesmo da lista dos cinco problemas mais importantes. Os outros equipamentos para além dos informáticos, nomeadamente os clínicos, passaram da primeira posição o ano passado para a 5ª neste ano. É de destacar a entrada do problema

²⁷ Ver secção J – Evolução das Políticas..

²⁸ Ver Secção B - Identificação de Necessidades.

“Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico” para o quarto problema mais importante a resolver e a saída de cena do Top Cinco do “Relacionamento com os Diretores Executivos dos ACES”. No entanto, vendo os problemas seguintes aos cinco principais, temos por ordem decrescente de importância a “Contratualização”, os “Incentivos Financeiros”, o “Acesso a informação importante para a tomada de decisões”, a “Implementação da Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar”, a “Mobilidade dos Profissionais para a USF” e a “Formação”, este último problema ainda com uma pontuação alta, de 3,68 numa escala de 1 (menos importante) até 5.

Portanto, se se quisesse fazer uma **agenda política** baseada nos problemas que os profissionais identificam como mais importantes, deveria haver uma aposta muito forte nos sistemas de informação, em todo o equipamento informático e no apoio a esta área. Revisitar as carreiras, principalmente dos enfermeiros e a construção de uma carreira para os secretários clínicos que se considere relevante e que tenha capacidade de atrair mais profissionais, também teria boa aceitação assim como a garantia de se ter um sistema que previna as falhas de material para a atividade das unidades. Resolver de uma vez por todas os incentivos institucionais e financeiros assim como a mobilidade dos profissionais de saúde no Serviço Nacional de Saúde traria mais credibilidade a toda a reforma. A contratualização parece estar a descer nas prioridades dos problemas para resolver, o que pode querer dizer que as mudanças recentemente operadas nesta vão no sentido daquilo que os profissionais consideram importante. No entanto para que a contratualização decorra bem é necessária formação, ter acesso à informação assim com um bom relacionamento com os diretores executivos dos ACES, os outros elementos desta lista e desta agenda.

Para complementar, perguntou-se aos coordenadores que **indicassem as três principais áreas que alterariam para melhorar o funcionamento das USF**²⁹. Percebe-se que nas cinco regiões e para todos os profissionais o campo dos Recursos Humanos na Saúde é o elemento comum, aquela área que todos concordam deveria mudar **para melhorar o funcionamento das USF**. Em geral, as palavras “**formação**”, “secretários clínicos” e “mobilidade” ganharam destaque, assim como a necessidade de “alargamento das equipas”. As expressões “**instalações**” e “**informática**” foram também citadas pelos coordenadores com grande relevância, associando-se, em geral, a termos de “melhoria” e “sistemas informáticos”. Por

²⁹ Ver Secção B - Identificação de Necessidades.

fim, chama-se atenção para outras duas categorias: “**processo de trabalho**” - com referências a processos mais colaborativos e em rede, com menor burocratização e menores lista de utentes-, e “**equipamentos e materiais**” - sobretudo associado à palavra “falta”.

Quadro 9.1 – Quais são os principais problemas que carecem de resolução nas USF e nos Cuidados de Saúde Primários portugueses? (Cotação entre 1 - menos importante para ser resolvido e 5 - mais importante). Os cinco problemas principais ao longo dos anos.

	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017
1º Problema mais relevante	Sistemas de informação	Sistemas de informação	Sistemas de informação	Sistemas de informação	Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	Equipamentos informáticos <i>Software – programas informáticos de apoio à atividade e de registo) (4,39)</i> <i>Hardware – computadores, monitores, por ex.) (4,24)</i>
(média)	(4,5)	(4,7)	(4,5)	(4,28)	(4,48)	(4,3)
2º Problema mais relevante	Recursos humanos/contratos precários	Recursos humanos/contratos precários	Incentivos institucionais	Equipamentos informáticos	Relacionamento com os Diretores Executivos dos ACES	Sistemas de Informação
(média)	(4,5)	(4,6)	(4,1)	(4,14)	(4,47)	(4,28)
3º Problema mais relevante	Remunerações relativas às atividades específicas *	Contratualização	Contratualização	Incentivos institucionais	Equipamentos informáticos	Incentivos Institucionais
(média)	(4,4)	(4,5)	(4,0)	(3,95)	(4,36)	(4,2)
4º Problema mais relevante	Incentivos institucionais	Incentivos institucionais	Equipamentos	Outros equipamentos, além dos informáticos	Sistemas de Informação	Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico
(média)	(4,2)	(4,4)	(3,9)	(3,85)	(4,2)	4,09
5º Problema mais relevante	Incentivos financeiros	Incentivos financeiros	Incentivos financeiros	Contratualização	Contratualização	Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos
(média)	(4,2)	(4,4)	(3,8)	(3,78)	(3,98)	3,99

9.2. ARS - ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE

As Administrações Regionais de Saúde (ARS) foram criadas ao abrigo do Decreto-Lei n.º 254/82 de 29 de Junho, e posteriormente recriadas pelo Decreto-Lei nº 11/93 de 15 de Janeiro que aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. O território nacional está dividido em 5 regiões de saúde, e cada uma delas possui uma ARS com personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e patrimônio próprio. As ARS tem como principais funções: planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de actividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e ainda de avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde³⁰.

Nesta secção tentou-se encontrar as especificidades de cada região de saúde para assim poder direccionar com mais qualidade e evidência as eventuais necessidades de mudanças ou afirmar o que está a funcionar bem e pode servir de modelo.

9.2.1. ARS Norte

A Região Norte integra oito sub-regiões (NUTS III) - Alto Trás-os-Montes, Ave, Cávado, Douro, Entre Douro e Vouga, Grande Porto, Minho-Lima e Tâmega – numa área de cerca de 21 278 km² (24% do Continente). Tem 144 quilómetros de costa atlântica e é a região portuguesa com maior área de fronteira. Tem uma população estimada em 3,7 milhões de habitantes (1/3 da população nacional), sendo que cerca de 38% da população jovem nacional está concentrada na Região. O Norte de Portugal é composto por 86 concelhos e 2.028 freguesias³¹.

A rede de CSP é constituída por 21 Agrupamentos Centrais de Saúde e por três Unidades Locais de Saúde. A reforma dos CSP desenvolve-se de forma sustentada, com a crescente implementação das unidades funcionais (USF, UCSP, URAP, UCC). Em abril de 2017 a ARS Norte contava com 241 USF, correspondendo a 50,3% do total de USF no país. A rede

³⁰ [http://portal.codgdh.min-saude.pt/index.php/Administra%C3%A7%C3%B5es_Regionais_de_Sa%C3%BAde_\(ARS\)](http://portal.codgdh.min-saude.pt/index.php/Administra%C3%A7%C3%B5es_Regionais_de_Sa%C3%BAde_(ARS))

³¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/A%20ARS%20Norte/Instrumentos%20de%20Gest%C3%A3o/Ficheiros/Plano_Atividades_ARSN_2014.pdf

hospitalar pública é constituída por 30 hospitais, organizados a sua maioria em Centros Hospitalares².

A região Norte foi a que mais ativamente participou deste estudo, sendo responsável por mais da metade das respostas obtidas (53,4% dos coordenadores respondentes), com uma taxa de resposta de 75,93%. Em relação ao Momento Atual da Reforma dos CSP 32,1% encontram-se satisfeitos ou muito satisfeitos; e 37% constituem o grupo dos insatisfeitos ou muito insatisfeitos. Considerando o ano de 2012, período de maior insatisfação (63%) o nível de insatisfeitos ou muito insatisfeitos sofreu uma queda de 26% no ano de 2016. Logo, ainda que os índices satisfatórios esteja distantes dos desejados o aumento na proporção de profissionais satisfeitos com o momento da reforma dos CSP na ARS Norte tem aumentado.

80,7% dos coordenadores desta região estão satisfeitos em relação ao modo como decorreu a atividade da sua própria USF até agora. A satisfação com o Ministério da Saúde ainda assume valores negativos (40,3% insatisfeitos ou muito insatisfeitos). Os índices de satisfação são positivos para a ERA, os ACES e a USF- AN. Em relação ao ACES a satisfação atingiu o nível mais elevado considerando todas as edições deste estudo (58,6% de satisfeitos e muito insatisfeitos) e apresenta valores superiores a 40% em níveis de satisfação em relação a todas as unidades dos ACES, nomeadamente, UAG, URAP, USP e UCC, e também ao conselho clínico e diretor executivo.

Considerando as profissões/consultas/serviços de saúde oferecidos pelo ACES da ARS Norte as atividades profissionais de Medicina Dentária e Higienista Oral são as que existem em menos ACES (10,7% e 15,3% respectivamente), seguem-se ainda as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) (24,7%) e Técnico de cardiopneumologia (25,8).

Quanto à satisfação com a atuação da respetiva ARS, são as do Norte as menos insatisfeitas. Quanto aos Departamentos de Contratualização, os coordenadores da ARS Norte tem uma avaliação mais positiva quando comparada com o estudo do ano passado.

No que se refere aos principais problemas, ordenados do mais relevante ao menos relevante para a ARS Norte estão³²:

1º) Sistemas de Informação

³² Ver Secção B - Identificação de Necessidades.

2º) Equipamentos Informáticos

3º) Incentivos Institucionais

4º) Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico

5º) Outros Equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos.

Numa questão de resposta aberta solicitou-se aos coordenadores que indicassem as três principais áreas que alterariam para melhorar o funcionamento das USF. Como já mencionado, as respostas dos coordenadores ficou restrita e expressões aqui destacadas, isto é, os elementos não foram explorados com detalhe e descrições. Por este motivo, foram quantificados. Assim a organização do quadro com as indicações dos coordenadores compreende: na primeira coluna a nomeação da ARS, na segunda coluna as três categorias com maior número de elementos textuais e, entre parênteses, o número de vezes que esse elemento surge, e na terceira e última coluna as expressões que se destacaram em cada categoria e, da mesma maneira, o número de vezes em que o elemento textual surge é apresentado entre parênteses.

Abaixo segue o quadro com a sistematização das informações.

Quadro 9.2.1 - Identificação das necessidades da ARS Norte - lista das expressões/termos mais citados pelos coordenadores. 2016/2017.

	Categorias mais citadas	Elementos mais relevantes	Nº Referências
ARS Norte	Processos de trabalho (68)	tempo das consultas	3
		acreditação	5
		burocratização do processo de trabalho	6
		referências ao tamanho excessivo da lista de utentes	16
		necessidade de horários de trabalho mais flexíveis	6
		gestão das filas	5
	Recursos humanos (67)	formação	23
		secretário clínico	13
		alargamento da equipa/ contratação de novos profissionais	10
		mobilidade dos profissionais	4
		motivação	4
	Informática (65)	quiosque	4
		melhoria	6
		sistemas informáticos	11
		informática	13
	Equipamentos e materiais de trabalho (19)	carro para visitas	2
		equipamentos	13
	Recursos financeiros - Incentivos institucionais (16)	incentivos	16
	Contratualização (16)	contratualização	9
		modelo	3
		indicadores	3
	Sistema telefónico (12)	telefone/telefónico	12
		melhor	2
	Autonomia da USF (12)	autonomia	12
		maior	3
	Registo biométrico de assiduidade (6)	biométrico	5
	Relações com a comunidade (4)	literacia	2

No que se refere a adequação das instalações para as atividades dos profissionais de saúde, 53,59% dos respondentes as considera de acordo ou muito de acordo com as suas necessidades. Os equipamentos informáticos, como já mencionado, geram insatisfação nos coordenadores: hardware (70,72%) e software (61,67%).

A inadequação dos materiais de trabalho e equipamentos clínico (esfigmomanómetros, otoscópios, balanças, frigoríficos, termómetros, ...) tem uma percentagem de desaprovação de 52,49% na opinião dos coordenadores, a terceira mais alta quando comparada com as outras ARS. Já a central telefónica da ARS Norte é a segunda mais inadequada comparada as demais regiões. (92,22%).

Os coordenadores das USF da ARS Norte foram os segundos mais satisfeitos com a rapidez da resposta da ARS aos problemas que dela dependem. Contudo a percentagem de insatisfeitos neste parâmetro é mesmo assim alta - 60,12% - ainda que a menor de todas as ARS. A falta de material considerado básico foi relatada pelos coordenadores das USF em 94,5% dos casos e em 35,8% dos casos a falta de material ocorreu mais de 10 vezes no ano.

9.2.2. ARS Centro

A região de saúde do Centro corresponde, territorialmente, à Unidade Territorial Estatística de Portugal (NUTS) II. Atualmente integra 78 concelhos, distribuídos por 23 271 Km², correspondendo a 27% do território de Portugal Continental. O território do Centro corresponde a 17% da população residente do Continente (1.685.307 residentes)³³.

Comparativamente com as outras regiões de saúde, os índices de dependência de idosos, de envelhecimento e de longevidade, bem como a taxa bruta de mortalidade apresentam os segundos valores mais elevados. Quando se analisa a taxa bruta de natalidade, o Centro ocupa a última posição, com um valor de 6,8‰ em 2015. Quanto à taxa de mortalidade infantil, a região Centro ocupa a terceira melhor posição que se traduz no valor de 2,7‰³.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) estão organizados, na área de influência da ARS Centro,

³³ http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20e%20avalia%C3%A7%C3%A3o/Plano%20de%20Atividades%202016_ARSCentro,IP%20_VF.pdf

IP, em seis ACES e duas Unidades Locais de Saúde (ULS), designadamente, a ULS de Castelo Branco e a ULS da Guarda³.

A ARS Centro teve uma taxa de resposta de 69,84%, com 44 coordenadores respondentes ao estudo do Momento Atual 2016/2017 das 63 USF existentes. Em relação ao Momento Atual da Reforma dos CSP 39,5% encontram-se satisfeitos ou muito satisfeitos, o maior valor desde a primeira edição do estudo; e 23,2% integram o grupo dos insatisfeitos ou muito insatisfeitos. Considerando o ano de 2012, período de maior insatisfação (78,5%) o nível de insatisfeitos ou muito insatisfeitos sofreu uma queda de 55,3% em relação ao ano de 2016, uma recuperação muito importante.

84,1% dos coordenadores desta região estão satisfeitos ou muito satisfeitos em relação ao modo como decorreu a atividade da sua própria USF até agora. Destes 31,8% estão muito satisfeitos, o dobro em relação a percentagem do ano passado.

A satisfação com o Ministério da Saúde ainda assume valores negativos (45,2% de insatisfeitos ou muito insatisfeitos) estando 40,5% dos coordenadores nem satisfeitos nem insatisfeitos com a sua atuação. Na evolução ao longo dos anos a relação com a ARS na região centro foi a única a não apresentar melhoria no nível de satisfação, pelo contrário, houve redução de 15,4% nos satisfeitos ou muito satisfeitos. Quanto aos Departamentos de Contratualização, os coordenadores das USF da ARS Centro são os mais satisfeitos (39,5%), inclusive com mais coordenadores satisfeitos do que insatisfeitos (25,6%), o que não se verifica em mais nenhuma outra ARS.

Em relação aos ACES, a evolução foi mais positiva na ARS do Centro com mais da metade dos coordenadores satisfeitos ou muito satisfeitos (54,6%).

Os índices de satisfação são positivos para a ERA, os ACES e a USF-AN e para a Coordenação para a reforma do SNS na área dos CSP, com mais de 50% dos coordenadores com índices satisfatórios positivos.

Em relação ao ACES os índices de satisfação em geral são positivos e apresentam valores superiores a 35% de profissionais satisfeitos ou muito satisfeitos com relação a todas as unidades dos ACES, nomeadamente, UAG, URAP, USP e UCC, e também ao conselho clínico e

diretor executivo. Contudo, vale destacar que relativos às URAP e às USP a percentagem de coordenadores nem satisfeitos nem insatisfeitos é de 50% e 52,27%, respectivamente.

Considerando as profissões/consultas/serviços de saúde oferecidos pelo ACES da ARS Centro, as atividades profissionais Técnico de cardiopneumologia (2,5%) é a que existe em menos ACES. As Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (27%). são a segunda e as consultas de Medicina Dentária ocupam o terceiro lugar (31,7%), seguidas das as de Higienista Oral (56,1%).

No que se refere aos principais problemas, ordenados do mais relevante ao menos relevante para a ARS Centro estão³⁴:

- 1º) Sistemas de Informação
- 2º) Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico
- 3º) Equipamentos Informáticos
- 4º) Outros Equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos
- 5º) Incentivos Institucionais

Numa questão de resposta aberta solicitou-se aos coordenadores que indicassem as três principais áreas que alterariam para melhorar o funcionamento das USF. (Ver o mesmo quadro na ARS Norte para mais informação sobre o mesmo).

Abaixo segue o quadro com a sistematização das informações.

³⁴ Ver Secção B - Identificação de Necessidades.

Quadro 9.2.2 - Identificação das necessidades da ARS Centro - lista das expressões/termos mais citados pelos coordenadores. 2016/2017.

ARS	Categorias mais citadas	Elementos mais relevantes	Nº Referências
ARS Centro	Recursos humanos (23)	Formação	16
		Secretários clínicos	5
		Motivação	2
	Instalações (22)	espaço físico/instalações	8
		Climatização	1
	Informática (19)	Informática	7
		Sistemas informáticos	4
		Quiosque	2
	Equipamentos e materiais de trabalho (13)	Equipamentos	3
		Viaturas	3
	Processos de trabalho (13)	Lista de utentes	3
		Manutenção/ organização	3
		Burocracia	1
		Responsabilização	1
	Recursos financeiros - Incentivos institucionais (6)	Incentivos	3
	Rede/ relações Intersectoriais (3)	Integração	1
		Trabalho em equipa	1
	Sistema telefónico (2)	Telefónico	2
	Registo biométrico de assiduidade (1)	Anular o pontómetro	1
	Autonomia da USF (1)	Real autonomia	1
	Contratualização (1)	Contratualização	1
	Relações com a Comunidade (1)	Responsabilização dos utentes	1

No que se refere à adequação das instalações para as atividades dos profissionais de saúde, 43,18% dos respondentes considera-as de acordo ou muito de acordo com as suas necessidades, a segunda mais baixa das ARS. Os equipamentos informáticos, como já mencionado, suscitam insatisfação por parte dos coordenadores: hardware (59,9%) e software (61,36%).

A inadequação dos materiais de trabalho e equipamentos clínico (esfigmomanómetros, otoscópios, balanças, frigoríficos, termómetros, ...) é assumida por 56,82% dos

coordenadores. A segunda mais alta comparada as outras ARS. Já a central telefônica da ARS Centro é considerada inadequada por 88,64% dos coordenadores. Em relação ao sistema de climatização é a ARS Centro que possui o maior grau de insatisfeitos. Ainda com medidas negativas estão as respostas referentes à rapidez de resposta aos problemas que dependem de intervenção dos ACES e das ARS do Centro, ainda que seja a segunda mais satisfatória de todas as ARS³⁵.

A falta de material foi relatada pelos coordenadores das USF em 93,2% dos casos e em 34,1% dos casos a falta de material ocorreu mais de 10 vezes no ano.

Num alinhamento com os desafios identificados no Plano de Atividades de 2016 da ARS Centro³⁶, nomeadamente: i) Apoiar o relançamento da reforma dos CSP; ii) Prosseguir o objetivo da criação de mais USF na região; iii) Prosseguir com o ciclo anual de contratualização externa e apoio à contratualização interna dos ACES; iv) Apostar na promoção da saúde e prevenção da doença; e v) Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e reduzir as desigualdades no acesso à saúde através da renovação/construção de unidades de saúde, as informações aqui apresentadas podem colaborar na construção estratégica de medidas de melhorias.

9.2.3. ARS LVT

A Região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT) é constituída por 5 NUTS III: Grande Lisboa, Península de Setúbal, Médio Tejo, Lezíria do Tejo e Oeste. Congregava, em 2011, 52 concelhos e 534 freguesias. A população residente na região em 2011 (3.659.868 habitantes) era 5,3% maior do que referenciada em 2001, correspondente a 34,6% da população nacional e 36,4% da população do Continente. A área geográfica é de 12.203 Km², equivalente a 13,2% de todo o território nacional e a 13,7% do território de Portugal Continental. A densidade populacional

³⁵ Ver secção F- Instalações e Equipamentos

³⁶ http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20e%20avalia%C3%A7%C3%A3o/Plano%20de%20Atividades%202016_ARSCentro.IP%20_VF.pdf

na RLVT era de 309,4 habitantes/ km², inferior aos 312 habitantes/km² mencionados no Relatório do Perfil de Saúde de 2010³⁷.

