



O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2017/2018

Questionário aos coordenadores de
USF

Relatório do estudo

André Rosa Biscaia
António Pereira
Rui Carneira
Amanda Cavada Fehn
Tiago Vieira Pinto

USF-AN – Associação Nacional
de Unidades de Saúde Familiar

Lisboa, Outubro de 2018

Índice

1. Prefácio	1
2. Este Relatório	3
3. Sumário Executivo	5
4. Ficha técnica do estudo	12
5. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários de 2005	14
6. Características do universo em estudo	21
7. Nota Metodológica	27
8. Resultados do Estudo	28
A. Satisfação com a Reforma dos CSP	28
B. Identificação de Necessidades	56
C. Qualidade	84
D. Informatização	91
E. O ACES e as outras Unidades Funcionais do ACES	100
F. Instalações e Equipamentos	114
G. Recursos Humanos	135
H. Relação com a comunidade	140
I. Segurança e Bem-Estar dos profissionais	159
J. Evolução das Políticas	163
K. Contratualização	165
L- Estágios de Formação	186
9. Discussão	188
9.1. Sistema Nacional de Saúde e Serviço Nacional de Saúde	189
9.2- ARS Administrações Regionais de Saúde	199
9.2.1. ARS Norte	199
9.2.2. ARS Centro	200
9.2.3. ARS LVT	202
9.2.4. ARS Alentejo	203
9.2.5. ARS Algarve	204
9.3 USF e ACES - Agrupamentos dos Centros de Saúde	206
9.4. Profissões e Profissionais	210
9.5. Instalações e Equipamentos	221
9.6. Sistema de Informação	225
9.7. Processo de Contratualização de Serviços	228
9.8. Relação com a Comunidade	233
10. SWOT	240
12. SIMPLEX DO CSP	242
13. O Mapa da Melhorias	246
14. Anexos	251



A – Questionário utilizado.....	268
---------------------------------	-----

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
ARS – Administração 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

Parabéns à equipa da USF-AN que continua a mostrar capacidade de motivar a grande maioria dos Coordenadores das USF, conseguindo na nona edição deste importante estudo, uma taxa de resposta de 75%, (375 respostas das 500 USF existentes no país na altura do estudo) sendo em termos absolutos e percentuais o estudo com o maior número de respondentes de sempre. Por esta taxa de resposta e por ser um estudo que não se limita a apresentar um diagnóstico, mas que apresenta também soluções, devem os dados obtidos ser levados em conta por todos os intervenientes na reforma dos CSP, incluindo o Ministério da Saúde e a sua administração central e regional.

Contrariando o esperado para um Novo Ciclo político com o objetivo do relançamento da “Reforma dos CSP”, constatamos que num espaço de um ano a apreciação que os coordenadores fazem do momento atual da reforma e do Ministério da Saúde em particular, deteriorou-se de um modo muito marcado. Se analisarmos o número de coordenadores que se consideram muito insatisfeitos com a atuação do Ministério da Saúde, vemos que aumentou 4 vezes neste espaço de dois anos, de 8,5% em 2017 para 35,2% atualmente, perfazendo **76,1% entre insatisfeitos e muito insatisfeitos**, revelando a maior insatisfação em relação a todas as estruturas avaliadas.

Uma das principais razões de insatisfação prende-se com as quotas para USF de modelo B. As respostas dos Coordenadores das USF, confirmam que a quase totalidade **das USF Modelo A (91,46%) pretende passar a USF de Modelo B**, mas tal não lhes está a ser permitido, tendo em conta as quotas existentes que diminuíram com este Governo. Este Governo conseguiu mesmo em 2017, pela primeira vez na história desta reforma, bloquear na totalidade a abertura de USF de modelo B, dando assim razão à USF-AN para promover uma petição online para o fim das quotas para constituição de USF A e a eliminação das quotas na evolução para USF de modelo B.

Termino, salientando que o **capital humano** é hoje a maior riqueza de todo o tipo de organizações. A existência de profissionais motivados, a modernização dos equipamentos e a melhoria na organização dos serviços são determinantes para que o financiamento



corresponda a resultados de qualidade e eficiência dos serviços prestados. Exige-se, por isso, um **Plano de Recursos Humanos Nacional a curto, médio e longo prazo** que consiga motivar os profissionais a continuarem a apresentar candidaturas a USF para que se consiga alcançar o objetivo de ter uma cobertura a 100% de USF em Portugal.

Maio de 2018

João Rodrigues

Presidente da USF-AN

2. ESTE RELATÓRIO

O estudo “O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal” alcança a sua nona edição. Não há muitos estudos no mundo que tenham esta longevidade. É uma grande vitória da USF-AN pela sua aposta continuada, das USF que respondem a um questionário exigente em percentagens elevadas ao longo dos anos (este ano com o recorde de 75% de todas as USF!), 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 nona edição do estudo assegura, por um lado, uma continuidade com a metodologia e áreas de análise dos oito anos anteriores, mas também reforça uma evolução com mais detalhe em algumas áreas já existentes e com uma nova área - a Relação com a Comunidade. O reforço dos laços e a otimização das interações com a comunidade que servem representarão, consideramos, a grande evolução que as USF terão de promover no futuro próximo. Há, ainda, como o estudo permitiu constatar, muito trabalho pela frente para melhorar esta interface, mas é uma missão fundamental.

Este estudo tem uma vertente de avaliação da satisfação em termos gerais quanto à reforma dos Cuidados de Saúde Primários (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 CSP 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. Não se pode perder a oportunidade de se realizar um salto significativo, um novo impulso para uma **melhor saúde em Portugal**.

3. SUMÁRIO EXECUTIVO

Este estudo, que regista já a sua nona edição desde 2009, 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. **O aspeto mais saliente desta reforma foi a implementação das USF**, cujo número tem vindo a aumentar anualmente desde o seu início em 2006.

Este **estudo** é um censo e foram inquiridos durante o mês de abril e até 9 de maio de 2018 todos os **coordenadores de USF em atividade**.

Em primeiro lugar, realça-se que **este estudo tem conseguido fornecer informação nova sobre aspetos importantes da evolução da reforma** dos CSP, 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, complementada com a satisfação em relação a aspetos muito concretos da atividade que, de certo modo, explicam a satisfação em termos gerais e outra vertente de informação factual que não está disponível de outro modo.

Existem já 501 USF, abrangendo mais de 9000 profissionais e que prestem cuidados a quase 6 milhões de pessoas. Iniciaram atividade em 2017 16 USF modelo A e há 41 candidaturas ativas para novas USF (11 entradas em 2018). O **número de novas USF modelo A** a iniciar atividade em cada ano tem uma tendência de decréscimo consistente desde 2009 e atingiu o nível mais baixo de sempre com 16 este ano. Este dado e a não abertura de nenhuma USF modelo B durante 2017 é um sinal muito forte de desinvestimento e a maior ameaça desde o início da Reforma.

Este estudo teve, nesta edição, um **número recorde de respondentes – 372 coordenadores e uma taxa de resposta de 75%, também a maior de sempre** - sinal de determinação das USF na monitorização, avaliação e melhoria da reforma dos CSP. 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.

O primeiro resultado é que a grande maioria das USF Modelo A (91,46%) pretende passar a Modelo B (um modelo mais exigente e com vencimento dependente do desempenho, mas com mais autonomia funcional e incentivos), 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, trabalhar: o modelo B.

A avaliação do Ministério da Saúde está patente nas últimas duas edições do estudo e não podia ser mais bipolar. No espaço de um ano a apreciação que os coordenadores fazem do momento atual da reforma e das estruturas da administração central, em particular, do Ministério da Saúde deteriorou-se de um modo muito marcado - os muito insatisfeitos aumentaram 4 vezes na sua apreciação em relação ao **Ministério da Saúde**, (nunca houve tantos), cerca de 2 vezes em relação ao **momento atual da Reforma dos CSP** (nunca houve tantos), à **ACSS** e **DGS**, e cerca de 1,5 vez para a **SPMS**. Mantém-se a satisfação com a atuação da Coordenação para a Reforma do SNS na área dos CSP.

Em súmula, em **termos gerais** há mais insatisfação em relação ao **processo geral da reforma e estruturas governativas nacionais**, mantém-se a satisfação em relação à estrutura associativa das USF, a **USF-AN**, e à **Coordenação para a Reforma do SNS na área dos CSP**.

O nível de satisfação mais alto de todas as estruturas avaliadas regista-se, então, em relação à **atividade da própria USF**, seguindo-se com a **USF-AN** e com o **ACES** a que pertence a USF. No sentido inverso, o nível de insatisfação maior é para com o **Ministério da Saúde**, seguindo-se a **SPMS** e a **ACSS** – a satisfação com as **estruturas da Administração Central** acentuou o registo negativo, anulando a recuperação que se tinha verificado no ano passado. A satisfação em relação às ARS e estruturas regionais manteve-se num registo negativo, mas sem anular as melhorias do ano anterior, ainda que mais bipolarizada.