A ARS LVT é a segunda maior em número de USF (146) e teve o segunda maior número de respondentes 28,3% em relação ao total de respondentes, 96 em número absoluto. Teve uma taxa de respostas de 65,75%.

Em relação ao Momento Atual da Reforma dos CSP 27,1% encontram-se satisfeitos ou muito satisfeitos, o segundo valor mais baixo comparado as outras ARS, mas com um aumento no nível de satisfação de 12,8% em comparação com o ano passado e 17,6% em comparação com o ano 2014/2015, ano no qual esta taxa teve o valor mais baixo desde a primeira edição da pesquisa do Momento Atual. Uma taxa de recuperação expressiva, que ainda exige atenção e ações estratégicas de melhorias.

69,8% dos coordenadores desta região estão satisfeitos ou muito satisfeitos em relação ao modo como decorreu a atividade da sua própria USF até agora. Destes 51,0% estão satisfeitos, valor que se manteve aproximadamente constante em relação ao ano passado.

A satisfação com o Ministério da Saúde ainda assume valores negativos (45,9% de insatisfeitos ou muito insatisfeitos), a maior entre as ARS, e apresenta 44,8% dos coordenadores nem satisfeitos nem insatisfeitos com a sua atuação.

Quanto ao Departamento de Contratualização, existem 51,7% dos coordenadores da ARS LVT insatisfeitos ou muito insatisfeitos e em relação à ERA esse valor é de 45,2% e em relação à própria ARS, de 65,6%. Em relação aos **ACES**, a evolução foi mais positiva na ARS LVT, 50% dos coordenadores satisfeitos ou muito satisfeitos, 11% a mais do que no ano anterior e muito próximo ao melhor valor já estabelecido para este indicador nas edições deste estudo (em 2011/2012 = 53,1%)

Os índices de satisfação são positivos para os ACES, a USF-AN e para a Coordenação para a reforma do SNS na área dos CSP. As demais estruturas envolvidas na Reforma apresentaram níveis mais baixos de satisfação na opinião dos coordenadores.

Ainda em relação ao ACES os índices de satisfação em geral são positivos e apresentam valores superiores a 40% de profissionais satisfeitos ou muito satisfeitos com relação a todas

³⁷ http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/875/VOL1_-_Perfil_de_Sa_de_-_Determinantes.pdf

as unidades dos ACES, nomeadamente, UAG, URAP, USP e UCC, e também ao conselho clínico e diretor executivo.

Considerando as profissões/consultas/serviços de saúde oferecidos pelo ACES da ARS LVT as que existem em menor número são a Consulta de Nutrição (24,2%), Técnico de cardiopneumologia (23,2%) e Equipas Comunitárias de Suporte Paliativo (29,3%). As atividades de consultas de Medicina Dentária apresentam as melhores taxas comparadas com as demais regiões (66,3%). O mesmo para as consultas de Higienista Oral (88,5%).

No que se refere aos principais problemas, em ordem do mais relevante ao menos relevante para a ARS LVT estão³⁸:

- 1º) Equipamentos Informáticos
- 2º) Sistemas de Informação
- 3º) Incentivos Institucionais
- 4º) Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico
- 5º) Outros Equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos

Numa questão de resposta aberta solicitou-se aos coordenadores que indicassem as três principais áreas que alterariam para melhorar o funcionamento das USF. (Ver o mesmo quadro na ARS Norte para mais informação sobre o mesmo).

Abaixo segue o quadro com a sistematização das informações.

Identificação das necessidades da ARS LVT - lista das expressões/termos mais citados pelos coordenadores. 2016/2017.

³⁸ Ver Secção B - Identificação de Necessidades.

Quadro 9.2.3 - Identificação das necessidades da ARS LVT - lista das expressões/termos mais citados pelos coordenadores. 2016/2017.

	Categorias mais citadas	Elementos mais relevantes	Nº Referências
ARS LVT	Informática (59)	Informática	44
		equipamento informático	20
		melhor(ia)	10
		Hardware	9
		Software	7
	Recursos Humanos (38)	formação	11
		secretários clínicos	6
		Mobilidade	7
		Enfermeiro	5
		alargamento/contratação/admissão	9
	instalações (29)	espaço/instalações	13
		Melhoria	3
		Acessibilidade	3
		Espaço	5
	Processos de Trabalho (25)	Atendimento	3
		lista de utentes	3
		Burocracia	2
		Amenidades	2
	Equipamentos e Materiais de Trabalho (13)	Equipamentos	8
		Materiais	4
	Contratualização (11)	Contratualização	8
		Modelo	2
	Recursos Financeiros - Incentivos institucionais (8)	Incentivos	8
	Registo Biométrico de assiduidade (7)	Biométrico	4
		Controle	3
	Sistema Telefónico (7)	telefone/telefónico	6
		Atendimento	3
	Rede/ Relações Intersectoriais (6)	Apoio	2
		Articulação	2
	Autonomia da USF (4)	Autonomia	4
	Relações com a Comunidade (1)	Educação	1

No que se refere a adequação das instalações para as atividades dos profissionais de saúde 60% (o segundo valor mais alto) dos respondentes concorda ou concorda muito que estão adequadas às suas necessidades. Os equipamentos informáticos, como já mencionado, suscitam insatisfação por parte dos coordenadores: hardware (73,96%) e software (67,71% - este o mais elevado entre as ARS).

A inadequação dos materiais de trabalho e equipamentos clínico (esfigmomanómetros, otoscópios, balanças, frigoríficos, termómetros, ...) existe em 41,67% das USF na opinião dos coordenadores, sendo a segunda mais baixa comparada as outras ARS. Já a central telefónica na ARS LVT é considerada a mais inadequada entre todas as regiões - 94,79% dos coordenadores. Em relação ao sistema de climatização é a ARS com o segundo maior grau de insatisfeitos (62,50%). 83,70% dos coordenadores considera que não tem uma resposta rápida aos problemas que dependem da ARS.

A falta de material considerado básico foi relatada pelos coordenadores das USF em 94,7% dos casos, acontecendo em 51,1% mais de dez vezes.

9.2.4. ARS Alentejo

A área de intervenção da ARSA abrange as NUTS do Alto Alentejo, Alentejo Central, Alentejo Litoral e Baixo Alentejo, o que corresponde a uma área total de cerca de 27.330 Km² e a uma população residente estimada para 2014, de acordo com os dados do INE, de 489.750 indivíduos³⁹.

A região Alentejo foi a que menos respondentes teve ao estudo 7 coordenadores, das 16 USF (43,75% de taxa de resposta).

Em relação ao Momento Atual da Reforma dos CSP 42,9% encontram-se satisfeitos ou muito satisfeitos; e na mesma percentagem de 42,9% estão os insatisfeitos ou muito insatisfeitos. Considerando o ano de 2015/2016, período de maior insatisfação (50%) o nível de insatisfeitos ou muito insatisfeitos sofreu uma queda de 7,1% no ano de 2016.

³⁹ http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/InstrumentosGestao/Documents/Plano%20de%20Atividades/Plano_Atividades_2016.pdf

57,2% dos coordenadores desta região estão satisfeitos em relação ao modo como decorreu a atividade da sua própria USF até agora. Em relação ao Ministério da Saúde existem 28,6% insatisfeitos ou muito insatisfeitos. Os índices de satisfação são positivos para a DGS, ACES e a USF- AN. Em relação à ERA 71,4% dos coordenadores não está nem satisfeita nem insatisfeita com a sua atuação, não existindo coordenadores satisfeitos. Em relação ao ACES a satisfação atingiu o nível mais elevado considerando todas as edições deste estudo (57,1% de satisfeitos e muito satisfeitos) e apresenta níveis de satisfação positivos em relação USP e UCC, ao conselho clínico e ao diretor executivo.

Considerando as profissões/consultas/serviços de saúde oferecidos pelo ACES da ARS Alentejo as atividades profissionais de Medicina Dentária (28,6%) é a que existe menos. As demais atividades listadas existem em valores iguais ou superiores a 50% de acordo com os coordenadores.

Quanto à satisfação com a atuação da respetiva ARS, o Alentejo (novamente com uma situação bipolarizada), têm 28,6% de coordenadores muito insatisfeitos e 28,6% satisfeitos.

No que se refere aos principais problemas, em ordem do mais relevante ao menos relevante para a ARS Alentejo estão⁴⁰:

- 1º) Acesso a informação importante para a tomada de decisões
- 2º) Relacionamento com o Diretor Executivo dos ACES
- 3º) Comunicação do ACES para a USF
- 4º) Sistemas de Informação
- 5º) Formação

Como se observa, na ARS do Alentejo, o conjunto dos cinco primeiros problemas é totalmente diferente das demais ARS, só se mantendo os sistemas de informação e na 4ª posição.

Numa questão de resposta aberta solicitou-se aos coordenadores que indicassem as três principais áreas que alterariam para melhorar o funcionamento das USF. (Ver o mesmo quadro na ARS Norte para mais informação sobre o mesmo).

⁴⁰ Ver Secção B - Identificação de Necessidades.

Abaixo segue o quadro com a sistematização das informações.

Quadro 9.2.4- Identificação das necessidades da ARS Alentejo - lista das expressões/termos mais citados pelos coordenadores. 2016/2017.

ARS Alentejo	Categorias mais citadas	Elementos mais relevantes	Nº Referências
	Recursos Humanos (4)	Formação	2
		Mobilidade	1
	Processos de Trabalho (2)	Colaboração	1
	Informática (2)	redução da lista de utentes	1
		Software	1
		Quiosque	1
	Instalações (1)	Incentivos	1
	Sistema Telefónico-1	Instalação	1
	Equipamentos e Materiais de Trabalho (1)	melhoria da rede telefónica	1
	Recursos Financeiros/ Incentivos institucionais (1)	Incentivos	1
	Registo Biométrico de assiduidade (0)	X	0
	Autonomia da USF (0)	X	0
	Contratualização (0)	X	0
	Rede/ Relações Intersectoriais (0)	X	0
	Relações com a Comunidade (0)	X	0

No que se refere a adequação das instalações para as atividades dos profissionais de saúde 71,43% dos respondentes concorda ou concorda muito que estão adequadas às suas necessidades. Os equipamentos informáticos, como já mencionado, suscitam insatisfação por parte dos coordenadores: hardware (57,14%) e software (42,86%).

A inadequação dos materiais de trabalho e equipamentos clínico (esfigmomanómetros, otoscópios, balanças, frigoríficos, termómetros, ...) existe em 14,29% das USF na opinião dos coordenadores. A maioria (57,14%) considera os equipamentos disponíveis ajustados às suas necessidades.

A central telefónica da ARS Alentejo tem a menor percentagem de desaprovação (71,43%). Os coordenadores das USF da ARS Alentejo foram os mais satisfeitos em relação ao sistema

de climatização e 71,43% consideram que as salas de espera das suas unidades são adequadas às suas necessidades.

Já em relação a rapidez da resposta da ARS aos problemas que dela dependem nenhum coordenador está satisfeito.

A falta de material considerado básico foi relatada pelos coordenadores das USF em 85,8% dos casos e em 42,9% dos casos a falta de material ocorreu 3 a 10 vezes no ano e em 14,3% mais de dez vezes no ano. É a ARS em que os coordenadores menos reportam falta de material básico.

9.2.5. ARS Algarve

A Região de Saúde do Algarve integra 16 concelhos e abrange uma área de 4.996,8 Km², a que corresponde 5,6% do território de Portugal Continental. A organização administrativa da Região de Saúde do Algarve, em vigor desde 18 de Março de 2009, compreende atualmente três Agrupamentos Centrais de Saúde (ACeS). Territorialmente, a Região de Saúde do Algarve corresponde à NUT II - Algarve, prevista no 2.º art.º do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro.

Em 2014, a Região abrangia uma população residente de 441.468 habitantes⁴¹.

A reforma dos CSP desenvolve-se de forma sustentada, com a crescente implementação das unidades funcionais (USF, UCSP, URAP, UCC). Em abril de 2017 a ARS Algarve contava com 29 USF, correspondendo a 6% do total de USF no país. A rede hospitalar pública é constituída por um centro hospitalar – Centro Hospitalar Algarve, com 3 unidades (Hospital de Faro, Hospital de Lagos e Hospital de Portimão)⁴²

O Algarve foi a região em que a taxa de participação foi maior, com 92,3% de respondentes. Em relação ao Momento Atual da Reforma dos CSP 18,2% encontram-se satisfeitos e 45,4% constituem o grupo dos insatisfeitos. Considerando o ano de 2014/15, período de maior insatisfação (85,7%) o nível de insatisfeitos ou muito insatisfeitos sofreu uma queda para quase metade, neste estudo.

⁴¹ http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/PeRS_Algarve_2015.pdf

⁴² <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-do-algarve-epe/>

81,8% dos coordenadores desta região estão satisfeitos em relação ao modo como decorreu a atividade da sua própria USF até agora. A satisfação com o Ministério da Saúde ainda assume valores negativos (27,3% insatisfeitos versus 9,1 de satisfeitos). Os índices de satisfação são superiores aos de insatisfação para a ERA e a USF- AN. Em relação à ERA a satisfação atingiu o nível mais elevado considerando todas as edições deste estudo (63,7% de satisfeitos e muito insatisfeitos) e apresenta valores de 70% em níveis de satisfação em relação às UCC. As restantes unidades dos ACES, nomeadamente, UAG, URAP, USP e também o conselho clínico e diretor executivo, têm um nível de satisfação entre os 27% e os 40%.

Considerando as profissões/consultas/serviços de saúde oferecidos pelo ACES da ARS Algarve as atividades das Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos são as que existem em menor número – 27,3%. Por outro lado, relativamente à consulta de Nutrição ou das UCC a cobertura alcança os 90,9% e os Técnicos de Cardiopneumologia 81,8%. As Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI); ELI (Equipas Locais de intervenção); a Saúde Pública e o Serviço Social abrangem 100% da população.

Quanto à satisfação com a atuação da respetiva ARS, são as do Algarve as mais insatisfeitas (63,7%), embora com tendência de recuperação nos últimos anos. O mesmo se passa com o Departamento de Contratualização da ARS Algarve e até com algum aumento da insatisfação neste estudo, atingindo um máximo histórico de 60% de insatisfeitos ou muito insatisfeitos .

No que se refere aos principais problemas, em ordem do mais relevante ao menos relevante para a ARS Algarve estão⁴³:

1º) Contratualização

2º) Incentivos Institucionais

3º) Sistemas de Informação

4º) Acesso a informação importante para a tomada de decisões

5º) Equipamentos informáticos (que inclui Software e Hardware que se isolaram para saber qual o que representa um problema maior)

⁴³ Ver Secção B - Identificação de Necessidades.

Numa questão de resposta aberta solicitou-se aos coordenadores que indicassem as três principais áreas que alterariam para melhorar o funcionamento das USF. (Ver o mesmo quadro na ARS Norte para mais informação sobre o mesmo).

Abaixo segue o quadro com a sistematização das informações.

Quadro 9.2.5- Identificação das necessidades da ARS Algarve - lista das expressões/termos mais citados pelos coordenadores. 2016/2017.

ARS Algarve	Categorias mais citadas	Elementos mais relevantes	Nº Referências
	Recursos Humanos/ Instalações (6)	formação	3
		mobilidade	2
		secretários clínicos	1
		instalações	6
		melhoria	1
	Informática (5)	equipamentos	2
		sistemas informáticos	2
	Equipamentos e Materiais de Trabalho (3)	falta de material	1
		carro para visitas	1
		equipamentos	1
	Autonomia da USF (2)	autonomia	1
	Rede/ Relações intersectoriais (2)	Aces	2
	Processos de Trabalho (1)	informação	1
	Relações com a Comunidade (1)	comunicação	1
	Recursos Financeiros - Incentivos institucionais (1)	remuneração	1
	Sistema Telefónico (0)	x	0
	Registo Biométrico de assiduidade (0)	x	0

No que se refere a adequação das instalações para as atividades dos profissionais de saúde, apenas 27,27% dos respondentes as considera de acordo ou muito de acordo com as suas necessidades (o valor mais baixo a nível nacional). Os equipamentos informáticos, como já mencionado, geram insatisfação nos coordenadores: hardware (90,91%) e software (63,64%).

A inadequação dos materiais de trabalho e equipamentos clínico (esfigmomanómetros, otoscópios, balanças, frigoríficos, termómetros, ...) tem uma percentagem de desaprovação de 72,73% na opinião dos coordenadores, a mais alta quando comparada com as outras ARS. Já as centrais telefónicas que equipam as USF da ARS Algarve são as segunda menos inadequada comparada com as demais regiões. Contudo a percentagem de insatisfeitos neste parâmetro é mesmo assim alta - 81,82%.

Os coordenadores das USF da ARS Algarve manifestam uma elevada insatisfação com a rapidez de resposta da ARS aos problemas que dela dependem. A percentagem de insatisfeitos neste parâmetro é de 81,82%. A falta de material considerado básico em pelo menos uma vez no último ano foi relatada pela totalidade dos coordenadores das USF e em 60% dos casos a falta de material ocorreu mais de 10 vezes no ano.

9.3 ACES - AGRUPAMENTOS CENTRAIS DE SAÚDE

Os ACES - Agrupamentos Centrais de Saúde são a estrutura do Serviço Nacional de Saúde que as USF integram⁴⁴ e, portanto, aquela que mais interações com elas tem e que potencialmente mais pode influenciar a sua atividade. Assumem, por isso, uma importância vital para o desempenho das USF. São, portanto, boas notícias as melhorias vincadas que se verificaram no ano passado na satisfação das USF em relação aos ACES nomeadamente no grupo dos “Muito insatisfeitos” que passaram para quase metade. A satisfação parece ser alta em todas as ARS com exceção dos ACES da ARS do Algarve, a única que tem mais coordenadores insatisfeitos do que satisfeitos. Desde o ano passado, a evolução foi mais positiva nas ARS do Centro, LVT e Alentejo e piorou muito na ARS do Algarve. A satisfação (satisfeitos ou muito satisfeitos) estende-se às estruturas dirigentes dos ACES, sendo positiva para o diretor executivo do ACES ainda que tenha diminuído face ao ano passado, passando de 60,7% em 2015/2016 para 56,54% este ano, e sendo um pouco menor com o Conselho Clínico (52,55%). A satisfação (satisfeitos ou muito satisfeitos) com o diretor executivo do ACES é menor na ARS do Algarve, acontecendo o mesmo com a satisfação com Conselho Clínico⁴⁵.

A Reforma dos CSP em 2005 tinha duas grandes áreas de evolução⁴⁶: a constituição das USF e a reorganização dos Centros de Saúde. Esta última previa a junção dos Centros de Saúde em Agrupamentos Centrais de Saúde (ACES), que aconteceu em duas fases, primeiro em 74 ACES e que sofreu depois nova concentração para 55^{47,48}. Previa, ainda, a reorganização em termos da sua composição interna e da sua gestão, com mais meios e maior autonomia para uma maior capacidade de resolução dos problemas da população e uma gestão de maior proximidade.

⁴⁴ Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto; Portaria n.º 1368/2007, de 18 de Outubro.

⁴⁵ Ver secção A - Satisfação com a Reforma dos CSP

⁴⁶ Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005 (determina a criação de uma estrutura de Missão para a reforma dos cuidados de saúde primários e nomeia o coordenador).

⁴⁷ Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Proposta para a reconfiguração dos Centros de Saúde – Criação de Agrupamentos Centrais de Saúde. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários; 2007. 29p.

⁴⁸ Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro.

O agrupamento ocorreu e com um nível muito mais intenso do que o previsto, criando mega-ACES com centenas de milhares de utentes e centenas de profissionais, mas sem a adequada máquina de gestão, situação que deveria merecer uma avaliação cuidadosa em relação às suas consequências.