Os ACES registaram uma quebra com maior insatisfação, mas ainda com mais satisfeitos do que insatisfeitos.

Quanto aos hospitais de referência, estes geram mais insatisfação do que satisfação.

Uma nova área de avaliação deste ano foi a **evolução das políticas** na área dos cuidados de saúde primários. Os coordenadores concordaram com o **fim das quotas para modelo A** (88,82%) e **modelo B** (87,47%), com a definição de critérios para a manutenção em USF (80,26%), com a transformação dos incentivos financeiros em atividades específicas no modelo B das USF (com quase 78%) e com a introdução do requisito dos enfermeiros que integram a USF terem de ter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar (59,95%).

A **autonomia prevista para os ACES** ficou muito distante do planeado e tem vindo a agravar-se a sua dependência das ARS, sendo que isso é evidente também nos resultados deste estudo. Quando se perguntou às USF qual a autonomia real vs autonomia desejada, 90% dos coordenadores considera que o ACES deveria ter uma autonomia maior do que a que tem atualmente. Na mesma linha, 93,3% dos coordenadores considera que a autonomia do ACES afeta a autonomia da USF. Ambos os valores aumentaram face ao ano transato.

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, mas neste ano houve uma revolução. A primeira posição na atual avaliação, como problema mais importante a carecer de resolução, passou a ser o **equipamento telefónico** e o segundo a **dimensão da lista de utentes**. O terceiro a ser considerado nesta lista de maiores problemas são os **incentivos institucionais** (a mesma posição do ano passado), estando em quarto o desenvolvimento da **carreira de Secretário Clínico** (a mesma posição do ano passado), seguindo-se os **equipamentos informáticos** (o primeiro do ano passado). São cinco problemas em áreas essenciais: comunicação, carga de trabalho, capacidade de investimento, carreiras profissionais e gestão da informação. A **contratualização** esteve 2 anos na 3ª posição, e nos dois anos seguintes ocupou a 5ª posição e no ano passado saiu mesmo da lista dos cinco problemas mais importantes (está na posição 18), comprovando que as alterações realizadas nos últimos anos têm melhorado o processo. De facto, a maioria das USF considera que o **processo de contratualização tem vindo a melhorar** (56,08%, mas 16 % do que o ano passado) e, também, a maioria considera que o processo de contratualização é **um estímulo para trabalhar com maior qualidade**.

61% das USF teve direito a **Incentivos Institucionais** nos últimos anos (o que representa que conseguem cumprir as metas), ainda que esse número tenha caído dos 80% em relação ao ano passado. Mais de 90% dos coordenadores refere que a sua USF teve algum tipo de impedimento na utilização dos incentivos institucionais. Mantêm-se, no entanto, velhos problemas com 81,4% a discordarem que o **processo de contratualização cumpre os prazos** estabelecidos.

Com a introdução da nova metodologia do plano de ação da unidade funcional (PAUF) e a alteração da metodologia da contratualização, registou-se, pela primeira vez, uma maioria de USF a ter o seu plano de ação discutido com o ACES (de 38% para 83,1% das USF). No mesmo plano de melhoria, quase todos os ACES têm **planos de desempenho e relatórios de atividade** e a quase totalidade das USF (97,6%) tem **manuals de boas práticas**.

Mantém-se a **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 71% mais de 10 vezes (e destas 30,5% mais de 50 vezes).

A diminuição do universo de aplicações informáticas de apoio à consulta em uso que passaram a apenas 2, com um quase monopólio do Sclínico (91,4%), sem aparente melhoria na satisfação dos profissionais com as aplicações informáticas. Insatisfação com a PEM (49,87%) uma aplicação de uso constante na consulta. A **interoperabilidade e rapidez do funcionamento** são as maiores fontes de insatisfação em relação às aplicações informáticas. A **segurança dos dados informáticos** também preocupa 43,57% dos coordenadores.

89,3% das USF teve **falta de material considerado básico pelo menos 1 vez no ano**. Em 72,1% o problema demorou 48 horas ou mais para ser resolvido.

Regista-se, também, uma elevada insatisfação (87,19%) relativa à **central telefónica** das USF.

Percepção de **falta de apoio e resposta rápida por parte dos ACES (49,6%) e principalmente das ARS (73,57%)** aos problemas que dependem da sua intervenção.