A reorganização interna também aconteceu e segundo o previsto, com a constituição das várias unidades funcionais, incluindo as UAG - Unidade de Apoio à Gestão, parte da tal necessária máquina de gestão. Quando se perguntou da satisfação das USF em relação às UAG, a resposta foi positiva – quase o dobro dos satisfeitos e muito satisfeitos em relação ao polo oposto - com exceção das ARS do Algarve e Alentejo em que há insatisfação. A satisfação das USF com as outras estruturas do ACES é menor do que com o diretor executivo, mas todas mais positivas do que negativas. De realçar a UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade que é a única unidade de prestação de cuidados, entre as avaliadas, que apresenta valores de satisfação acima dos 50% (52,44%). A satisfação com URAP – Unidade de Recursos Partilhados é menor também no Algarve e Alentejo. Em relação às UCC, é no Algarve onde estão as USF mais satisfeitas⁴⁹.

A autonomia ficou muito distante do planeado e isso é evidente também nos resultados deste estudo. Quando se perguntou às USF qual a autonomia real vs autonomia desejada, 85,9% dos coordenadores considera que o ACES deveria ter uma autonomia maior do que tem atualmente. Na mesma linha, 91,5% dos coordenadores considera que a autonomia do ACES afeta a autonomia da USF⁵⁰.

Quanto ao planeamento da atividade, verifica-se um aumento dos ACES com plano de desempenho, passando de 91,7% em 2015/2016 para 92,8% este ano e mais ACES a discutir os planos de desempenho com as suas USF (um aumento de 1,1%). Houve uma redução do número de ACES com relatórios de atividade, passando de 94,7% em 2015/2016 para 90,1% este ano, mas aumentou o número de coordenadores que foi envolvido ou discutiu esse relatório na concretização do mesmo, aumento de 47% desde 2015/2016. Eventualmente, a melhoria da satisfação dos coordenadores das USF com os ACES resulta deste maior envolvimento dos coordenadores no planeamento e atividade dos ACES. No entanto, há ainda caminho a percorrer - quando se questionam os coordenadores sobre se o plano de ação das

⁴⁹ Ver secção E - O ACES e as outras Unidades Funcionais do ACES

⁵⁰ Ver secção E - O ACES e as outras Unidades Funcionais do ACES

suas USF alguma vez foi discutido com o conselho executivo, 61,8% dos coordenadores referem que não, mas, ainda assim o resultado representa uma melhoria de 3,2%, face a 2015/2016⁵¹. Ao analisarmos os resultados dos últimos anos relativos à questão se “o plano de ação foi tido em conta na discussão dos indicadores e metas em sede de contratualização” verificamos um aumento gradual em relação ao Sim, aumentando 22,4% desde 2013, passando de 24,8% para os atuais 47,2%.

Analisando agora a abrangência da capacidade de resposta dos ACES, as profissões da Saúde/Consultas/Serviços identificados como existentes em maior número nos ACES são a Saúde Pública (98,8%), o Serviço Social (98,5%) e a ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados com 94,4%. Por outro lado, os identificados como em menor número são o técnico de Cardiopneumologia (74,9%), as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos e a Consulta de Medicina Dentária (68,9%). Quanto à satisfação (Satisfeito e Muito Satisfeito) com a articulação com as diferentes unidades funcionais, os coordenadores indicam sentir-se mais satisfeitos com o Serviço Social (65,76%), Saúde Pública (56,32%) e ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados (51,62%). No que toca à Insatisfação (Insatisfeito e Muito Insatisfeito) indicam sentir-se mais insatisfeitos com a Consulta de Medicina Dentária (50%), o Técnico de Cardiopneumologia (44,52%) e a consulta de Psicologia (40,94%). Os coordenadores consideram que os recursos que lhes geram mais satisfação (Satisfeito e Muito Satisfeito) quanto à acessibilidade dos utentes das USF que coordenam é o serviço Social (65,76%), a Saúde Pública (56,32%) e a UCC (47,84%). Quanto à Insatisfação (Insatisfeito e Muito Insatisfeito) os recursos do ACES que lhes geram mais insatisfação são a Consulta de Medicina Dentária (66,49%), a consulta de Psicologia (60,19%) e o Técnico de Cardiopneumologia (58,68%)⁵².

É de referir que em apenas 30,3% das USF têm a satisfação no trabalho dos profissionais avaliada e que este valor tem vindo a cair desde 2014 (57,6%).

É igualmente relevante o facto de ainda subsistirem USF sem manuais de boas práticas/manual de procedimentos (3,8%) e 12% de USF em que apenas têm manuais de boas práticas/manual de procedimentos para um pequeno número de áreas, algo que tem de ser abordado prioritariamente.

⁵¹ Ver secção E - O ACES e as outras Unidades Funcionais do ACES

⁵² Ver secção E - O ACES e as outras Unidades Funcionais do ACES

Como conclusão, na hierarquia dos problemas que carecem de resolução identificados pelas USF e descrita na secção B, confirma-se esta melhoria na satisfação com os ACES, ocupando as questões mais diretamente relacionadas com os ACES – comunicação dentro do ACES, relações com o diretor executivo (neste caso com a relevância de na avaliação do ano passado ser o 2º problema mais importante) ou relações com outras unidades do ACES – posições entre a 14º e a 18º mais importantes num total de 23. No entanto, na ARS do Alentejo as relações com o diretor executivo e a comunicação do ACES para as USF são o segundo e o terceiro problema mais importantes para os coordenadores das USF.

9.4. PROFISSÕES E PROFISSIONAIS

A disponibilidade de recursos humanos em saúde (RHS) é considerada um componente crítico para a efetiva oferta de serviços com qualidade nos diferentes níveis de cuidados, constituindo um importante determinante do estado de saúde de uma população pelo seu papel no desempenho dos serviços e sistemas de saúde, sobretudo no que se refere à cobertura universal (WHO, 2006⁵³; BACON & NEWTON, 2014⁵⁴). Um sistema eficaz de prestação de cuidados de saúde depende do **número certo e da combinação adequada de profissionais de saúde** com as **competências e capacidades necessárias**, assim como com a **motivação e os meios necessários** para desempenhar bem as suas funções. (ANAND & BÄRNIGHAUSEN 2012⁵⁵). Dado o carácter crítico não só dos recursos humanos no sistema de saúde, como também do tempo e outros recursos investidos para formar e desenvolver profissionais de saúde qualificados, é crucial entender os fatores que afetam o tamanho e características da força de trabalho de saúde para planear adequadamente e propor ações direcionadas a solucionar problemas (SCHEFFLER; BRUCKNER; SPETZ, 2012⁵⁶)

Nos primeiros anos do estudo do Momento Atual os aspetos relacionados com os **contratos precários** apareciam em 2º lugar nos problemas a carecer de solução. Esta questão acabou por sair do top cinco dos problemas, estando no estudo deste ano na 4ª posição **Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico** e na 10ª posição a **Mobilidade dos Profissionais para a USF**.

No entanto, quando analisamos o capítulo **G- Recursos humanos**, podemos observar que a percentagem de **Médicos providos em lugar do quadro** que entre 2011 e 2014 oscilou entre 91,3% e os 96,5, passou a oscilar entre 84% e 89,2% nos anos seguintes, apresentando este ano o valor de 85,6%. Em linha com este dado, a percentagem **sem mobilidade consolidada**, atingiu este ano um máximo histórico de quase 10%.

⁵³ Who. World Health Organization: Working Together For Health – World Health Report 2006, In World Health Report. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2006

⁵⁴ Bacon, T.J.; Newton, W.P. Innovations In The Education Of Health Professionals. In: North Carolina Medical Journal. (1 Ed., Vol. 75, Pp. 22-27). 2014.

⁵⁵ Anand S, Bärnighausen T. Health workers at the core of the health system: framework and research issues. Health Policy; 105(2): 185-191. 2012

⁵⁶ Scheffler R, Bruckner T, Spetz J. The labour market for human resources for health in low-and middle-income countries. Human Resources for Health Observer; 10:1-20. 2012.

Fazendo a mesma análise nos outros grupos profissionais, podemos observar que na área de **Enfermagem**, apesar da percentagem de Enfermeiros **sem mobilidade consolidada** ter crescido nos últimos anos, estando atualmente nos 9,1%, a percentagem de Enfermeiros **providos em lugar do quadro**, tem vindo a aumentar de forma significativa (75,5% em 2009/10; 82,6% em 2016/17). Quanto aos **secretários clínicos**, observa-se uma tendência semelhante aos Enfermeiros, com aumento da percentagem de **Profissionais providos em lugar do quadro** (70,9% em 2009/10; 78,7% em 2016/17), como uma estabilização próxima dos 9% nos **Profissionais sem mobilidade consolidada**.

De acordo com o estudo “Health System in Transition”⁵⁷, em 2014 em Portugal houve um acréscimo no número de médicos empregados no SNS de 3,3% (816 médicos a mais) em relação ao ano de 2013. O mesmo documento afirma que número de médicos de família representa 29,5% do total de médicos empregados no SNS português (69% destes são médicos hospitalares e 1,5% especialistas em saúde pública). O mesmo documento em relação ao número de enfermeiros afirma que apesar de Portugal ter aumentado nos últimos anos a proporção de enfermeiros no mercado de trabalho, as médias nacionais ainda apresentam valores abaixo da média da União Europeia (638 por 100 000 habitantes em comparação com a média da UE de 864 por 100 000 habitantes em 2014). A percentagem de enfermeiros vinculados aos cuidados de saúde primários em Portugal ainda é muito baixa comparadas aos outros serviços do SNS, apenas 17%, comparado aos aproximadamente 87% dos profissionais vinculados a serviços hospitalares⁵.

A distribuição geográfica dos profissionais de saúde em Portugal, assim como em outros países europeus, como Áustria, Bélgica, República Checa e Eslováquia por exemplo, concentram -se nas capitais. A região do Alentejo tem a menor proporção de médicos de família 49 por 100.000 habitantes. Em Lisboa a razão é de 69 por 100.000 habitantes⁵.

Apoiando estes dados, na pergunta aberta “**quais outros problemas, para além dos mencionados, que carecem de resolução nas USF?**”, vários coordenadores mencionam problemas relacionados com os recursos humanos. Nomeadamente:

⁵⁷ Simões J, Augusto GF, Fronteira I, Hernández-Quevedo C. Portugal: Health system review. Health Systems in Transition, 2017; 19(2):1–184. Disponível em; http://www.plataforma.org.pt/c/document_library/get_file?uuid=532b8c33-e4d4-4af3-972b-1dd46542b736&groupId=18

-Falta de profissionais de todas as categorias, sobrecarga de trabalho e desmotivação dos profissionais.

- Necessidade de melhor formação para secretários clínicos
- Problemas com a mobilidade/ rotatividade dos profissionais
- Barreiras burocráticas do setor de Recursos Humanos que não torna possível a contratação de novos profissionais e/ou profissionais temporários em casos de licenças prolongadas.

Neste cenário, é necessário por um lado dar estabilidade à equipa e aos seus profissionais permitindo a consolidação de mobilidades e por outro lado contratar mais profissionais e permitir a sua mobilidade com rápida substituição.

Partindo-se do pressuposto de que a formação dos profissionais da saúde é fundamental para o desenvolvimento do sistema de saúde e para dar respostas às necessidades de saúde da população, e ainda que tenha havido um esforço na tentativa de minimizar as diferenças e incongruências entre a formação e as necessidades de saúde, e que o ensino superior tenha passado por uma expansão significativa, muitos são os estudos e análises que diagnosticam a permanência de enormes desafios nesta área (DAL POZ; PIERANTONI; SÁBADO, 2013)⁵⁸. Nesse contexto a formação dos profissionais de saúde ganhou destaque na opinião dos coordenadores, conforme apresentado no setor B do questionário aplicado. As questões abertas expuseram a relevância e a necessidade da formação, sobretudo dos secretários clínicos, em todas as ARS. A compreensão sobre os elementos, competências e capacidades que os profissionais de saúde deveriam ter não era objetivo deste estudo, contudo, a sua importância e destaque naquilo que os coordenadores consideram ser importante sugere que a área da formação nos CSP seja abordada em maior profundidade no futuro.

Uma edição especial do The Lancet em 2010 sobre a formação profissional em saúde para o século 21 reforça que não se pode mais considerar a instituição de saúde de forma isolada e individual, mas sim como parte de um conjunto inter-relacionado de organizações que implementam as diversas funções de um sistema de formação; o que reforça a configuração

⁵⁸ Dal Poz, M. R.; Pierantoni, C.R.; Sábado, G. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Org.). A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Ipea/ministério da Saúde/ Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. V. 3. P. 184-233

da unidade de saúde como integrante do processo formativo (FRENK et al, 2010⁵⁹). As mudanças curriculares citadas neste documento podem sugerir boas expectativas, se alcançadas no sentido de uma formação profissional mais abrangente e com foco nos cuidados de saúde primários.

A formação dos profissionais de saúde deve ir além de uma simples produção e provimento de funcionários para servir um determinado sistema de saúde, ela deve refletir, individual e coletivamente, os diferentes, mas complementares papéis desempenhados por estes atores, os verdadeiros agentes de mudanças (CRISP; CHEN, 2014)⁶⁰. Este novo cenário de ambientação para a formação profissional instiga a necessidade da aprendizagem como núcleo de uma educação transformadora, moldada pela adaptação de competências, as quais devem ser planeadas para contextos específicos/locais considerando o poder dos fluxos globais de informação e conhecimento (FRENK et al ,2010)⁷. Evidentemente que estas transformações exigem uma série de outras mudanças e adaptações em diferentes níveis e setores e que há sempre resistência nos processos onde as regras são redefinidas. Para Frenk et al (2010)⁷ a inovação está em direcionar as mudanças organizacionais a partir dos profissionais de saúde e das necessidades dos sistemas de saúde, de educação e da população de forma interdependente.

As unidades de cuidados de saúde primários como cenários de complexidade em saúde ampliam o seu potencial de resolatividade e a qualidade dos cuidados de saúde a partir do trabalho em equipa multiprofissional e interdisciplinar. Esta ação permite a problematização e uma possível transição da reconhecida fragmentação para a articulação e integração das ações de saúde. A diversidade das formações em saúde oferece diferentes estratégias de cuidados que ao encontrarem trabalhadores dispostos ao diálogo entre as especificidades potencializam dinâmicas criativas de operacionalizar o trabalho nos moldes de uma prática colaborativa⁶¹.

⁵⁹ Frenk, J., et al. Education of Health Professionals for the 21st Century: a global independent commission. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Global Independent Commission. Lancet. 2010

⁶⁰ Crisp, N.; Chen, L. Global Supply of Health Professionals. New England Journal of Medicine, v. 370, n. 10, p. 950–957, 2014.

⁶¹ Peduzzi Marina, Norman Ian James, Germani Ana Claudia Camargo Gonçalves, Silva Jaqueline Alcântara Marcelino da, Souza Geisa Colebrusco de. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2013 Aug [cited 2017 June 06]; 47(4): 977-983. Available from:

Neste contexto esta pesquisa inqueriu sobre os recursos do ACES referentes a outras modalidades de consultas e atendimentos em saúde. A grande maioria possui **Consulta de Psicologia** (89,5%) e de **Nutrição** (75,6%), mas apenas 31,1% consulta de **Medicina Dentária** e apenas 27,3% **Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativo**.

Os recursos do ACES que geram mais insatisfação quanto à acessibilidade dos utentes das USF que coordenam é a **Consulta de Medicina Dentária** (66,49%), a **consulta de Psicologia** (60,19%) e o **Técnico de Cardiopneumologia** (58,68%).

A organização das regiões de saúde em espaços plurais e articulados numa verdadeira rede, com interações e comunicações mais diretas, procuram otimizar a coordenação dos cuidados pelas USF. De forma a assegurar a equidade de cuidados a todos os utentes, seria importante garantir que todos os ACES possuíssem essas valências e com capacidade de reposta ajustada às necessidades da população.

Há que ter em mente que um melhor alinhamento com as políticas de saúde precisa também estar ajustada aos desejos, pessoais e profissionais, e qualidade de vida dos seus trabalhadores. Neste estudo o **exercício da profissão em tempo parcial** ainda apresenta valores muito baixos, praticamente irrelevantes, entre 1,9 e 4,2% do total (mais nos médicos). Se compararmos com o ano passado podemos verificar que houve uma ligeira subida nos médicos (0,5%) e nos secretários (0,2%), mas com quebra no caso dos enfermeiros (0,8%). De um modo geral podemos afirmar que ainda não é uma opção para a grande maioria dos profissionais, ficando por saber se é por opção dos próprios ou dos serviços⁶². Os dados encontrados neste estudo vão ao encontro das estatísticas da União Europeia (2013), nas quais as taxas de tempo parcial de trabalho em Portugal são mais baixas para homens (8,2%) e mulheres (14,1%) em comparação com as médias da UE-27 (8,4% para os homens, 32,1% para as mulheres)⁶³ (STRATEGY; CONSULTANTS, 2013)

O controlo biométrico da assiduidade dos profissionais ativo tem vindo a aumentar desde 2014 até ao momento, embora de forma muito insipiente (uma evolução de + 2,1%). De entre as 48,2% das USF que tem ativo um **método de controlo biométrico da assiduidade dos**

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000400029>.

⁶² Ver secção G- Recursos Humanos.

⁶³ Strategy, R. B.; Consultants. The current situation of gender equality in Portugal – Country Profile. 2013. UE. Portugal Employment Report 2017. European Commission, n. 1176, 2017.

profissionais, apenas 4,9% dos coordenadores considera que este método tem **impacto positivo** (de acordo e muito de acordo) na prestação de cuidados e 44,8% considera que piora a gestão da unidade (só 8,4% consideram que melhora a mesma). Verifica-se ainda, em relação a este método, que o tempo de trabalho que é realizado além do horário oficial para dar resposta às necessidades da população não é contabilizado no balanço de horas (saldo de horas), de acordo com 66,9% dos coordenadores e 52,7% considera que o **tempo que despende para dar resposta aos requisitos do controlo biométrico da assiduidade dos profissionais é excessivo e perturba** a sua atividade enquanto coordenador da USF (valor superior aos 49,2% registados no ano passado). Apenas 11% consideram esse tempo é adequado⁶⁴.

Outro setor do estudo vinculado ao campo dos Recursos Humanos refere-se à **violência sofrida pelos profissionais de saúde no ambiente de trabalho**. Neste setor 84,5% das USF mencionaram a ocorrência de pelo menos 1 episódio (a ARS LVT e depois a do Algarve, apresentam o maior número de USF com casos de violência). Cerca de 80% dos casos estão relacionados com situações de ameaça e agressão verbal, seguidas de atos de Pressão Moral (45,4%), violência contra propriedade dos profissionais (21,2%). A violência física tem também uma importante expressão (14,0%). Discriminação (8,8%) e assédio sexual (3,5%) são os tipos de violência menos frequentes. A maioria das USF (77%) refere ter procedimentos para abordar a violência contra os profissionais de saúde⁶⁵.

A compreensão dos fatores situacionais que corroboram para a ocorrência de atos de violência em unidades de saúde, em geral, carece de reflexões e entendimentos profundos de todo o processo assistencial e contexto dos cuidados. Os resultados deste estudo que indicam uma grande prevalência de violência contra os profissionais de saúde estão alinhados com outros estudos realizados em Portugal⁶⁶ e internacionalmente e devem levar a uma abordagem renovada e reforçada do problema.

Em relação aos **acidentes de trabalho**, 33,2% dos coordenadores referem que a na sua USF houve pelo menos 1 acidente nos últimos 12 meses. A maioria deles são picadas (em 61,9%

⁶⁴ Ver secção G- Recursos Humanos.