Registou-se um aumento da percentagem de profissionais providos em lugar do quadro em todos os grupos profissionais nas USF. Por outro lado, a grande maioria das USF não pode contar com o apoio de profissionais de saúde como dentistas, higienistas orais ou técnicos de cardiopneumologia). Quase todas as USF acolhem **estágios de formação**.

Na parte da saúde e segurança no trabalho, 41,27% dos coordenadores afirmam que em “algumas vezes” os profissionais mantiveram a sua atividade mesmo estando doentes enquanto que 22,16% afirmam que tal ocorreu “frequentemente”. Em 80,2% das USF registaram-se nos últimos 12 meses, casos de ameaça/agressão verbal contra profissionais de saúde e em 14% violência física. 95% das USF já 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.

Na área da qualidade, o número de USF que realizou ou iniciou o processo de **acreditação** tem crescido nos últimos anos, apresentando neste estudo o valor mais alto – 19,7%.

85% das USF referem não ter realizado nenhuma avaliação de fornecedores.

Na relação com as comunidades, há uma forte participação das USF em **iniciativas da comunidade**, mas ainda existe apenas um pequeno número de USF com Liga de Amigos ou comissão de utentes ou que realiza uma reunião anual de prestação de contas à população ou que se articula com a autarquia. Este ano, fez-se, pela primeira vez, a separação dos resultados por USF **integrada ou não em ULS**. Como súmula geral, nas USF integradas em ULS há mais satisfação com a reforma, a atividade da própria USF, instalações e equipamentos, menos falta de material e melhor resposta aos problemas que surgem, mas nos serviços disponibilizados e a satisfação com estes, esta vantagem já não é clara, dependendo do tipo de serviço e a satisfação com o hospital de referência é apenas ligeiramente superior nas ULS. Estas duas últimas dimensões são as mais relacionadas com a opção por este modelo de gestão e deveriam ter uma superioridade em termos de disponibilização de serviços e satisfação com o hospital de referência mais evidentes. Uma conclusão possível é que direções que estão mais próximas das USF (como a gestão das ULS com a sua autonomia acrescida em relação aos ACES e estando mais próxima das unidades do que as ARS, fruto da concentração de serviços e direções num mesmo espaço) e **com mais capacidade de resposta**, podem fazer a diferença para a resolução dos problemas das unidades e na disponibilização de melhores serviços de apoio, reforçando a ideia de que os ACES integrados ou não em ULS deveriam ter mais autonomia e capacidade de resposta.

Este estudo prova que é possível auscultar os profissionais no terreno e disponibilizar informação em tempo útil para a monitorização do processo e desenho de melhorias.

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 saúde familiar a trabalhar em condições otimizadas.

2 – **Expandir a autonomia de gestão dos ACES e diminuir a dimensão dos mega-ACES** para aproximar a decisão do terreno, dos problemas e das soluções. Implementar imediatamente o processo de transferência de competências das ARS para os ACES assim como os recursos para o exercício dessas competências e dar resposta aos desafios da prestação de cuidados de saúde.

3 – Apostar mais fortemente no **desenvolvimento da Governação Clínica e de Saúde**, redimensionando os Conselhos Clínicos e de Saúde, dotando-os de mais profissionais com mais tempo dedicado 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. É, igualmente, essencial melhorar os rácios dentro das equipas, com mais enfermeiros e secretários clínicos. Recrutar **mais secretários clínicos** é essencial 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 clínica, medicina dentária, higiene oral, terapia ocupacional, terapia da fala, nutrição clínica 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 com ausências prolongadas, criando mecanismos que permitam a substituição de elementos das UF com ausências prolongadas que não assentem apenas na inter-substituição por elementos da equipa, porque esta leva à exaustão das equipas e consequente perda de produtividade e qualidade no trabalho.

5 - Adotar uma **estratégia nacional de gestão do conhecimento para profissionais e população em geral**. Promover um acesso facilitado às fontes de conhecimento clínico e gestor, implementar

planos de formação e desenvolvimento profissional nacional, regionais e locais parecem ser passos essenciais.

6 - É necessário **rever a arquitetura dos sistemas de informação, centrando esse sistema no cidadão e num processo clínico único** 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 e que possam facilmente ser substituídos se não cumprirem os seus contratos. 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. Deve haver igualmente um investimento em sistemas redundantes que permitam alternativas de acesso, assim como reforçar os serviços de apoio para a resolução de eventuais problemas que devem estar operacionais durante todo o tempo de funcionamento das unidades (para que não aconteça que os profissionais só possam ter acesso aos processos clínicos e fazer os seus registos quando o técnico entre de serviço).

7 – Repensar e reorganizar os **serviços telefónicos disponíveis** porque é essencial que funcionem adequadamente e porque, atualmente, 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) e publicá-la 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 inclua 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 – **Implementar modelos de integração dos cuidados** centrados nas necessidades do cidadão e não na integração da gestão, mas que verdadeiramente articulem as várias unidades e instituições, a Segurança Social, as Câmaras e Juntas de Freguesia.

11 - **Reforçar os Serviços de Segurança e Saúde no Trabalho / Saúde Ocupacional** e a sua atuação nos ACES com intervenções estruturadas, integradas e efetivas de prevenção e gestão dos acidentes de

trabalho e da violência contra os profissionais de saúde. Este tem de ser um projeto prioritário das ARS.

12 - 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 de projetos como “A Minha Saúde, a Minha Comunidade”, parceria entre a USF-AN e a DECO ou projetos como o “Mais Participação, Melhor Saúde”. Neste campo, ainda, aprofundar as relações com o Poder Local e as estruturas da comunidade. Tornar mais eficaz a transmissão de informação simples e útil sobre o funcionamento das unidades, a sua oferta assistencial e formas específicas de envolvimento das populações nas suas decisões estratégicas ou outras, trazendo a comunidade para dentro das USF, são estratégias que podem trazer muitos ganhos para todos.

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. Não se pode perder a oportunidade de se realizar 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, Tiago Vieira Pinto
Conflitos de Interesses	Os autores trabalharam sem retribuição financeira para este projeto. 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.
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	Acompanhar e apoiar a evolução da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.
Duração do estudo	Março de 2018 a Maio de 2018
Desenho de Estudo	Estudo censitário, observacional, transversal seriado.
População	Universo: coordenadores de USF em atividade (N= 500, a 1 de abril de 2018). Critérios de inclusão: ser coordenador de uma USF (ou estar a substituir este), e que, de forma voluntária, colabore nesta investigação.

Recolha de Dados	Efetuada durante o mês de abril e maio de 2018. Foram convidados a participar todos os coordenadores de USF em atividade no país (incluindo Regiões Autónomas), pelo que é um estudo censitário. Através de questionário semi-estruturado construído para este fim e aplicado via <i>Web</i> com a ferramenta Limesurvey (ver anexos) 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.

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”¹. 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 utilizadores².

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 princípios³: (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 equipas auto-organizadas na prestação de cuidados de saúde à população de uma

¹ 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).

² 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.

³ 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>

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)⁴.

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^{4,5} 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, constam⁶: as unidades mais vocacionadas para os cuidados personalizados médicos e de enfermagem – as USF (unidades de saúde familiar)⁷ 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 comunitário⁸.

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

⁴ 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>.

⁵ Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro

⁶ 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.

⁷ Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto; Portaria n.º 1368/2007, de 18 de Outubro.

⁸ Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro.

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 profissionais⁹.

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.

Atualmente (Agosto de 2018) existem já **505 USF**, estimando-se que abranjam 9324,3 profissionais (números com decimais porque correspondem a profissionais em tempo inteiro, por exemplo existem 3300 médicos de família, mas alguns a tempo parcial,

⁹ Santos I., Sá E. Estratégias de governação clínica. *Rev Port Clin Geral* 2010; 26:606-612

correspondendo a cerca de 3375,8 médicos de família a tempo inteiro -, 3357,5 enfermeiros e 2591 secretários clínicos) e que cubram mais de metade da população - 5.816.464 utentes¹⁰

A **população inscrita** nos cuidados de saúde primários apresenta-se da seguinte forma, conforme o modelo da unidade: i) 2.729.532 inscritos no modelo A; ii) 3.142.936 inscritos no modelo B; e iii) 4.228.837, 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) 1701 USF-A (2205 UP – Unidades Ponderadas); ii) 1810 USF- B (2311 UP); iii) 1541 UCSP (2076 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 primários¹¹. 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”¹².

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

A - CENTRALIDADE DAS PESSOAS

I - Literacia, Transparência, Comunicação Portal do SNS

II - Recursos Humanos (as profissões)

B - UMA CULTURA DE GOVERNAÇÃO CLÍNICA E DE SAÚDE

I. Qualificação prescrição/dispensa/utilização do medicamento

II. Qualificação da Referenciação

III. Contratualização inteligente

¹⁰ Fonte: sns.gov.pt

¹¹ 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/>

¹² Para saber mais; https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano_Estrategico_e_Operacional.pdf

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.