⁶⁵ Ver secção I - Acidentes de Trabalho e Violência contra os Profissionais de Saúde e Ausências ao Trabalho

⁶⁶ Ferrinho P, Biscaia A et al. Patterns of perceptions of workplace violence in the portuguese health care sector. Human Resources for Health 2003 Nov 7; 1(1): 11.

das USF em que ocorreram acidentes) e quedas (46,9%), seguindo-se os cortes (6,2%). Nas ARS de LVT e Algarve estão as USF que mais acidentes reportam. A informação das equipas de saúde acerca dos equipamentos de proteção individual que previnem riscos e danos pessoais a saúde do trabalhador é percebido como indispensável e um ato de ética e responsabilidade profissional.

A identificação dos tipos de acidentes mais habituais em cada ARS, por exemplo, pode sugerir necessidades específicas de formação e atualizações em prevenção de acidentes ocupacionais. Ressalta-se ainda que a literatura acerca da saúde do trabalhador especifica doenças e distúrbios, sobretudo aqueles relativos a sobrecarga e stress profissional, que não foram abordados neste estudo. Esta limitação abre o precedente para a ocorrência de novas pesquisas, as quais têm potencial de serem protagonizadas pela própria equipa de profissionais. Tal sugestão ganha ainda maior força quando se constata que mais de 98% das USF acolhem estágios de formação, constituindo-se, portanto, em um espaço privilegiado de investigação e reflexão das rotinas dos cuidados de saúde.

Unidades de saúde escola mobilizam o corpo de profissionais com novos olhares que podem ainda se podem multiplicar com a incorporação de outras profissões, que neste momento existem em 19,4% das unidades. As formações tradicionais de medicina e enfermagem dominam a participação: internatos de Medicina Geral e Familiar (87,4%), alunos de Medicina (94,0%), ano comum de Medicina (91,6%) e alunos de enfermagem (91,3%,). O campo para estágios dos secretários clínicos também é escasso (12,2%).

Revisitando os fatos já apresentados neste relatório, deve-se assumir a necessidade de qualificar a formação dos secretários clínicos em particular, mas de todos os profissionais no geral numa perspetiva de desenvolvimento profissional. Esta deve ser uma área que próximas edições deste estudo deveriam abordar.

Concentrando a atenção agora no **Secretário Clínico**, a este são, atualmente apresentados, um conjunto vasto de desafios profissionais, desafios esses bem distintos das práticas comuns e diárias de um administrativo “convencional”. Tal profissional, desempenha um importante papel na imagem da instituição de saúde que representa, pois é com ele que o utente/doente e/ou familiares estabelecem o primeiro contacto. Citando o antigo Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, Sr. Dr. Fernando Leal da Costa, no 6.º Encontro Nacional das Unidades de Saúde Familiar, “Tenho consciência clara, de que o pessoal administrativo das

unidades de saúde familiar, como de todo o conjunto de unidades do tecido dos ACES, é tão importante como o pessoal clínico, sendo a primeira linha do acolhimento das pessoas na rede”, julga-se ser notório o reconhecimento público do papel cada vez mais ativo que os secretários clínicos desempenham nas unidades de saúde, não só na comunicação com os cidadãos mas também nas tomadas de decisão da equipa multidisciplinar.

Comumente é aceite que os secretários clínicos desempenham as suas funções primordialmente em três áreas: 1) Atendimento e encaminhamento do cidadão; 2) Gestão da comunicação e difusão da informação e, 3) Gestão de procedimentos administrativos. Porém, definições semelhantes a esta, muitas vezes encontradas na literatura são demasiado redutoras do papel que os secretários clínicos desempenham numa unidade de saúde, sendo observável que com a reforma dos cuidados de saúde primários, a profissão sofreu uma grande evolução, passando esta a ter funções de maior responsabilidade. Esta será, em grande parte, associada à especificidade do atendimento no contexto de saúde, nomeadamente a vulnerabilidade desencadeada, nos utentes pelas alterações do seu bem-estar, exigindo uma formação particular por parte dos secretários clínicos. Assim, a par das competências técnicas, a realização deste tipo de funções exige que quem as desempenha possua um conjunto de competências sociais, comunicacionais e relacionais. Associadas a estas e porque as unidades de saúde constituem entidades em que o risco de conflitos é um fator presente, não só por prestarem cuidados de saúde a pessoas que se encontram doentes ou em estado de fragilidade física e emocional, mas também porque a nível organizacional nem sempre é possível responder de forma tão célere como os utentes e as suas famílias esperam, torna-se premente dotar os secretários clínicos de competências no âmbito da gestão de potenciais conflitos.

Por fim, a aposta das unidades de saúde na melhoria contínua da qualidade e no desenvolvimento de esforços para rentabilizar os seus serviços e atingir níveis de eficiência superiores encontra-se dependente dos esforços e competências de todos. Assim, a criação de uma carreira própria, a definição clara do perfil de competências deste profissional e a aposta na formação e qualificação dos secretários clínicos será uma inevitabilidade no imediato.

O estudo demonstra a importância que estes profissionais começam a ter para as equipas, tendo o “Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico” sido considerado como o 4º

problema a carecer de resolução nos CSP e simultaneamente, na evolução das políticas, a inclusão do secretário clínico no Conselho Técnico contou com 88% dos coordenadores a concordarem ou a concordarem muito.

A falta destes profissionais é a que mais se faz sentir a nível nacional, sendo diversas vezes referido com um dos problemas mais prementes.

Passando agora para o **Enfermeiro de Família**, a enfermagem de saúde familiar teve o seu lançamento em Portugal em 2006 com o início da Reforma dos CSP. Importa ressaltar que o Enfermeiro de Família é referido pela OMS em 2000 como o profissional capaz de responder a 9 dos 21 objetivos da Saúde 21. De acordo com a OMS o Enfermeiro de Família *“Ajudar indivíduos e famílias a lidar com doenças e incapacidade crônica, ou em períodos de stresse, passando uma grande parte do tempo a trabalhar no domicílio dos doentes e com suas famílias. Esses enfermeiros dão conselhos sobre o estilo de vida e os fatores de risco comportamentais, além de ajudar famílias com questões relacionadas à saúde. Através da detecção rápida, eles podem garantir que os problemas de saúde das famílias sejam tratados numa fase inicial.” ... “Eles podem facilitar a alta precoce das pessoas do hospital, prestando cuidados de enfermagem em casa, e podem atuar como ligação entre a família e o médico de família, substituindo o médico quando as necessidades identificadas são mais relevantes para a experiência de enfermagem.”*⁶⁷

Durante os últimos anos a especialidade de enfermagem em saúde familiar tem sofrido avanços e recuos sistemáticos, tanto a nível político como a nível da profissão que levaram a que não tenha avançado. Neste momento existe vontade política para o avanço da especialidade e está a ser reestruturada a implementação e desenvolvimento das especialidades (inclusive da Saúde Familiar) pela Ordem dos Enfermeiros.

Analisando os dados deste estudo relativos à concordância dos coordenadores “sobre alterações recentes das políticas” podemos supor que o motivo para a menor concordância, em termos relativos com outras medidas, com a “introdução do requisito dos enfermeiros que constituem a USF deterem o título de especialista em enfermagem de saúde familiar” (aproximadamente 61% dos coordenadores) se pode dever ao descredito deste processo e ao facto de ainda não existir uma clarificação das funções e competências destes profissionais

⁶⁷ - http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/53860/E92341.pdf?ua=1

no terreno, no seio das equipas de saúde familiar, em suma, sobre o seu papel no SNS português.

Quando falamos da opção dos enfermeiros pelo trabalho a tempo parcial também importa referir que os salários base destes profissionais é comparativamente com outros licenciados relativamente baixo, não sendo, portanto, um estímulo para esta opção.

9.5. INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

A maioria dos coordenadores considera que as USF têm instalações adequadas para o exercício das atividades profissionais de saúde (53,37%), embora este número seja inferior ao registado em 2009/2010 (54,4%), ano a partir do qual se registou um crescimento gradual da concordância até 2012/2013 (63%).

As questões sobre o equipamento são aquelas que menos concordância geram, nomeadamente quando se pergunta se o equipamento informático – hardware é adequado para a atividade dos profissionais de saúde., onde, este ano, o valor da discordância (em desacordo ou muito em desacordo) cai pela primeira vez (70,47%), depois de ter aumentado de forma gradual todos os anos a partir de 2011/2012 (dos 47,7% até aos 74,82% em 2015/2016). Quando se pergunta especificamente sobre o Software, a discordância (em desacordo ou muito em desacordo) aumentou relativamente ao ano passado (60,42%), situando-se atualmente nos 63,34%.

Também a discordância (em desacordo ou muito em desacordo) com a frase “a USF onde trabalho tem equipamento clínico adequado” tem crescido gradualmente desde 2012/2013 (17,2%) até aos quase 50% deste ano (49,71%).

Importa salientar os resultados relativos à existência de central telefónica adequada porque é a questão com mais elevada taxa de discordância (em desacordo ou muito em desacordo) com 91,79% e que tem aumentado sempre desde 2014/2015 (78,9%).

Quanto à rapidez da resposta da ARS aos problemas que dependem da sua intervenção. importa referir que quase 69,51% dos coordenadores considera que a ARS não responde de forma rápida aos problemas que dependem da intervenção dela, e este valor tem-se situado desde 2014/2015 até ao presente ano em valores muito próximos dos 70%. Estes resultados chocam com os obtidos em relação ao ACES e a rapidez com que responde aos problemas que dependem da intervenção dele – 47,48% de desacordo quanto ao ACES contra 69,51% das ARS e concordância de 27,65 nos ACES contra 6,0% nas ARS.

Quanto aos sistemas de climatização, a percentagem de coordenadores insatisfeitos (47,21%) supera ligeiramente os satisfeitos (43,99%).

As salas de espera são a parte das instalações e equipamentos que maior satisfação desperta - 50,15% de coordenadores satisfeitos.

A ARS do Algarve é aquela que piores resultados apresenta, com discordância com as afirmações em valores que variam entre os 45,45% (no caso dos sistemas de climatização e instalações) até aos 90,91% no que se refere ao equipamento informático – hardware.

Importa realçar os elevados valores de discordância quando se apresenta a afirmação relativa à existência de uma central telefónica capaz de dar resposta às necessidades dos utentes, que no caso da ARS LVT apresenta valores que rondam os 95% (94,79%) e no caso da ARS Norte rondam os 92%. Os sistemas de climatização também parecem gerar mais insatisfação na ARS LVT. Quanto à rapidez com que a ARS responde aos problemas que dependem da intervenção dela, a discordância é maior ao Sul, chegando aos 85,71% no Alentejo e valores semelhantes para LVT e Algarve. Os ACES do Norte são os que respondem mais rapidamente aos problemas que deles dependem.

De um modo geral as USF Modelo A estão menos satisfeitas, sendo mais notório em relação à rapidez com que os seus problemas são resolvidos pelos ACES e ARS, assim como em relação ao material clínico (cerca de mais 10% de coordenadores a discordar ou discordar muito). No que diz respeito à central telefónica, são as USF modelo B que discordam mais sobre a sua adequação.

Quando se questionou os coordenadores sobre quantas vezes no último ano a USF teve falta de material básico apenas 5,6% referem não ter tido faltas no último ano. Portanto, 94,4 das USF tiveram faltas de material básico, pelo menos 1 vez durante o ano. Este valor tem vindo a aumentar gradualmente desde 2014 (90,8%). 38,6% dos coordenadores referem ter tido faltas entre 3 a 10 vezes e 40,4% referem ter tido faltas mais de 10 vezes.

Se olharmos para os valores deste ano agrupados por ARS verificamos que a ARS que menos ruturas teve foi a ARS Alentejo com 14,3% das USF a responderem que não tiveram nenhuma falta de material básico. Pelo contrário na ARS Algarve 100% das USF tiveram pelo menos 1 falta de material básico, 60% a assumirem que ao longo do último ano tiveram falta de material básico mais de 10 vezes, seguem-se LVT, Norte e Centro.

Pelos resultados de insatisfação global podemos concluir que as “Orientações para instalações e equipamentos das Unidades de Saúde Familiar”⁶⁸ não têm sido respeitadas, nem na construção nem ao equipar as USF.

⁶⁸ www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/instalacoes_equipamentos_usf.pdf

9.6. SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Analisando em detalhe a área dos Sistemas de Informação e tentando realçar as informações mais importantes, começamos por constatar que a SPMS é das instituições que menos satisfação (satisfeitos e muito satisfeitos) gera no seio dos coordenadores das USF. Embora com uma evolução positiva (a primeira avaliação desta instituição foi na edição 2013/14 em que obteve 1% de satisfeitos ou muito satisfeitos) o facto deste ano manter uma avaliação negativa com 62,1% de insatisfeitos ou muito insatisfeitos e 10,9% de satisfeito ou muito satisfeitos requer uma análise interna cuidada⁶⁹.

É importante também realçar o facto da área dos sistemas de informação ser aquela que claramente domina as preocupações ao nível dos CSP, a liderar o top de **principais problemas que carecem de resolução nas USF e nos Cuidados de Saúde Primários portugueses entre os anos de 2011 e 2015**, aparecendo na avaliação do ano passado em 4º lugar e agora em 2º lugar, atrás dos **Equipamentos informáticos** (2016/17).

Coexistem neste momento 3 aplicações informáticas de apoio à consulta – Medicine One, Vitacare e Sclinico. O Sclinico é aquela que abrange o maior número de equipas, atingindo nos últimos estudos uma percentagem superior a 87%, beneficiando com a descida da quota do Vitacare que partindo de uma taxa de 8% em 2009/10, tem actualmente apenas 1%. O Medicine One, tem uma parcela estável no conjunto aplicações, entre os 10 e os 12%, de acordo com os últimos estudos.

Analisando a satisfação com estas aplicações, podemos observar que o Sclinico tem cerca de 36% de coordenadores satisfeitos ou muito satisfeitos, contrastando com quase 61% quando falamos no Medicine One.

Analisando as funcionalidades próprias de cada aplicação, vemos um nível de satisfação superior no Medicine One, relativamente à sua adequação para realização de auditorias de qualidade e maior adequação para a prescrição em comparação com a PEM.

⁶⁹ Ver secção A - Satisfação com a Reforma dos CSP

A quase a totalidade dos respondentes tem acesso à PEM, no entanto, mais de metade revela-se insatisfeito ou muito insatisfeito com esta aplicação. Analisando o histórico de avaliação, é possível observar que após o primeiro ano de implementação da aplicação (2013/14) em que mais de 80% dos respondentes se revelou insatisfeito ou muito insatisfeito, nos 3 anos seguintes o nível de insatisfação (e também o de satisfação) se manteve quase inalterado (2014/15 - 53,5%; 2015/16 - 53,6%; 2016/17 - 55,4). Desta forma é possível concluir que a SPMS não conseguiu corrigir aquilo que os profissionais entendem como desadequado. Vemos, portanto, um sistema estagnado, sem evoluções positivas e sem ouvir aqueles que diariamente utilizam as aplicações informáticas.

Algumas das melhorias deveriam incidir sobre a integração da PEM com a aplicação informática em uso na consulta – que 53,3% dos coordenadores não concorda que esteja bem integrada. Melhorar a velocidade da aplicação também seria importante, já que 77,8% dos coordenadores referem-se insatisfeitos com a mesma.

Analisando a aplicação CTH/Alert P1, continuamos a ver uma incapacidade em reduzir a insatisfação. Entre 2013 e 2017, evidencia-se até um aumentado gradual da insatisfação (cerca de 12% em relação a 2013/2014), situando-se nos 38,1% dos coordenadores.

Quanto ao MIMUF, os níveis de insatisfação, são elevados, ultrapassando os 50% nos últimos anos e 45,2% dos coordenadores está em desacordo ou muito em desacordo que o MIM@UF é adequado à monitorização dos indicadores contratualizados (uma das suas funções primordiais).

Por outro lado, a PDS tem conseguido reduzir os níveis de insatisfação com o seu funcionamento, passando de 43,9% em 2014/15 para 36,3% em 2016/17.

Quanto à interoperabilidade entre os diversos sistemas e as aplicações de apoio à consulta, exceção feita ao Sistema de incapacidade temporária para o trabalho, SICO e SGTD (com níveis de satisfação respetivamente de 59,3%, 42,3% e 40,2%) todos os restantes possuem níveis de satisfação muito baixos, destacando-se o GestCare com 11% e o SiiMA com 16,5%. De facto, quando analisado na globalidade, mais de 80,4% dos coordenadores manifesta-se insatisfeito com a interoperabilidade das aplicações em uso.

Pela positiva destacamos a elevada percentagem de equipas com acesso às aplicações informáticas, no entanto, a maioria dos respondentes (99,7%) ficou alguma vez **sem acesso**

às **aplicações informáticas** durante o período 2016 / 2017. 78,5% dos coordenadores referiram ter ficado sem acesso às aplicações informáticas mais de dez vezes, percentagem mais alta de todas as edições deste estudo. Destes, em 41,3% dos casos a unidade ficou de onze a cinquenta vezes sem acesso às aplicações informáticas e em 37,2% dos casos mais de cinquenta vezes. 97,3% dos coordenadores considera que não ter tido acesso às aplicações informáticas prejudicou a qualidade dos cuidados que a USF prestou.

Existem várias fontes de insatisfação relativamente aos equipamentos informáticos nas USF: a maior é a **interoperabilidade**, com 61,5% das USF a estar muito insatisfeita, seguindo-se com quase 58% a **rapidez do funcionamento**, e depois com cerca de 40% das USF muito insatisfeitas está o **apoio técnico informático na ARS**. É de referir os casos relativos aos **Computadores/Terminais** e **Segurança dos dados informáticos** cuja satisfação (Satisfeito e Muito satisfeito) aumentou face a 2015/2016 17% e o caso do **Apoio do Servicedesk da SPMS** em que a satisfação (Satisfeito e Muito satisfeito) aumentou 14%.

Quanto à rapidez de funcionamento das aplicações, 77,2% manifesta-se insatisfeito, sendo uma das áreas em que a SPMS deve abordar como área a melhorar.

9.7. PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS

A reforma dos CSP em Portugal desde 2006 adotou como estratégia política o estabelecimento de acordos entre as instituições envolvidas, a administração da saúde por um lado e as unidades de saúde prestadoras de cuidados pelo outro. A introdução dos processos de contratualização consolidou-se como um elemento de reengenharia organizacional estruturante de todo o processo.

De acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) no relatório produzido em março de 2017⁷⁰ os avanços pretendidos são:

- ✓ Melhorar e simplificar a sua metodologia de aplicação prática;
- ✓ Garantir a sua adequação às necessidades em saúde da população, tornando-a mais transparente, adequada, justa e efetiva;
- ✓ Fomentar a integração e a continuidade de cuidados;
- ✓ Ser baseada num modelo de avaliação do desempenho assistencial verdadeiramente multidimensional, centrado na pessoa, focado nos resultados e orientado pelo processo de cuidados;
- ✓ A definição de um modelo de atribuição de incentivos que, cumprindo a sua finalidade de ser um instrumento de gestão por objetivos, garanta o reconhecimento dos níveis de desempenho das unidades funcionais, numa perspectiva de melhoria contínua.

Neste contexto de novas reflexões e ajustes no processo, os resultados das percepções dos coordenadores assumem um papel de extrema relevância. Os dados da avaliação da satisfação neste ano são mais positivos do que nos estudos dos anos anteriores, mas demonstram que sintonias entre as instituições que celebram os contratos ainda são essenciais.

A maioria dos coordenadores (54,4%) está de acordo ou muito de acordo e percebe a contratualização como um **estímulo para trabalhar com maior qualidade**. Os coordenadores de USF da ARS Algarve (90%) e, da ARS Alentejo (71,4%) e os do Modelo B (61,1%) são os que mais de acordo estão com esta afirmação.

⁷⁰ https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/Contratualizacao_CSP_2017_-_Informacao_2017.03.16_.pdf

Nos 2 anos seguintes assistiu-se a uma recuperação dos níveis de concordância em quedas nos últimos anos e isso é manifesto pela passagem para o 5º lugar nos anos de 2014/15 e 2015/16 com scores respetivamente de 3,78 e 3,98. Neste último estudo a contratualização saiu do top 5, ficando pelo 6º lugar com score de 3,95. A expectativa neste novo modelo de contratualização, alicerçada na evolução positiva nos últimos anos poderá estar relacionada com este facto.

Embora não se possa isolar a dimensão "contratualização" das demais que compõem a dinâmica das USF, para se avaliar sua relação com a satisfação dos profissionais, sem dúvida este fator pode ser considerado como determinante do seu desempenho, haja vista a interface com a autonomia organizacional e qualidade assistencial⁷¹.

Contudo, há passos importantes e novos desafios. O processo de negociação das metas contratualizadas, segundo 48,2% dos coordenadores não se deu de modo equilibrado. Ressalta-se que esta percentagem teve importante redução quando comparada com o estudo do ano anterior, no qual 54,4% dos respondentes atribuía desajustes nos acordos e diálogos. Os coordenadores da ARS Alentejo (85,7% em desacordo ou muito em desacordo) e da ARS LVT (54,9% em desacordo ou muito em desacordo) são os que mais discordam neste aspecto, assim como os coordenadores de USF modelo A (50,7%).

Cerca de 57,4% dos coordenadores consideram que a contratualização não é uma negociação transparente (uma percentagem menor em relação ao valor 2015, de 63%), sendo os coordenadores de USF da ARS Alentejo (83,3% em desacordo ou muito em desacordo) e da ARS LVT (62,6% em desacordo ou muito em desacordo), e os das USF modelo A (59,3%) os que mais discordam desta transparência. Aproximar as negociações dos atores envolvidos e dar novos significados e sentidos ao processo de negociação pode ser um novo e interessante aspecto, uma vez que o seu efeito pode estar vinculado à autonomia pretendida neste modelo organizativo e de gestão.

Para a grande maioria dos coordenadores (92,6%) as metas deveriam ter em conta os contextos das unidades. Particularmente nas ARS Alentejo (100% de acordo ou muito de acordo) e Centro (97,7% de acordo ou muito de acordo) e nas USF Modelo A (95,6%).

⁷¹ Costa e Silva Vanessa, Escoval Ana, Hortale Virginia Alonso. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014 Aug [cited 2017 June 07]; 19(8): 3593-3604. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803593

Os coordenadores consideraram que os parâmetros mais relevantes que deveriam ser tidos em conta na avaliação do contexto das unidades para negociar as metas da contratualização são: percentagem de idosos na população inscrita na unidade (importância de 4,4) mantendo-se como parâmetro mais relevante tendo em consideração o estudo 2015; Dimensão da lista de utentes inscritos da unidade e Percentagem em relação ao número previsto de profissionais em falta no grupo profissional com maior défice na unidade funcional (importância de 4,22); Rácio Unidades ponderadas / Número de Utentes (importância de 4,19); Percentagem de pessoas com diabetes na população inscrita na unidade (importância de 4,15), Comparativamente ao estudo 2015 há a realçar a descida no ranking da percentagem de pessoas com diabetes na população inscrita na unidade de 2º mais relevante para 5º e a saída da lista dos 5 parâmetros mais relevantes da percentagem de pessoas com hipertensão, Um parâmetro incluído pela primeira vez neste estudo - Percentagem em relação ao número previsto de profissionais em falta no grupo profissional com maior défice na unidade funcional foi ex-áqueo com a Dimensão da lista de utentes inscritos da unidade o 2º parâmetro mais relevante.

Pode-se ainda somar outros parâmetros referidos por 89 coordenadores, são eles: Morbilidades/Doenças crónicas; Número de Idosos; Dispersão geográfica/transporte/distancia hospital; Ausências/ Faltas/Número horas profissionais; Número de polos; Dimensão listas; Dimensão unidade/Número profissionais.

Percebe-se que 54,5% dos coordenadores estão em desacordo ou muito em desacordo que as propostas contratualizadas têm fundamentação técnico-científica adequada, o que representa uma melhoria em relação ao resultado de 57% do estudo 2015. Mas os valores ainda carecem de atenção. As USF das regiões Centro (59,5%) e Alentejo (57,1%) são as que mais discordam, assim como as USF de modelo A (60,3%).

Simultaneamente, 60,4% dos coordenadores discorda que os intervalos de metas dos indicadores têm uma exigência que se pode fundamentar em termos técnico-científicos (ainda que tenha melhorada desde os 86% de 2014 e 70% de 2015), sendo as ARS LVT (62% em desacordo ou muito em desacordo) e Norte (61,5% em desacordo ou muito em desacordo) e as USF modelo B (64,2%) quem mais discorda desta afirmação. Um largo passo neste novo momento da Reforma dos CSP em Portugal seria conseguir um estreito alinhamento das políticas às evidências científicas. Empoderar as instituições e centros de

pesquisas nacionais, paralelamente com os centros internacionais, poderia garantir um carácter sólido às propostas, aproximando as relações de saberes e práticas, além de dar destaque ao setor da pesquisa em saúde de Portugal.

Apenas 16,6% concorda que o esforço a que as metas dos indicadores contratualizados não prejudica o restante do trabalho que a USF precisa de fazer (um ligeiro aumento em relação aos 14% do estudo de 2015). A discordância com esta afirmação é maior nas regiões do Norte (72,2% em desacordo ou muito em desacordo) e Alentejo (71,4% em desacordo ou muito em desacordo).

70,2% das USF consideram que não foram **consideradas as suas especificidades** na avaliação efectuada pelo Departamento de Contratualização, um número superior aos 64% obtidos no estudo de 2015, o que é especialmente evidente nas regiões Alentejo (em que 100% referem não ter sido consideradas as especificidades da USF) e Centro (81%). Por outro lado, 60% dos coordenadores de USF da ARS Algarve consideram que as suas especificidades foram tidas em conta na avaliação.

A realização de reuniões preparatórias entre a USF e o seu ACES (no âmbito da contratualização interna) antes da contratualização entre o ACES e a ARS (contratualização externa) também não existiu na maioria das USF: 62,1% dos coordenadores referem não terem existido reuniões preparatórias em 2014 e 56,7% em 2015 (para ambos os anos o maior número de respostas negativas regista-se na ARS Alentejo – 100% e ARS LVT – 78,1% para 2014 e 75,7% em 2015); 50,9% referem a ausência de reuniões em 2016 (com maior peso na ARS Alentejo e LVT).

A percentagem de USF com direito a incentivos institucionais tem aumentado: 58,3% em 2013 (sendo a região Centro a que regista maior percentagem de USF com direito a incentivos), 73,4% em 2014 (maior percentagem na região Centro) e 82,2% em 2015 (com a região Algarve com uma maior percentagem de USF com direito a incentivos – 88,9%). Contudo, 83,8% das USF têm incentivos institucionais em dívida, das quais as USF da região Algarve (100%), Centro (85%) e Norte (84,5%) o são as que mais têm incentivos em dívida.

Simultaneamente, cerca de 89% dos coordenadores refere que a sua USF teve algum tipo de impedimento na utilização dos incentivos para aquisição de material e equipamento: 82,4% dos coordenadores referem ter tido impedimentos na atualização, manutenção e aquisição

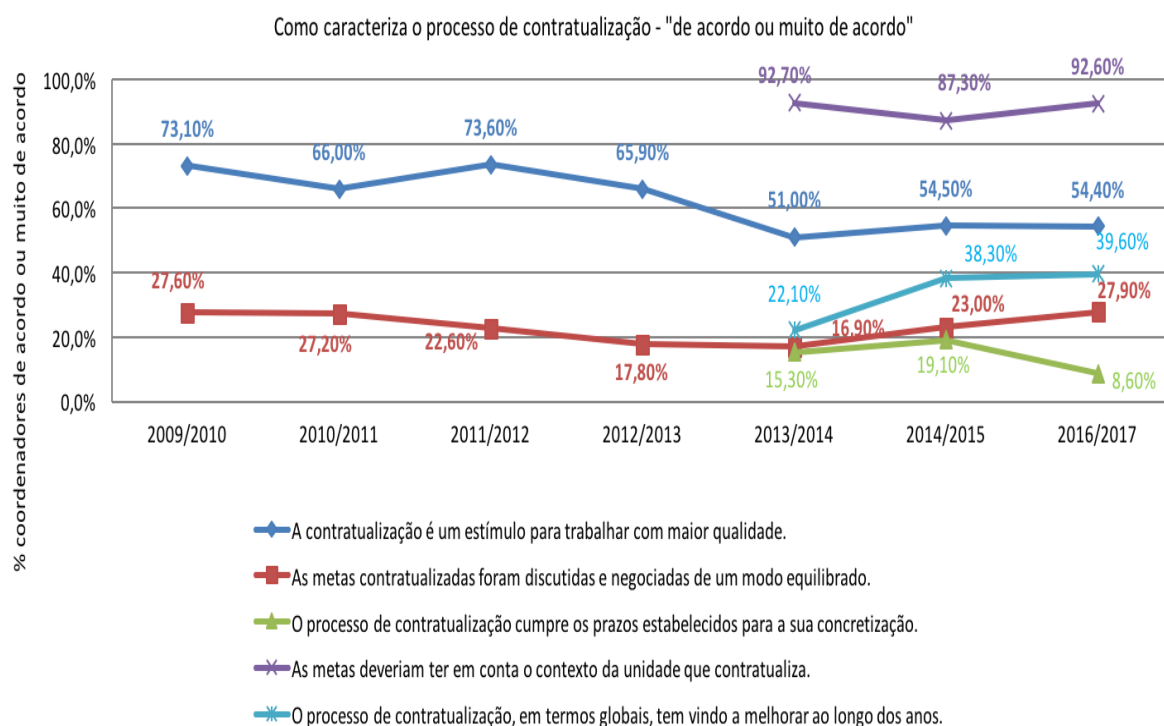
de equipamentos para o funcionamento da unidade funcional, 63% na aquisição de melhoria das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional e amenidades de acolhimento dos utentes.

Na caracterização do grau de concordância da implementação de alguns elementos na contratualização, 76,4% dos respondentes está de acordo com as auditorias à atividade das unidades relacionada com os indicadores contratualizados; 86,2% concordam com criação do grupo técnico para apuramento de valores de referência nacional; 79,6% com o índice de Desempenho Global (IDG) na avaliação dos resultados dos indicadores; 81,1% com o fato de a contratualização ser efetuada através da negociação de um plano de ação plurianual e 89% de coordenadores em que o plano de ação incluía estratégias e atividades para melhorar/qualificar/sustentar o desempenho; e 84,4% com a integração do plano de formação no plano de ação.

De uma maneira global 39,6% das USF está de acordo ou muito de acordo que o processo de **contratualização tem vindo a melhorar ao longo dos anos**. Um resultado muito semelhante ao obtido em 2015 (38%) e superior à percentagem dos que discordam. A nível regional enquanto 46,9% dos coordenadores da região Norte, 42,9% da região do Alentejo e 38,1% da região Centro estão de acordo ou muito de acordo, apenas 30% está de acordo ou muito de acordo na região Algarve e 26,7% na ARSLVT. As USF modelo B parecem ser as mais satisfeitas com esta evolução (46,4%), enquanto as USF modelo A se dividem de igual forma entre coordenadores que estão em desacordo ou muito em desacordo (31,6%) e coordenadores estão de acordo ou muito de acordo (31,6%).

A contratualização de serviços está atravessar neste momento grandes transformações que vão mudar em muito todo o processo nos CSP. A descida da contratualização na hierarquia de problemas a resolver para a melhoria dos CSP e das USF e esta noção de que o processo tem vindo a melhorar ao longo dos anos leva a supor que estas alterações estão a ir na direcção de um processo mais relevante para Administração e unidades prestadoras dos cuidados e coerente com o que se pretende para os cuidados para a população.

Gráfico 13- Caracterização do processo de contratualização. Portugal. 2016/2017.



9.8. RELAÇÃO COM A COMUNIDADE

Uma relação otimizada com a comunidade e ações nesta e com esta estão previstas desde a Conferência de Alma Ata (1978) como um atributo essencial dos cuidados de saúde primários. Compreender a unidade de saúde como um elemento da rede social do utente no seu território tem um potencial dinamizador das suas relações com os profissionais de saúde.^{72,73}

Ainda que este estudo não pretendesse nos seus objetivos aprofundar a existência e a operacionalidade dos mecanismos formais de participação comunitária - embora esse seja um estudo também essencial que deverá ser feito - identificar as ações já hoje desenvolvidas pelas USF no âmbito comunitário é importante para se poderem definir atuações no sentido de ativar aquela participação comunitária. Rifkin (2014)⁷⁴ demonstra que, apesar da variedade de entendimentos à volta dos conceitos de “comunidade” e “participação”, e ainda que seja imprecisa a evidência de que a relação com a comunidade melhora os resultados em saúde, a participação da comunidade é cada vez mais reconhecida como uma chave para melhorar e manter as intervenções que procuram maior qualidade de vida das populações.

Esta edição de 2016/2017 evidencia que as atividades entre as USF e a comunidade em geral apresentaram um aumento ou mantiveram-se estáveis. No entanto, algumas em valores ainda muito baixos como a percentagem de USF que realizaram uma **reunião anual de prestação de contas com a população (3%)** que se tem mantido estável ao longo dos anos⁷⁵, ou seja, não tem aumentado como seria suposto e importante. As regiões do Norte e do Centro apresentam melhor desempenho neste aspeto, assim como as unidades de modelo B. 24% das USF tiveram **reuniões com a autarquia** em 2016, também em linha com os anos anteriores. As atividades de ligação com a comunidade aumentaram 8%, considerando-se o

⁷² World Health Organization. 1978. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6– 12 September 1978. Geneva. Available at: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf (Acesso em : 04/06/2017)

⁷³ Starfield, B. 1998. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press.

⁷⁴ Rifkin, Susan B. 2014. “Examining the Links between Community Participation and Health Outcomes: A Review of the Literature.” *Health Policy and Planning* 29: ii98-ii106. https://oup.silverchair-cdn.com/oup/backfile/Content_public/Journal/heapol/29/suppl_2/10.1093/heapol/czu076/2/czu076.pdf?Expires=1496589574&Signature=Jyy3~fXZG~HOSsOBVaW2VKvBcguOCryW4oFwESG3xmE8ROQ~GuXgg9SAWqshbAqhRARuvnP9UFiNATrJ3Q6qsbie~pOEIQ1En-wdn9L48 (June 3, 2017).

⁷⁵ Ver secção H – Relação com a Comunidade

valor do ano anterior, havendo cerca de 79% que dizem participar em iniciativas junto da comunidade.

Identificar os elementos de sucesso e de maior envolvimento social é essencial para a garantia da participação da comunidade. Molyneux et al. (2012)⁷⁶ identifica como mecanismo mais popular de responsabilidade e empoderamento social as comissões relacionados com a saúde, seguidos pelos grupos de mulheres. A literatura demonstra ainda a influência direta dos contextos sócio-económico-culturais e das políticas da saúde no aumento da participação popular. Laços sociais e relações solidárias e de confiança entre pessoas e grupos são fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Nesse sentido, desempenham um papel muito positivo nos determinantes sociais de saúde, as políticas que estabeleçam redes de apoio e fortaleçam a organização e participação comunitária, especialmente dos grupos vulneráveis, em ações coletivas para a melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, e encorajam os atores sociais a participarem ativamente nas decisões da vida social.⁷⁷ Neste âmbito, ainda há caminho a percorrer nos CSP, já que apenas cerca de 14% das USF referem ter **Liga de Amigos ou Comissão de Utentes** (valor superior nas USF modelo B), ainda que 41,2% refiram ter relações com outras entidades da comunidade, como associações culturais, desportivas ou outras, sendo a percentagem maior na ARS do Alentejo e nas USF modelo B⁷⁸.

Esta área é genericamente considerada como fulcral e tem despertado o envolvimento quer de associações profissionais quer de organizações de cidadãos e que a própria **OMS** reforça no documento estratégico para as políticas europeias da Saúde Health 2020 (OMS, 2014)⁷⁹. Também o **Plano Nacional de Saúde**, que norteia todo o Sistema Nacional de Saúde⁸⁰, dispõe de elementos que corroboram a necessidade de uma comunidade mais autónoma,

⁷⁶ Molyneux S, Atela S, Angwenyi V, Goodman C. 2012. Community accountability at peripheral health facilities: a review of the empirical literature and development of a conceptual framework. *Health Policy and Planning* 27: 541–54.

⁷⁷ Buss Paulo Marchiori, Pellegrini Filho Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* [Internet]. 2007 Apr [cited 2017 June 04]; 17(1): 77-93. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.

⁷⁸ Ver secção H –Relação com a Comunidade

⁷⁹ World Health Organization (2013): Regional Office for Europe. Health 2020. A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century. Copenhagen: World Health Organization.

⁸⁰ Para saber mais: Plano Nacional de Saúde – revisão e extensão a 2020

<http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>

protagonista e com sentimentos de intervenção nos processos decisórios da área da saúde e do bem-estar social.

Neste sentido, a **USF-AN** assinou um **protocolo com a DECO - Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor** que visa estabelecer uma cooperação no âmbito do desenvolvimento de atividades conjuntas nas áreas relacionadas com a satisfação e participação dos utentes e da comunidade, como a Formação das Comissões de Utes e Ligas de Amigos; o apoio ao desenvolvimento do voluntariado; o apoio à participação da comunidade na vida das USF; à literacia em saúde - articulação com programa de educação, literacia e autocuidados, reforçando a capacidade de escolha informada, com transparência e prestação de contas; o apoio à qualificação na aplicação dos incentivos institucionais das USF; o apoio ao desenvolvimento dos Conselhos da Comunidade dos ACES; e a avaliação da Satisfação dos Utes⁸¹.

Outra iniciativa neste sentido é o projeto **“Mais Participação, Melhor Saúde”**⁸², que a USF-AN também integra, e que procura promover a participação e a capacitação de representantes das pessoas com ou sem doença, no âmbito dos processos de tomada de decisão em saúde, a nível político e institucional, em Portugal.

Contextos participativos de base comunitária, como pretende o projeto “Mais Participação, Melhor Saúde” capacitam os seus membros para articularem as suas necessidades, listarem os recursos disponíveis e assim mobilizá-los na produção de resultados mais positivos para a sua situação de saúde e da sua comunidade⁸³(Basu and Dutta 2008). Para que haja uma prática de participação comunitária de alto nível não basta dar informação ou ter mecanismos de consulta, é necessário envolver ativamente e genuinamente as populações, empoderá-las e abordar e controlar as oportunidades e constrangimentos criados pelas condições organizacionais, sociais, económicas e políticas.

Neste sentido, torna-se cada vez mais urgente o desenvolvimento de mecanismos mais robustos e mais estratégicos de auscultação e empoderamento do capital social que

⁸¹ Ver o Protocolo USF-AN / DECO em <https://app.box.com/s/mrcot41r09hfh0f5zm5gcxoydy0f50p>

⁸² Para saber mais sobre o projeto: http://www.gatportugal.org/projetos/mais-participacao-melhor-saude_12

⁸³ Basu, Ambar, and Mohan Jyoti Dutta. 2008. “The Relationship Between Health Information Seeking and Community Participation: The Roles of Health Information Orientation and Efficacy.” *Health Communication* 23(1): 70–79. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10410230701807121>.

promovam a participação da comunidade e de cada pessoa na Saúde e nas organizações da Saúde. Desenvolver ferramentas de protagonismo do papel social do cidadão nos seus próprios cuidados de saúde configura-se como um fator potente de promoção, avaliação e regulação da qualidade dos cuidados prestados e um contributo importante para uma melhor correspondência entre a oferta de serviços e as necessidades da população.

10. SWOT

FORÇAS

Existem já 483 USF e iniciaram atividade em 2016 30 USF modelo A e 25 modelo B.

Número recorde de respondentes – 342 coordenadores e uma taxa de resposta de 71,40%, a segunda maior de sempre - sinal de determinação das USF na monitorização, avaliação e melhoria da reforma dos CSP.

Sustentação da satisfação da grande maioria das USF com a sua atividade nos últimos 8 anos (este ano 77,2%).

O número de USF que realizou ou iniciou o processo de **acreditação** tem crescido nos últimos anos, apresentando neste estudo o valor mais alto – 19,3%.

Aumento do número de USF com direito a Incentivos

Institucionais nos últimos anos (o que representa que conseguem cumprir as metas).

Quase todas as USF acolhem **estágios de formação**.

Forte participação das USF em **iniciativas da comunidade**.

Quase todos os ACES têm **plano local de saúde, planos de desempenho e relatórios de atividade**.

A grande maioria das USF tem **manuals de boas práticas**.

54,6% dos coordenadores considera-se satisfeito ou muito satisfeito com a atuação da **Associação Nacional de USF (USF-AN)**.

FRAQUEZAS

Apesar de quase todas as USF terem acesso a **fontes de informação sobre a sua atividade** (como o MIMUF), a grande maioria está insatisfeita com elas e considera-as pouco adequadas à monitorização da contratualização.

A aplicação informática de apoio à consulta mais comum (**SClínico**) é também uma das que maior insatisfação gera.

Pequeno número de USF com **Liga de Amigos** ou comissão de utentes.

Baixo número de USF que realiza reunião anual de **prestação de contas à população** ou que se articula com a autarquia.

O diálogo e a **coordenação entre as USF e o seu ACES** são ainda deficitários quanto à contratualização e gestão das unidades.

Apenas em 42,2% das USF foi realizada uma avaliação externa da satisfação dos cidadãos com os serviços prestados pela USF.

90,6% das USF referem não ter realizado uma avaliação de fornecedores

Em 80,2% das USF registou-se nos últimos 12 meses, algum caso de **ameaça/agressão verbal contra profissionais de saúde** e em 14% **violência física**.

A grande maioria das USF não pode contar com o apoio de outros profissionais de saúde (psicólogos, Dentistas, Nutricionistas, consultadoria hospitalar, etc).

Quase metade das USF têm em uso um método de **controlo biométrico da assiduidade** dos profissionais que desperta grande insatisfação, não traz vantagens e ocupa demasiado tempo ao coordenador.



AMEAÇAS

A manutenção das quotas para USF modelo

O número de novas USF modelo A a iniciar atividade em cada ano tem uma tendência de decréscimo consistente desde 2009.

Insatisfação com a reforma dos CSP como processo global, apesar da tendência de diminuição da percentagem de insatisfeitos verificada nos últimos 2 anos que está agora nos 36,9%. No entanto, continuam a existir mais coordenadores insatisfeitos ou muito insatisfeitos, que satisfeitos ou muito satisfeitos (31%).

Insatisfação com a atuação do **Ministério da Saúde** e suas instituições centrais e regionais (apesar de menor do que em anos anteriores e de ter diminuído em todas as estruturas, mantem-se acima do número de satisfeitos ou muito satisfeitos).

81,3% discordam que o **processo de contratualização cumpre os prazos** estabelecidos para a sua concretização

Os **equipamentos informáticos e os sistemas de Informação** lideram a lista de problemas que carecem de resolução. Realce também para a inclusão do **desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico** no 4º lugar da lista de problemas.

Insatisfação com a informática e reforço da tendência crescente de quebras no acesso ou mau funcionamento dos sistemas de informação utilizados nas USF (a totalidade das USF ficou alguma vez sem acesso informático, sendo que 78,5% mais de 10 vezes – um valor que superou o anterior máximo de todas as edições deste estudo atingido o ano passado)

A **interoperabilidade e rapidez do funcionamento** são as maiores fontes de insatisfação em relação às aplicações informáticas.

94,4% USF teve **falta de material considerado básico**.

Elevada insatisfação (86%) relativa à central telefónica das USF e à sua resposta às necessidades de atendimento de utentes.

Percepção de **falta de apoio e resposta rápida por parte dos ACES e principalmente das ARS** aos problemas que dependem da sua intervenção

Aumento da percentagem de **profissionais não providos** em lugar do quadro e sem mobilidade consolidada em todos os grupos profissionais.

OPORTUNIDADES

Continuam a registar-se **novas candidaturas** por parte dos profissionais.

A **insatisfação mantém a tendência de recuperação do seu ponto mais baixo desde sempre** (2014/15) em relação à maioria das estruturas.

85,9% das USF considera que o nível de **autonomia** que o seu ACES tem para gerir a atividade do ACES deveria ser maior do que a atual

Quase todas as USF **modelo A querem passar a modelo B** e ter maior autonomia, responsabilização e um modelo remuneratório mais exigente, mas mais satisfatório, mas tal não lhes é permitido, criando descontentamento.

Este estudo é prova de que se podem colocar rapidamente em campo **mecanismos de auscultação úteis dos profissionais** – fundamental para que as políticas tenham sucesso no terreno.

Processo de contratualização é considerado pela maioria como um estímulo para trabalhar com maior qualidade.

92,6% dos coordenadores está de acordo ou muito de acordo que as **metas deveriam ter em conta o contexto da unidade**

O facto de todas as unidades funcionais terem os mesmos indicadores e os mesmos valores de referência e de variação aceitável para os indicadores despertou alguma ambiguidade com cerca de 40% dos coordenadores em cada pólo.

Criação da **Coordenação Nacional para a Reforma dos CSP**, dos Cuidados Continuados, Cuidados de Saúde Hospitalares e task force para a Reforma da Saúde Pública.

11. SIMPLEX DOS CSP

No 9º Encontro Nacional das USF (9º ENUSF), após a apresentação dos resultados deste estudo, o Ministro da Saúde Dr. Adalberto Campos Fernandes desafiou os profissionais, no âmbito do programa Simplex, a apresentarem ao Ministério da Saúde um problema e a proporem uma solução (1 problema = 1 solução). A USF-AN no dia 19 de maio de 2017, no seu Fórum (Fórum USF-AN) relançou aos sócios o desafio do Ministro da Saúde, tendo obtido 79 propostas que aqui divulgamos e que podem ser agrupadas em 3 grandes áreas: sistemas de informação (SI), contratação de recursos e/ou de serviços e legislação.

Grandes áreas de intervenção	Área	Sub – área de intervenção	Ordenar por solução
Contratação de recursos e/ou de serviços	Aquisição de recursos/contratação de serviços	Aquisição de recursos/contratação de serviços	Automatizar a atualização da farmácia e armazém das UF
		Aquisição de recursos/contratação de serviços	Criar um formato estandardizado de armazenamento de dados
		Aquisição de recursos/contratação de serviços	Central telefónica
		Aquisição de recursos/contratação de serviços	Criar referências MB para dívidas
		Aquisição de recursos/contratação de serviços	Envio de SMS/Email Recordatório
		Aquisição de recursos/contratação de serviços	Quiosque
Legislação	Rever/aplicar Legislação	Rever Legislação	Dispensa direta do receituário crónico na farmácia comunitária
		Rever Legislação	Isentar os serviços não presenciais
		Rever Legislação	Hiperlink no RNU para a legislação em vigor para cada isenção, com uniformização de critérios
		Rever/aplicar Legislação	CIT de Longa duração assumidos pela SS e/ou pela medicina do trabalho
		Rever/aplicar Legislação	Criar CAMP
		Rever/aplicar Legislação	Responsabilizar os CSS pela realização dos exames que prescrevem (inclusive na comunidade)
		Rever/aplicar Legislação	Responsabilizar os CSS pelo pedido de consultas para outras especialidades que considerem necessárias
		Rever/aplicar Legislação	Terminar com atestados de saúde/doença
Sistemas de Informação	Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Criar funcionalidade de apoio à equipa nos SI
		Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Criar funcionalidade de apoio à equipa nos SI
		Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Desmaterialização dos MCDT
		Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Informatizar gestão e movimentos dos armazéns

		Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Integrar sistema de análise de dados no Sclínico com acesso aos dados no momento
		Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Sistema de assiduidade biométrico mais <i>user friendly</i>
		Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Terminar com atestados de saúde/doença - (Automatizar a emissão)
		Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Contactos individualizados no RNU com possibilidade de atualização por todos os profissionais
		Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Criar campo no RNU para inscrição do EF
		Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Espaço para cada UF criar o seu website com domínio do MS
		Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Substituição do SINUS e MARTA pelo SONHO CSP ou outro similar
		Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Substituição do SINUS e MARTA pelo SONHO CSP ou outro similar (integrar agendas dos profissionais)
	Apoio à resolução de problemas	Apoio à resolução de problemas	Lista de FAQ's com soluções dos helpdesk
	Autenticação única nos diferentes Sistemas de informação	Autenticação única nos diferentes Sistemas de informação	Integração de todos os SI em uso (Criar autenticação única para todos os SI)
	Cruzar dados de Isenções	Cruzar dados de Isenções	Cruzamento de dados
	Estudar impacto das medidas	Efetuar estudos de impacto antes da implementação das medidas	Executar estudo de impacto, obrigatório, das políticas e orientações na atividade dos profissionais do terreno.
	Focus grupos de profissionais para desenvolvimentos dos SI	Focus grupos de profissionais para desenvolvimentos dos SI	Grupos de trabalho com profissionais que conhecem a realidade
	Integração dos dados independentemente da sua origem	Integração dos dados independentemente da sua origem	Integrar os resultados de MCDT nos SI de apoio à consulta automaticamente
		Integração dos dados independentemente da sua origem	Integrar os resultados de MCDT nos SI de apoio à consulta automaticamente (integrar Sistemas de apoio à consulta com os laboratórios comunitários)
		Integração dos dados independentemente da sua origem	Integrar registo de vacinação no Sclínico
		Integração dos dados independentemente da sua origem	Carregar no RNU comprovativo de benefícios
	Integração dos Sistemas de Informação	Integração dos Sistemas de Informação	Integração de todos os SI em uso
	Nova Funcionalidade	Nova Funcionalidade	Criar aplicação para contar o nº de embalagens.
		Nova Funcionalidade	Criar módulo de prescrição de cuidados de enfermagem
	Parametrização	Parametrização	Agrupar intervenções de enfermagem
	Sistemas de Informação <i>user friendly</i>	Sistemas de Informação <i>user friendly</i>	Alterar visualização da informação
		Sistemas de Informação <i>user friendly</i>	Criar alertas de aviso nos SI de apoio à consulta para todos os SI em uso
		Sistemas de Informação <i>user friendly</i>	Interface Sclínico para todos os Prog. De Saúde como sucede com o de SI
		Sistemas de Informação <i>user friendly</i>	Permitir digitalizar documentos para o processo clínico do utente
		Sistemas de Informação <i>user friendly</i>	Possibilidade de registo dos contactos telefónicos nos Sistemas de apoio à consulta
		Sistemas de Informação <i>user friendly</i>	Tipificar documentos no Sclínico

Quadro resumo das soluções identificadas

Das soluções propostas, 72% (57 das 79 propostas) são relativas aos sistemas de informação, nomeadamente ao nível de integração dos sistemas de informação de apoio à consulta e utilização de SI mais user friendly e revisão da estrutura e arquitectura do sistema, assim como da relação com os parceiros tanto públicos como privados.

As restantes propostas 28%, dividem-se equitativamente entre propostas de alterações legislativas ou aplicação da legislação já em vigor e a contratação de serviços, nomeadamente aquisição de centrais telefónicas e quiosques ou envio de SMS/email recordatório das consultas ou outros.

Ao analisarmos os problemas identificados pelos coordenadores nas respostas abertas do estudo e as compararmos com as propostas obtidas no fórum USF-AN verificamos que a maioria das propostas reporta a problemas já identificados pelos coordenadores, principalmente ao nível da informática/sistemas de informação e ao nível dos recursos e serviços, nomeadamente rede telefónica e central telefónica, quiosques, sistemas de informação e rede informática.

As propostas apresentadas pelos associados da USF-AN são na sua maioria simples de implementar, com geração de inúmeros ganhos, redução de tarefas repetitivas e aumento da segurança do utente, tal como se pode verificar no anexo C.

12. O MAPA DA MELHORIAS

O estudo “O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal” evidenciou o muito que já está feito neste esforço coletivo que é a construção de um sistema de cuidados de saúde primários. Identificou também muitas das falhas que ainda existem e apontou eventuais caminhos num mapa de melhorias a implementar.

As USF – **uma inovação portuguesa reconhecida internacionalmente**, que trouxe mais qualidade e eficiência ao Sistema de Saúde – não têm tido o necessário desenvolvimento e promoção nos últimos anos. O panorama parece ter mudado com o atual governo, com a nomeação de um Coordenador e Equipa de Apoio para a reforma do SNS na área dos CSP e as alterações na maior parte dos níveis centrais e regionais do Ministério da Saúde. Os resultados deste ano parecem revelar um reforço da inversão detetada no ano passado na satisfação com a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e os seus principais atores no sentido do seu aumento, mas a satisfação com aspetos concretos da atividade relacionados com os equipamentos informáticos e não informáticos e condições de trabalho indicam que o que há ainda a fazer para melhorar é substancial.

Apesar de a maioria dos coordenadores estar descontente com o atual momento da reforma e com grande parte das instituições, o facto de nos últimos três anos o número de participantes no estudo ter sido sempre muito elevado revela que existe vontade por parte dos profissionais (principais atores da reforma) de dar um novo impulso à reforma.

Este relatório também **conseguiu identificar práticas regionais que despertam maior satisfação** nos coordenadores das USF e que poderão servir de orientação para outras regiões no sentido da otimização nacional. Este estudo, a sua taxa de respostas e os resultados que obteve são, também, prova de que se podem colocar rapidamente em campo mecanismos de auscultação dos profissionais e ter a sua opinião de um modo útil para a tomada de decisão – fundamental para que as políticas tenham sucesso no terreno. Os sistemas de informação, por seu lado, são fulcrais para que se possa monitorizar a evolução da reforma e otimizar os processos de gestão das unidades e a atividade dos profissionais no terreno. As limitações existentes na disponibilização dos meios informáticos e sistemas de informação, na sua adequação, assim como as muitas falhas no seu funcionamento têm limitado o desenvolvimento da Reforma dos CSP e perturbado a prática dos profissionais de saúde.

Aplicações que permitam analisar a atividade das unidades e do sistema de um modo aprofundado e suportar a tomada de decisão fundamentada e os processos de gestão são ferramentas essenciais para o desenvolvimento da Reforma.

As USF são uma parte importante da reforma dos cuidados de saúde primários, mas esta não se esgota naquelas: **o aumento da autonomia dos ACES e a otimização do funcionamento dos ACES e das ARS** (nomeadamente no apoio e governação ao invés da burocratização e do comando e controlo da atividade que muitas vezes tem acontecido como a imposição de um modelo desadequado de controlo biométrico da assiduidade é exemplo) trará benefícios adicionais para o sistema e para a saúde dos portugueses. Existe, ainda e, no entanto, muito caminho a percorrer na **articulação entre USF e ACES e estes e as ARS**: a resolução de problemas nas USF que dependem da intervenção do ACES e ARS é lenta, muitos ACES não partilham o seu relatório e plano de desempenho com as USF, e o plano de ação e relatório de atividades das USF raramente são discutidos com a Direção do ACES. No entanto, há melhorias que há que aprofundar.

Estas melhorias poderiam passar por algumas destas medidas:

1 - Aumentar o número de USF e dar resposta às candidaturas modelos A e B – abolindo as quotas administrativas e criando condições - espaços físicos, equipamentos, mobilidades e recrutamento de profissionais (nomeadamente recrutando mais secretários clínicos) - para que seja possível atribuir a cada cidadão não só um médico de família, mas equipas de família a trabalhar em condições otimizadas;

2 – Expandir a autonomia de gestão dos ACES para aproximar a decisão do terreno, dos problemas e das soluções.

3 – Apostar mais fortemente no desenvolvimento da Governação Clínica e de Saúde, redimensionando os Conselhos Clínicos e de Saúde, dotando-os de recursos humanos a tempo inteiro para ser possível um acompanhamento próximo e qualificado das unidades funcionais e uma participação mais efetiva no seu desenvolvimento e melhoria.

4 – Ter finalmente um Plano de Recursos Humanos Nacional a curto, médio e longo prazo. É necessária uma aposta clara nos profissionais, apoiando, gerindo e desenvolvendo as profissões das equipas de saúde familiar e das várias unidades funcionais dos ACES. Em

particular é imperativo recrutar **mais secretários clínicos** e depois garantir que permaneçam na profissão através da criação de uma carreira e condições remuneratórias aliciantes. Igualmente importante é a implementação e desenvolvimento do **enfermeiro de família** como especialista de enfermagem em saúde familiar. Os ACES têm, igualmente, de ter as **várias profissões da Saúde** (fisioterapia, psicologia, medicina dentária, higiene oral, terapia ocupacional, terapia da fala, nutrição e dietética, serviço social, cardiopneumologia, etc) representadas em números que possam responder às necessidades da população. Da mesma forma importa criar mecanismos de gestão de recursos humanos para garantir que não haja equipas que estejam mais do que o período previsto na lei sem substituição de profissionais ausentes.

5 - Adotar uma **estratégia nacional de gestão do conhecimento**. Promover um acesso facilitado às fontes de conhecimento clínico e gestor, implementar o BICSP e implementar planos de formação e desenvolvimento profissional nacional, regionais e locais parecem ser passos essenciais.

6 - É essencial **rever toda a arquitectura dos sistemas de informação** e efetuar uma **avaliação de fundo dos sistemas informáticos das unidades** para otimizar todo o processo de seleção e implementação de novas aplicações informáticas assim como de aquisição de serviços e equipamentos informáticos e assegurar serviços de apoio informático à altura das necessidades. É fundamental a abertura do SNS às aplicações privadas, mas também garantir que estas apenas servem de plataforma de acesso e registo de dados, não tendo acesso aos dados dos cidadãos, seja dos registados ou dos acedidos. É essencial a criação de uma equipa na ACSS / SPMS que integre profissionais de saúde de diferentes áreas, a fim de identificar necessidades e lacunas dos sistemas de informação, percecionadas por quem está no terreno e que trabalhe em conjunto com as equipas / empresas que produzem as aplicações financiadas / desenvolvidas pelo SPMS a fim de guiar o seu desenvolvimento e assegurar que respondem às necessidades e se adequam à realidade da atividade.

7 – Repensar e reorganizar os **serviços telefónicos disponíveis** porque são um problema, uma fonte de conflito e de insatisfação.

8 - Realizar uma **avaliação anual dos fornecedores de serviços** (Ministério da Saúde, ARS, ACES, hospitais, ACSS, SPMS, entre outros) como forma de promover uma reflexão sobre a atuação das diversas estruturas e assegurar um futuro de maior proximidade e colaboração entre elas. Para qualquer política, norma ou orientação, deveria haver um estudo de impacto na atividade de quem as vai ter de seguir, que incluía a auscultação dos utilizadores dos serviços e dos profissionais do terreno.

9 - **Melhorar o apoio das ARS** (Serviços de Apoio e ERA) e ACES (UAG e Conselhos Clínicos e de Saúde) nos processos de acreditação das USF, como motor da promoção da qualidade dos serviços.

10 – **Fortalecer a ligação às comunidades e promover a sua participação ativa** na vida das organizações da Saúde, reforçando as iniciativas na comunidade já implementadas pelas USF, ACES e ligas de amigos e tirando partido do apoio da USF-AN, DECO e projectos como o “Mais Participação, Melhor Saúde”.

A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários tem vindo a mudar o panorama na Saúde como nenhuma outra reforma anterior na Saúde conseguiu desde a criação do Serviço Nacional de Saúde. Agora, é preciso continuar, promover, desenvolver, conseguir um salto significativo, um novo impulso para uma **melhor saúde em Portugal**.

13. ANEXOS

A- DECLARAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO ESTUDO DO MOMENTO ATUAL

Para os devidos efeitos a comissão científica do estudo momento atual declara que acompanhou todo o estudo, desde a construção da ferramenta de recolha de dados (inquérito), passando pela recolha e análise dos dados.

Durante o estudo por diversas vezes a comissão científica efetuou propostas de melhoria tendo as mesmas sido acolhidas pelos autores do estudo.

Declara-se ainda que durante a realização do estudo não detectou qualquer evidência de enviesamento dos resultados, seja por interferência na recolha ou análise dos dados, seja por manipulação dos resultados, nem qualquer enviesamento pelo facto de dois dos autores exercerem funções na ARS LVT e na ARS Norte.

Espinho, 19 de Junho de 2017.

O presidente da comissão científica:

Jorge Vinagre
(médico de família e presidente do
conselho clínico e da saúde do ACeS Espinho/Gaia)

Membros da comissão científica:

Hugo Fardilha
(psicólogo clínico da URAP do
ACeS Feira/Arouca)

Isabel Melo
(interna de medicina geral e familiar
da USF Anta, ACeS Espinho/Gaia)

Ricardo Gomes
(enfermeiro de família da USF Gualtar
ACeS Cávado I Braga)

B- IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES - LISTA DAS EXPRESSÕES/TERMOS MAIS CITADOS PELOS COORDENADORES.

ARS	Categorias mais citadas	Elementos mais relevantes	Nº Referências
ARS Centro	Recursos Humanos (23)	formação	16
		secretários clínicos	5
		motivação	2
	Instalações (22)	espaço físico/instalações	8
		climatização	1
	Informática (19)	informática	7
		sistemas informáticos	4
		quiosque	2
	Equipamentos e Materiais de Trabalho (13)	equipamentos	3
		viaturas	3
	Processos de Trabalho (13)	lista de utentes	3
		manutenção/ organização	3
		burocracia	1
		responsabilização	1
	Recursos Financeiros - Incentivos institucionais (6)	incentivos	3
	Rede/ Relações intersectoriais (3)	integração	1
		trabalho em equipa	1
	Sistema Telefónico (2)	telefónico	2
	Registo Biométrico de assiduidade (1)	anular o pontómetro	1
	Autonomia da USF (1)	real autonomia	1
	Contratualização (1)	contratualização	1
	Relações com a Comunidade (1)	responsabilização dos utentes	1

ARS	Categorias mais citadas	Elementos mais relevantes	Nº Referências
ARS Norte	Processos de Trabalho (68)	tempo das consultas	3
		acreditação	5
		burocratização do processo de trabalho	6
		referências ao tamanho excessivo da lista de utentes	16
		necessidade de horários de trabalho mais flexíveis	6
		gestão das filas	5
	Recursos Humanos (67)	formação	23
		secretario clínico	13
		alargamento da equipa/ contratação de novos profissionais	10
		mobilidade dos profissionais	4
		motivação	4
	Informática (65)	quiosque	4
		melhoria	6
		sistemas informáticos	11
		informática	13
	Equipamentos e Materiais de Trabalho (19)	carro para visitas	2
		equipamentos	13
	Recursos Financeiros - Incentivos institucionais (16)	incentivos	16
	Contratualização (16)	contratualização	9
		modelo	3
		indicadores	3
	Sistema Telefónico (12)	telefone/telefónico	12
		melhor	2
	Autonomia da USF (12)	autonomia	12
		maior	3
	Registo Biométrico de assiduidade (6)	biométrico	5
	Relações com a Comunidade (4)	literacia	2

ARS	Categorias mais citadas	Elementos mais relevantes	Nº Referências
	Informática (59)	informática	44
		equipamento informático	20
		melhor(ia)	10
		hardware	9
		software	7
	Recursos Humanos (38)	formação	11
		secretários clínicos	6
		mobilidade	7
		enfermeiro	5
		alargamento/contratação/admissão	9
	instalações (29)	espaço/instalações	13
		melhoria	3
		acessibilidade	3
		espaço	5
	Processos de Trabalho (25)	atendimento	3
		lista de utentes	3
		burocracia	2
		amenidades	2
	Equipamentos e Materiais de Trabalho (13)	equipamentos	8
		materiais	4
	Contratualização (11)	contratualização	8
		modelo	2
	Recursos Financeiros - Incentivos institucionais (8)	incentivos	8
	Registo Biométrico de assiduidade (7)	biométrico	4
		controle	3
	Sistema Telefónico (7)	telefone/telefónico	6
		atendimento	3
	Rede/ Relações intersectoriais (6)	apoio	2
		articulação	2
	Autonomia da USF (4)	autonomia	4
	Relações com a Comunidade (1)	educação	1

ARS	Categorias mais citadas	Elementos mais relevantes	Nº Referências
	Recursos Humanos (4)	formação	2
		mobilidade	1
	Processos de Trabalho (2)	colaboração	1
	Informática (2)	redução da lista de utentes	1
		software	1
		quiosque	1
	Instalações (1)	incentivos	1
	Sistema Telefónico-1	instalação	1
	Equipamentos e Materiais de Trabalho (1)	melhoria da rede telefónica	1
	Recursos Financeiros/ Incentivos institucionais (1)	incentivos	1
	Registo Biométrico de assiduidade (0)	x	0
	Autonomia da USF (0)	x	0
	Contratualização (0)	x	0
	Rede/ Relações intersectoriais (0)	x	0
	Relações com a Comunidade (0)	x	0

ARS	Categorias mais citadas	Elementos mais relevantes	Nº Referências
ARS Algarve	Recursos Humanos/ Instalações (6)	formação	3
		mobilidade	2
		secretários clínicos	1
		instalações	6
		melhoria	1
	Informática (5)	equipamentos	2
		sistemas informáticos	2
	Equipamentos e Materiais de Trabalho (3)	falta de material	1
		carro para visitas	1
		equipamentos	1
	Autonomia da USF (2)	autonomia	1
	Rede/ Relações intersectoriais (2)	Aces	2
	Processos de Trabalho (1)	informação	1
	Relações com a Comunidade (1)	comunicação	1
	Recursos Financeiros - Incentivos institucionais (1)	remuneração	1
	Sistema Telefónico (0)	x	0
	Registo Biométrico de assiduidade (0)	x	0

C- PROBLEMA-SOLUÇÃO SIMPLEX – RESULTADOS DA AUSCULTAÇÃO DO FÓRUM DA USF-AN

Grandes áreas de intervenção	Área de solução	Ordenar por solução	Problema	Solução proposta pelos profissionais
Contratação de recursos e/ou de serviços	Aquisição de recursos/contratação de serviços	Automatizar a atualização da farmácia e armazém das UF	Processo manual e moroso de atualização da farmácia e armazém nas unidades funcionais e ACES	Sistema de códigos de barras com leitores dos mesmos nas UF e ACES
	Aquisição de recursos/contratação de serviços	Criar um formato standardizado de armazenamento de dados	Existe um elevado número de aplicações no mercado, algumas cujo desenvolvimento e financiamento estão intimamente ligados à ACSS / SPMS (SCLínico, CTH, PEM, PDS, SINAVE, SICO, RNCCI...) e várias alternativas “privadas” (MedicineOne, VitaCare, ALERT P1, Glintt...). Os hospitais públicos parecem ter ainda a possibilidade de contratar empresas para obter soluções de software personalizadas “à medida”. Existe grande diversidade de funções entre as diferentes aplicações (algumas servem para tarefas específicas limitadas, enquanto outras se assumem como soluções globais / multifunções. Não foram definidos até à data standards que guiem o desenho e funções das aplicações e disto resultam muitos problemas: 1. Ausência de formato de base de dados standardizado partilhado por todas as aplicações. 1.1. Impossibilidade de	Proponho como primeiro passo essencial a adopção de um formato standardizado de armazenamento de dados. Este poderá ser definido através de um dos seguintes métodos: 1. Ser discutido e acordado pelas empresas que têm soluções de software na área da saúde no mercado nacional (inicialmente poderá estar limitado aos cuidados de saúde primários do SNS e posteriormente alargar-se às dos hospitais do SNS e entidades privadas). 2. Adoptar um standard “aberto” (open-source, livre de pagamento de patentes para utilização), preferencialmente um já utilizado a nível internacional (ex: OpenEHR - http://www.cides.med.up.pt/opeehr/). Todas as empresas que pretendam ver os seus serviços contratados por unidades do SNS (idealmente também unidades privadas), têm de adoptar este formato, devendo o custo da conversão ser por si suportado. As empresas que se recusem a adoptar o novo standard terão de converter as suas bases de dados para o novo formato e disponibilizá-los à ACSS /

Grandes áreas de intervenção	Área de solução	Ordenar por solução	Problema	Solução proposta pelos profissionais
			interoperacionalidade directa (ex: no hospital é impossível aceder aos dados registado em centros de saúde com MedicineOne). 1.2. Impossibilidade de criar bases de dados centralizadas de todos os níveis do Sistema Nacional de Saúde (privado e público, centros de saúde, hospitais e outros). 1.3. Necessidade de serviços adicionais para leitura / comparação de dados (ex: a PDS não seria necessária; as ARS não teriam de converter os dados das diferentes aplicações para, por exemplo, verificar o cumprimento de metas contratualizadas com as unidades). 1.4. Risco de perda de informação na “migração” de uma aplicação para a outra (ex: a migração do VitaCare para o MedicineOne no ACES Cascais com perdas severas de informação). 1.5. Maior gasto de tempo pelos profissionais de saúde em tarefas redundantes (ex: preencher dados numa plataforma que já existem noutra). 1.6. “Prejuízo” do cumprimento dos indicadores em unidades que não usam soluções da ACSS / SPMS (ex: o modo como os dados necessários para o cálculo dos indicadores são lidos é alterado; essa alteração é feita no SClínico e não no MedicineOne por não	SPMS (a informação contida nos processos clínicos não é propriedade das empresas mas sim dos utentes a que dizem respeito; os custos deveriam ser suportados pelas próprias empresas). Resultariam daqui várias vantagens: 1. Primeiro passo para a interoperacionalização de todas as aplicações informáticas na área da saúde, possibilitando acesso directo a toda a informação acerca da saúde de um utente sem necessidade de transcrição ou uso de diferentes aplicações (tornaria a PDS redundante). 2. Criação de verdadeira competitividade no mercado dos sistemas de informação em saúde (ex: porque a mudança de aplicação deixará de significar perda de dados). 3. Liberdade de escolha, a nível individual, da aplicação que melhor satisfaz cada profissional, mesmo que tal signifique diferentes sistemas na mesma unidade (ex: possibilita que quem seja transferido de uma unidade com SClínico para outra com MedicineOne, possa continuar a utilizar a aplicação que melhor conhece e com a qual já é competente). 4. Criar bases para um formato standard de armazenamento de dados em saúde nos sistemas de saúde dos países da comunidade europeia (ex: possibilitaria melhor prestação de cuidados a migrantes; facilitaria a investigação em saúde). 5. Maior potencial de exportação de soluções de software Portuguesas, mais

Grandes áreas de intervenção	Área de solução	Ordenar por solução	Problema	Solução proposta pelos profissionais
			comunicação, resultando em pior “desempenho” nas unidades com o MedicineOne). 2. Ausência de coerência do desenho das interfaces das diversas aplicações desenvolvidas / financiadas pela ACSS / SPMS. 2.1. Maior dificuldade / gasto de tempo associado ao uso das diferentes aplicações (maior curva de aprendizagem para o uso das diferentes aplicações). 3. Não divulgação do modo de funcionamento dos serviços / funções de algumas plataformas (aspectos técnicos necessário ao desenvolvimento do software), a todas as empresas privadas que desenvolvem sistemas de informação em saúde usadas no nosso país. 3.1. Não é actualmente possível a integração completa de certas funções em soluções privadas / públicas resultando em maior gasto de tempo pelos profissionais (ex: suponho não ser possível à equipa do MedicineOne realizar o processo completo da referência hospitalar ou pedido de cuidados respiratórios, por não lhes ter sido facultada o modo como o ALERT P1 / CTH e o PEM, processam usam os canais para este fim; o	maduras que as actuais, resultando criação de emprego e riqueza para o país (no seguimento do ponto anterior; as aplicações existentes em Portugal não são perfeitas mas são, segundo relatos de vários colegas a exercer no estrangeiro, muito melhores que as disponíveis nos países onde se encontram). 6. Redução de custos directos e indirectos para o estado português (extinção / fusão de aplicações do SPMS, menor necessidade de contratar serviços para conversão, maior produtividade dos profissionais de saúde).

Grandes áreas de intervenção	Área de solução	Ordenar por solução	Problema	Solução proposta pelos profissionais
			MedicineOne faz parte mas no fim somos forçados a usar o outro programa).	
	Aquisição de recursos/contratação de serviços	Central telefónica	Ineficácia do atendimento telefónico	Mensagem de voz informando que contacto será devolvido em x tempo (requer que as unidades tenham conhecimento dos números que tentaram contactar)
	Aquisição de recursos/contratação de serviços	Criar referencias MB para dividas	necessidade de pagamento de dívidas de taxas moderadoras presencialmente na unidade de saúde	sistema de cobrança que permita emissão de referencia multibanco para o pagamento da(s) referida(s) dívida(s), sem necessidade de o utente se deslocar presencialmente à unidade
	Aquisição de recursos/contratação de serviços	Envio de SMS/Email Recordatório	Falta a consultas programadas	Envio sms recordatório
	Aquisição de recursos/contratação de serviços	Envio de SMS/Email Recordatório	Falta a consultas programadas	Envio sms ou mensagem electrónica recordatório
	Aquisição de recursos/contratação de serviços	Envio de SMS/Email Recordatório	Faltas a consulta por esquecimento	Aviso por SMS com 24h de antecedência da consulta
	Aquisição de recursos/contratação de serviços	Envio de SMS/Email Recordatório	Esquecimento das consultas	Aviso sms/email, com possibilidade de desmarcação com resposta via sms
	Aquisição de recursos/contratação de serviços	Quiosque	Falta de secretários clínicos para manter temos de espera adequados nas salas de espera	Quiosques electrónicos com várias funcionalidades, não para substituir secretários clínicos mas para os secretários clínicos ficarem com disponibilidade para exercerem funções que devem fazer parte do perfil do secretário clínico
	Aquisição de recursos/contratação de serviços	Quiosque	Filas no secretariado para inscrição na USF	Aquisição de quiosques e construção de sistemas inteligentes moveis (app) que interajam com o quiosque e façam inscrição automática quando o utente entra na USF.
	Aquisição de recursos/contratação de serviços	Quiosque	Check-in demorado / atrasos no front office	Quiosques dinâmicos, com possibilidade de atualizar contacto do utente, agendamento de consultas com impressão comprovativo/envio por email, impressão/envio por

Grandes áreas de intervenção	Área de solução	Ordenar por solução	Problema	Solução proposta pelos profissionais
				email de comprovativos de presença, divulgação de informações, panfletos e envio de documentos via email
Legislação	Rever/aplicar Legislação	Dispensa direta do receituário crónico na farmácia comunitária	Renovação do receituário crónico	Dispensa de medicação anual ou semestral, com dispensa direta na farmácia de 365 tomas/ano (equivalente em caixas!), dispensando a renovação da prescrição na Unidade de Saúde pelo MF.
	Rever/aplicar Legislação	Isentar os serviços não presenciais	Por causa dos utentes que recebem as receitas via mail ou telefone, torna-se difícil e consumidor de tempo (para além de fonte de conflitos) o pagamento das taxas moderadoras devidas por esse serviço	Isenção de taxas moderadoras para esse serviço
	Rever/aplicar Legislação	Hiperlink no RNU para a legislação em vigor para cada isenção, com uniformização de critérios	Legislação que fundamenta isenções	Hiperlink no RNU para a legislação em vigor para cada isenção, com uniformização de critérios
	Rever/aplicar Legislação	CIT de Longa duração assumidos pela SS e/ou pela medicina do trabalho	Consumo de consultas mensais para emissão de CIT em casos que se sabe, serão de longa duração. Ex: ttos oncológicos de longa duração (recuperação da cirurgia + QT + RT), utentes a aguardar cirurgias (hérnias discais, próteses ancas/joelhos), outras situações.	Que uma junta médica da SS estabeleça um período aceitável no qual não seja preciso renovar mensalmente: 6 meses, 12 meses, 24 meses... ou que seja a própria SS com os seus elementos médicos a renovar ou não as baixas. Isto evitaria alguns conflitos ou quebras de confiança na relação médico/doente... Não entraria bem aqui a medicina do trabalho como entidade externa e independente e nunca como elemento pertencente à entidade empregadora?
	Rever/aplicar Legislação	Criar CAMP	Atestados para carta de condução	Criação dos "famosos" CAMP
	Rever/aplicar Legislação	Responsabilizar os CSS pela realização dos exames que prescrevem	Pedido de transcrição de MCDTs pelos CSS	Promover a avaliação de evidência dos MCDTs pedidos a nível dos CSS e obrigar os hospitais a solucionar o problema de resposta em tempo útil aos

Grandes áreas de intervenção	Área de solução	Ordenar por solução	Problema	Solução proposta pelos profissionais
		(inclusiva na comunidade)		exames de iniciativa própria (pode passar por sub-contratualização de serviços externos mesmo para doentes que residam "fora da área" onde se localiza o hospital)
	Rever/aplicar Legislação	Responsabilizar os CSS pelo pedido de consultas para outras especialidades que considerem necessárias	Pedidos de marcação de consultas hospitalares por parte do hospital ou pedidos de transferência de processos no Alert P1	Responsabilizar os CSS pela marcação das consultas que são de iniciativa dos próprios CSS e caso entendam recusar pedidos de consulta por considerarem que devem ser feitos para outras unidades, criar uma ferramenta no Alert P1 que possa simplesmente transferir o pedido para outra instituição.
	Rever/aplicar Legislação	Terminar com atestados de saúde/doença	Atestados para matrícula escolar	Terminar com os pedidos das escolas para a emissão de tal atestados. Emitir circular normativa para todas as escolas, infantário, creches públicas e i.p.s.s.
	Rever/aplicar Legislação	Terminar com atestados de saúde/doença	Atestados de "saúde" (escolas, lares, campos de férias, trabalho, etc...)	Aplicar a lei em vigor e de uma vez por todas fazer a informação chegar a todas as instituições em questão.
	Rever/aplicar Legislação	Terminar com atestados de saúde/doença	pedidos de CIT por doença de curta duração (ex, max 3 dias)	legislação que permita o trabalhador justificar ausência ao trabalho por doença para um período curto (max 3 dias?), sem necessitar de justificação médica (responsabilização do utente pelos autocuidados quando não é necessária avaliação médica - ex gripe - e pelas suas ausências, dado que até 3 dias não recebe remuneração); para evitar abusos, poder-se-ia definir um limite máximo de dias permitidos num ano (ex 9 dias / ano)
	Rever/aplicar Legislação	Terminar com atestados de saúde/doença - (Amamentação)	A rever a necessidade de um atestado médico para a dispensa diária para amamentação, se esta prolongar para além do primeiro ano de vida do filho. Julgo que à maioria dos profissionais médicos a	Criar um atestado para a própria trabalhadora entregar à sua entidade empregadora.

Grandes áreas de intervenção	Área de solução	Ordenar por solução	Problema	Solução proposta pelos profissionais
			intervenção passa por um diálogo entre o médico e a trabalhadora lactante em que esta afirma que mantém a amamentação.	
Sistemas de Informação	Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Criar funcionalidade de apoio à equipa nos SI	Há necessidade de criar uma rede de comunicação interna que agilize todos os tipos de comunicação interpares, funcional	desenvolver um programa neste sentido que estaria disponível a todas as equipas, pelo qual as equipas pudessem optar, se assim o entendessem.
	Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Criar funcionalidade de apoio à equipa nos SI	Não existência de pastas partilhadas	Desenvolver um programa de pastas partilhadas, disponível a todas as equipas (para arquivo e desenvolvimento de documentos, procedimentos, registos dinâmicos, etc,) pelas quais poderiam optar, caso fosse esse o da sua preferência.
	Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Desmaterialização dos MCDT	MCDT em papel	Tal como a RSP, porque não MCDT sem papel?
	Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Informatizar gestão e movimentos dos armazéns	Gestão dos armazéns avançados (farmácias/aprovisionamento) > Tempo dispendido na conferência dos produtos recebidos e mitigação de erro humano.	Leitor de código de barras, parametrizado e ligado ao Glinnt, para uma conferência mais rápida e segura dos produtos de farmácia e material clínico recebidos.
Sistemas de Informação	Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Informatizar gestão e movimentos dos armazéns	Gestão dos armazéns avançados (farmácias/aprovisionamento) > Necessidade de aprovar no Glinnt o material recebido em tempo record para "fechar" o inventário do software. Os enfermeiros têm consultas e visitas domiciliárias para fazer, não podem tirar dias inteiros para gerir as farmácias e dar entrada de tudo, conferir produto a produto e arrumar tudo e introduzir no Glinnt.	Tornar a conferência mais rápida (ver solução ao problema anterior). Programar entrega dos produtos com maior antecedência, não em cima da data de fecho do inventário. Quiçá, voltar ao esquema de um (ou mais) aprovisionamento por ACES, com pessoal dedicado a esse trabalho, que receba e conferencie o material e que o distribua pelas unidades.

Grandes áreas de intervenção	Área de solução	Ordenar por solução	Problema	Solução proposta pelos profissionais
			Fornecer material no dia 26 de um mês e depois dizer que temos até dia 31 para conferir (com um fim de semana no meio), senão fica tudo validado automaticamente, é o mesmo que dizer que o rigor na gestão dos produtos farmacêuticos não é importante.	
	Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Integrar sistema de análise de dados no Sclínico com acesso aos dados no momento	Dificuldades em gerir a lista por falta de outputs	Possibilidade de filtrar dados da lista do profissional por intervenções e/ou contacto num determinado período de tempo. Por exemplo Lista de utentes hipertensos com registo de TA nos últimos 6 meses, Lista de utentes diabéticos sem registo de exame ao pé nos últimos 6 meses, etc.
	Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Integrar sistema de análise de dados no Sclínico com acesso aos dados no momento	Acesso a listagens através do MIM@UF / SIARS	O sclínico ter uma opção de listagens que cada medico/enfermeiro pudesse gerir da sua pp lista e com dados actualizados ao dia anterior e não com meses de atraso. Manter eventual programa MINUF / SIARS para dados globais da equipa.
	Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Sistema de assiduidade biométrico mais <i>user friendly</i>	Sistema de assiduidade biométrico	Sei que há melhores versões do SISQUAL disponíveis. A que temos acho que é a mais barata e pior em termos de funcionalidades.
	Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Sistema de assiduidade biométrico mais <i>user friendly</i>	SISQUAL	Em unidades com controle biometrico, vulgo SISQUAL , criar um regulamento uniforme nas ARS que possibilite a gestão de horários necessária em unidades para garantir IS de colegas ausentes de forma transparente e simples, contabilizando o total de. Horas semanal ou mensal, em vez de horários rígidos que colidem com o que de exige dos profissionais.

Grandes áreas de intervenção	Área de solução	Ordenar por solução	Problema	Solução proposta pelos profissionais
	Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Sistema de assiduidade biométrico mais <i>user friendly</i>	Processo moroso na validação do registo das justificações das faltas e compensação de horas no registo biométrico de assiduidade	Upgrade do sistema informático para uma versão com mais funcionalidades; Processo automático de validação de algumas das faltas segundo regras estabelecidas, libertando o coordenador para outras atividades, Alertas por mail para os profissionais para justificação de faltas
	Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Terminar com atestados de saúde/doença - (Automatizar a emissão)	PNV actualizado?	programa emitir declaração automática com informação de cumprimento de PNV e com data de validade do mesmo.
	Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Contactos individualizados no RNU com possibilidade de atualização por todos os profissionais	Dados dos utentes desatualizados	Acabar com campo único de contacto (telefone e email) no SINUS; criar contactos por elemento do agregado familiar; integração da informação: quando atualizámos contactos na PEM, no SAPE ou no SCLINIC, estes deveriam ser, de forma automática, atualizados, no RNU (e vice versa)
	Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Contactos individualizados no RNU com possibilidade de atualização por todos os profissionais	M1 não permite ter contactos telefónicos por pessoa, mas apenas um por família	Permitir contactos telefónicos individualizados
Sistemas de Informação	Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Criar campo no RNU para inscrição do EF	Perda de tempo de cuidados de enfermagem para atribuição de enfermeiro de família aos utentes + falta de dados ao nível nacional + fiabilidade duvidosa dos resultados	Abrir campo no RNU para atribuição de enfermeiro de família a todos os utentes, que deve ser atualizado pelo secretariado clínico quando os utentes mudam de Unidade Funcional
	Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Espaço para cada UF criar o seu website com domínio do MS	Multiplicidade de websites de domínio externo,	Integração de espaço nos servidores públicos para plataformas, geridas por cada unidade, com informação aos utentes
	Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Substituição do SINUS e MARTA pelo SONHO CSP ou outro similar	Incapacidade da gestão integrada da agenda entre os diversos GP	Implementação imediata a nível nacional do SI apresentação pelo Paulo Santos no 8º ENUSF para substituir o SINUS e o MARTA

Grandes áreas de intervenção	Área de solução	Ordenar por solução	Problema	Solução proposta pelos profissionais
	Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Substituição do SINUS e MARTA pelo SONHO CSP ou outro similar	Grande limitação de gestão de horários e agenda por parte do SINUS	Actualização do SINUS com possibilidade de mais de 9 slots diferentes por dia e com possibilidade de bloquear períodos do dia em vez de apenas um dia completo
	Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Substituição do SINUS e MARTA pelo SONHO CSP ou outro similar	Não é possível bloquear tempos de agenda no S. Clínico Enf.	Possibilitar bloquear tempo em agenda
	Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Substituição do SINUS e MARTA pelo SONHO CSP ou outro similar (integrar agendas dos profissionais)	Também seria bastante útil a possibilidade de cada médico terem acesso ao agendamento de todos e de cada um dos médicos, e de todos e de cada um dos enfermeiros, e melhorar a comunicação entre profissionais através da agenda para cada utente específico	Agenda de consultas versátil e acessível a todos os profissionais.
	Apoio à resolução de problemas	Lista de FAQ's com soluções dos helpdesk	Um problema, várias soluções, partilha "zero"	Disponibilização de uma lista de problemas generalistas (FAQ), com respectivas soluções pelos serviços de helpdesk
	Autenticação única nos diferentes Sistemas de informação	Integração de todos os SI em uso (Criar autenticação única para todos os SI)	É fundamental, tal como já foi referido no Forum, e penso que todos apoiamos, a integração de todas as plataformas, que temos que utilizar diariamente, no SClínico (O SClínico por ser o mais implementado e alvo de investimento pelo MS / SPMS); ao fazermos o registo pessoal no SClínico deveríamos aceder com 1 click nas várias plataformas, todas disponíveis num menu integrado.	Uma vez autenticados na plataforma SClínico, deveríamos poder aceder e funcionar com os programas acessórios / complementares, mas todos integrados (SiiMA, SICO, ALERT-P1, GESTCARE, PEM, etc, etc), sem termos que efetuar nova autenticação, e, muito menos, diferentes autenticações como atualmente acontece – Autenticação única!
	Cruzar dados de Isenções	Cruzamento de dados	Isenções pelo desemprego	Cruzamento isenção IEFP / RNU
	Estudar impacto das medidas	Efetuar estudos antes da implementação das medidas	As políticas e as orientações, muitas vezes, são lançadas sem estudar o seu impacto no terreno (por exemplo, o atestado	Ser obrigatório haver um estudo de impacto das políticas e orientações na atividade de quem as vai ter de seguir, que inclua a

Grandes áreas de intervenção	Área de solução	Ordenar por solução	Problema	Solução proposta pelos profissionais
			para carta de condução electrónica)	auscultação dos profissionais do terreno.
	Focus grupos de profissionais para desenvolvimentos dos SI	Grupos de trabalho com profissionais que conhecem a realidade	Alterações aos SI que dificultam o nosso trabalho do dia-a-dia	Não criar grupos de trabalho com profissionais fora da prática, inclusive quando estes representam as Ordens Profissionais!!!
	Focus grupos de profissionais para desenvolvimentos dos SI	Grupos de trabalho com profissionais que conhecem a realidade	As aplicações informáticas são desenvolvidas e implementadas sem participação dos profissionais que as vão ter de utilizar	Criação de uma equipa na ACSS / SPMS que integre profissionais de saúde de diferentes áreas (médicos e enfermeiros de cuidados de saúde primários e hospitalares, em diferentes especialidades; fisioterapeutas, dentistas, psicólogos, nutricionistas...), com especial apetência para esta área, a fim de: 1- Discussão multiprofissional das necessidades e lacunas dos sistemas de informação, percebidas por quem está no terreno; 2- Conduzir grupos focais em diferentes unidades e níveis de serviços para obter mais opiniões dos utilizadores das diferentes classes profissionais; 3- Trabalhar em conjunto com as equipas / empresas que produzem as aplicações financiadas / desenvolvidas pelo SPMS a fim de guiar o seu desenvolvimento (assegurar que responde às necessidades dos profissionais).
	Integração dos dados independentemente da sua origem	Integrar os resultados de MCDT nos SI de apoio à consulta automaticamente	Processo moroso para transcrever os MCDT para os programas de registo em MGF (nos 3 disponíveis)	Integrar os resultados dos MCDT automaticamente nos programas de registo em MGF (nos 3 disponíveis) junto com um alerta para o profissional por email ou outro.
	Integração dos dados independentemente da sua origem	Integrar os resultados de MCDT nos SI de apoio à consulta automaticamente (integrar	Tempo dispendido na introdução dos resultados dos MCDT no programa informático	Integração destes resultados directamente no sistema (há laboratórios que já o propuseram fazer e penso que há algures no país um sítio em que já é feito). O

Grandes áreas de intervenção	Área de solução	Ordenar por solução	Problema	Solução proposta pelos profissionais
		Sistemas de apoio à consulta com os laboratórios comunitários)		tempo e o caricato que poupavamos na consulta!
	Integração dos dados independentemente da sua origem	Integrar registo de vacinação no Sclínico	Registo de vacinas, atualmente no SINUS e futuramente no PDS, plataforma que muitas vezes está off-line!	Integrar o modulo de registo de vacinação no SClínico.
	Integração dos dados independentemente da sua origem	Carregar no RNU comprovativo de benefícios	Comprovativos de isenções / benefícios	Carregar para o RNU digitalização do documento em vigor - menos papel, disponível em qualquer unidade
	Integração dos Sistemas de Informação	Integração de todos os SI em uso	Varias password e login, 1 para cada um dos software que utilizamos	Integração de todos os softwares em uso.
	Integração dos Sistemas de Informação	Integração de todos os SI em uso	Vários programas informáticos com várias plataformas diferentes	Integração completa de todos os programas com acesso directo ao SClínico
	Integração dos Sistemas de Informação	Integração de todos os SI em uso	Referenciação pelo Gestcare demorada e repetitiva.	Integrar módulo de referênciação de forma a que o processo do utente fique disponível, não sendo necessário repetir informação.
	Integração dos Sistemas de Informação	Integração de todos os SI em uso	Repetição de introdução de dados no Siima rastreios (Introdução de dados para fornecer ao IPO, retorno dos resultados das citologias, resultado das mamografias, da liga, resultados de retinopatias diabeticas)	Siima vir buscar dados de menarca, metodo, menopausa (se houvesse campo para isso no sclinico)e tratamentos previaos ao Sclínico sem ter de haver nova introdução. notificação directa dos resultados no Sclínico, ainda que tenham de ser validadas uma a uma pelo medico de forma a não passar nenhum resultado alterado mas não a repetição dessa introdução.
	Integração dos Sistemas de Informação	Integração de todos os SI em uso	Gestcare- programa desfasado da realidade dos CSP (demora superior a 60 min na referenciação de cada utente)	Permitir a escrita em texto livre pelos profissionais e depois, caso necessário, esclarecimento por telefone ou email de alguma duvida se surja da parte do responsavel de avaliação dos processos
	Integração dos Sistemas de Informação	Integração de todos os SI em uso	Só ser possível registar 3 problemas abordados na consulta atual na aplicação M1	Permitir que a prescrição seja feita pelo M1, ficando registado nos dois sistemas- PEM e M1

Grandes áreas de intervenção	Área de solução	Ordenar por solução	Problema	Solução proposta pelos profissionais
	Integração dos Sistemas de Informação	Integração de todos os SI em uso	Não haver limitação para os problemas abordados na consulta atual	Permitir que a prescrição seja feita pelo M1, ficando registado nos dois sistemas- PEM e M1
	Integração dos Sistemas de Informação	Integração de todos os SI em uso	Ser necessário ir à PEM para prescrever receituário crónico quando se está a utilizar o M, não ficando registo na aplicação da medicação efetivamente prescrita (o que condiciona descontinuação da informação e impossibilidade de fazer auditorias clínicas)	Permitir que a prescrição seja feita pelo M1, ficando registado nos dois sistemas- PEM e M1
	Integração dos Sistemas de Informação	Integração de todos os SI em uso	Estive na sexta-feira a eliminar utentes do siima rastreios há muito falecidos...	Cruzar o siima rastreios com o RNU ...
	Integração dos Sistemas de Informação	Integração de todos os SI em uso	Em relação ao processo clínico eletrónico	Julgo ser importante criar um espaço de preenchimento manual, para elaboração e manutenção de um resumo, atualizado e atualizável, do processo clínico da pessoa (resumo da situação clínica), que pudesse facilmente ser integrado numa informação clínica qualquer ,a pedido da pessoa, para referência, para instituição de internamento, RNCCI, etc
Sistemas de Informação	Integração dos Sistemas de Informação	Integração de todos os SI em uso	Problemas na atualização dos contactos telefónicos entre o RNU e o M1, levando a que os telefones estejam desatualizados ou que as atualizações não fiquem de um contacto par o seguinte	Identificar o problema e resolvê-lo
	Integração dos Sistemas de Informação	Integração de todos os SI em uso	Utentes falecidos mantidos nas listas por vários anos	Mensalmente, trimestralmente ou semestralmente fazer a atualização das listas com os registos dos falecimentos das conservatórias (levaria à disponibilização de cerca de 110.000 lugares nas listas de utentes por ano) - número de

Grandes áreas de intervenção	Área de solução	Ordenar por solução	Problema	Solução proposta pelos profissionais
				óbitos por ano em Portugal - 110000
	Integração dos Sistemas de Informação	Integração de todos os SI em uso	o M1 vai buscar os dados ao Sinus, é necessário actualizar no RNU e depois no Sinus...	sincronizar com o RNU e não com o Sinus
	Integração dos Sistemas de Informação	Integração de todos os SI em uso	Problema no ACES oeste sul (não sei nos outros da ARSLVT): TODOS os anos temos de enviar via Alert à APDP TODOS os diabéticos para o rastreio da retinopatia, um a um, o que gasta horas e horas de trabalho. Ainda gasta mais tempo verificar uma a uma as respostas da APDP do ano passado no Alert!!!	A USF envia à APDP a listagem de diabéticos e a APDP convoca. O MF apenas tem de referenciar os novos casos de diabetes. A APDP devolve a USF a listagem de utentes que devem ser referenciados a outros serviços de oftalmologia por presença de patologia desse foro. Por defeito, os utentes que não são referidos nas respostas da APDP, não apresentam alterações no rastreio e entrarão na listagem para enviar no próximo ano.
	Nova Funcionalidade	Criar aplicação para contar o nº de embalagens.	Acabar com a contagem permanente do número de caixa de medicamentos até à próxima consulta	criar uma aplicação que automaticamente contabilizasse essa necessidade em função do nosso agendamento.
	Nova Funcionalidade	Criar módulo de prescrição de cuidados de enfermagem	S. Clínico de enfermagem sem prescrição de cuidados	Criar módulo de prescrição de cuidados
	Parametrização	Agrupar intervenções de enfermagem	Tempo despendido no registo de intervenções de enfermagem, com múltiplos click's desnecessários.	Agrupar intervenções (ex: Administrar vacinas (implica o ato de administração e ensino sobre reacções, incentivo à vacinação, planeamento da próxima vacina, etc)
	Sistemas de Informação <i>user friendly</i>	Alterar visualização da informação	As "notas de agendamento" do SClínico só podem ser consultadas no SOAP.	Seria útil que as "notas de agendamento" do SClínico figurassem numa coluna na página inicial, talvez à direita do tipo de consulta, em vez de termos de consultar o SOAP para vermos o plano da última consulta, caso marcássemos a consulta com alguma intenção.

Grandes áreas de intervenção	Área de solução	Ordenar por solução	Problema	Solução proposta pelos profissionais
	Sistemas de Informação <i>user friendly</i>	Criar alertas de aviso nos SI de apoio à consulta para todos os SI em uso	Processo moroso para retirar do alert p1 a informação de retorno da consulta hospitalar	Integrar a resposta hospitalar automaticamente nos programas de registo em MGF (nos 3 disponíveis) junto com o alerta por email ou outro.
	Sistemas de Informação <i>user friendly</i>	Criar alertas de aviso nos SI de apoio à consulta para todos os SI em uso	Referenciação hospitalar recusada ou devolvida	Notificação no SClínico que alguma referenciação pelo alert foi recusada ou devolvida.
	Sistemas de Informação <i>user friendly</i>	Criar alertas de aviso nos SI de apoio à consulta para todos os SI em uso	Alert p1 não alerta o médico quando há informação de retorno e não está devidamente integrado com sclinico	Criar alerta com envio de email e/ou substituir o alert p1
	Sistemas de Informação <i>user friendly</i>	Criar alertas de aviso nos SI de apoio à consulta para todos os SI em uso	PEM não tem alarmes de interações entre medicamentos	Desenvolver essa funcionalidade que pode ficar editável para quem a queira utilizar e por níveis de interação (todas as interações ou apenas as major ou nenhuma). O M1 poderia melhorar esta funcionalidade neste sentido.
Sistemas de Informação	Sistemas de Informação <i>user friendly</i>	Criar alertas de aviso nos SI de apoio à consulta para todos os SI em uso	Dificuldade em perceber resumidamente o mais relevante da história clínica e (auto)recados para a próxima consulta.	Visto que o programa não ocupa o ecrã todo, podia-se desenhar uma coluna à direita da altura da janela do programa e de cerca de 7-10 cm de largo, de texto livre para que cada profissional possa escrever "coisas a não deixar passar". Ex:- vive sozinha > atenção isolamento;- colonoscopia em 2015 normal; - pedir mamografia 2017;- tem lípidos e micralb de 2016; - foi operária fabril > freq lombalgias já estudadas; - operada incontinência urinária > por vezes ITUs; - nódulos tireoideais já vistos e estudados na endocrinologia > reenviar SOS só se sintomas. Ultima eco nov 2016. Prox análises meados 2017; ...; Um largo etc de elementos da história que eu pessoalmente gostava de ter numa primeira visão global de forma a não ter de navegar uma e outra vez

Grandes áreas de intervenção	Área de solução	Ordenar por solução	Problema	Solução proposta pelos profissionais
				pelos confins do SCLinico para lembrar-me das coisas; Ah, e junto com uma fotografia da pessoa!!!
	Sistemas de Informação user friendly	Interface Sclinico para todos os Prog. De Saúde como sucede com o de SI	Programas de saúde do S	Sugiro que o interface SAM-SAPE que já acontece no programa de saúde infantil possa estender-se a todos os outros programas do S clínico.
	Sistemas de Informação user friendly	Interface Sclinico para todos os Prog. De Saúde como sucede com o de SI	Múltiplos campos ou acessos a registo de intervenções, caso do programa de SI e Diab. com mais que uma possibilidade de registo de dados.	Processo clinico único, apenas um sítio para um registo, Comum à equipa.
	Sistemas de Informação user friendly	Permitir digitalizar documentos para o processo clinico do utente	SCLINICO não tem pasta de arquivo direto para documentos	Implementar processo que permita arquivo de scan de documentos
	Sistemas de Informação user friendly	Possibilidade de registo dos contactos telefónicos nos Sistemas de apoio à consulta	Não registo de contacto telefonico com implicações eticas do aconselhamento dado.	Permitir e generalizar a nivel nacional (com isenção ou não de taxa moderadora), o habito de registo de contacto telefonico com respectivo problema apontado e solução sugerida pelo profissional.
	Sistemas de Informação user friendly	Tipificar documentos no Sclínico	Não existir documentos tipo no SCLinico	Tipificar todos os documentos (relatorios, atestados, declarações, cartas, para todos os GP)