Foi esta a agenda estabelecida em 2016 para os próximos anos nos cuidados de saúde primários.

Desde lá, o relançamento da reforma conseguiu implementar um processo de contratualização renovado. Nele há uma matriz que integra diferentes áreas (formação, a investigação e a qualidade organizacional). As metas de negociação deram lugar a intervalos

de resultados esperados e de variações aceitáveis para todas as unidades de saúde. Melhorias bem recebidas pelos profissionais, conforme mostrado na secção ?.

A parceria entre a USF-AN e o MS resultou no portal BI-CSP¹³ - uma plataforma pública que disponibiliza os resultados de diversos indicadores de todas as equipas dos CSP, permitindo e potencializando a transparência e a governação clínica.

Por outro, lado no ano passado conseguiu-se um feito negativo inédito desde o início da reforma, não forma contituidas USF durante o ano e as explicações para tal inexistentes.

Melhorar os CSP em Portugal é a premissa assumida desde a reforma. O SNS do futuro precisa lidar com uma multiplicidade e complexidade de desafios, ligados não somente às mudanças no perfil demográfico, epidemiológico e de saúde da população, mas também à economia e à sustentabilidade financeira. Além de uma força de trabalho em saúde com número adequado e competências ajustadas às necessidades da população, são necessárias organizações adaptativas e tecnologias adequadas dispononíveis.

O aumento da expectativa de vida, associado a um baixo período de vida saudável após os 65 anos, a crescente taxa de doenças crônicas, em especial diabetes e demência¹⁴. Esta realidade acrescida de fatores como sedentarismo, obesidade, tabagismo e transtornos psiquiátricos e uma limitada oferta de saúde oral¹⁵, exigem mudanças inovadoras e até mesmo audaciosas no SNS.

Ações que estimulam a literacia na saúde, a participação cidadã e uma coordenação dos cuidados mais partilhada com maior autonomia ao paciente são estratégias de arranque^{16,17}, cujos primeiros passos já foram dados. Contudo, a complexidade das organizações de saúde sugere caminhos pela inovação aberta¹⁸, fora dos limites tradicionais, onde se criem e se

¹³ BI- CSP, Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [Internet]. SNS- Serviço Nacional de Saúde. 2017 [cited 2018 Jun 20]. Available from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>

¹⁴ Crisp N. The Future of the Portuguese Health System. Acta Med Port [Internet]. 2015 Jun 30 [cited 2018 Jun 20];28(3):277–80. Available from: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/6655/4369>

¹⁵ De Almeida J, Gonçalo S, Augusto F, Fronteira I, Hernández-Quevedo C, Nolte E, et al. Portugal Health system review Health Systems in Transition. 2017 [cited 2017 Jun 4];19(2). Available from: http://www.plataforma.org.pt/c/document_library/get_file?uuid=532b8c33-e4d4-4af3-972b-1dd46542b736&groupId=18

¹⁶ Crisostomo S, Matos AR, Borges M, Santos M. Mais participação, melhor saúde : um caso de ativismo virtual na saúde. Forum Sociolgico [Internet]. 2017 Nov 29 [cited 2018 Jun 21];(30). Available from: <http://journals.openedition.org/sociologico/1729>

¹⁷ LILIANA LOBO. Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários. [cited 2017 Jun 3]; Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v26n2/v26n2a17.pdf>

¹⁸ Lnsisalmi H, Kivimki M, Aalto P, Ruoranan R. Innovation in Healthcare: A Systematic Review of Recent Research. Nurs Sci Q [Internet]. 2006 Jan 18 [cited 2018 Jun 20];19(1):66–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16407603>



estabeleçam redes. Redes integradas de cuidado em saúde consolidando o SNS do futuro para a sociedade e comunidades do futuro¹⁹.

¹⁹ Biscaia, A; Fehn, A; Pereira, A. O médico de família português: uma narrativa. Cadernos de Saúde Pública. Fiocruz: Rio de Janeiro. 2018. (no prelo)

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 10 de abril a 9 de maio de 2018, (N=500)²⁰. Foram efetivamente contactadas a totalidade das 500 USF na figura dos seus respetivos coordenadores em exercício à data de início do estudo. Obtiveram-se 375 respostas, o que corresponde a uma taxa de resposta de 75% em relação ao universo dos coordenadores de USF em atividade (71,40% em 2016/17; 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 71,40% em 2016/17 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, 2017/2018.

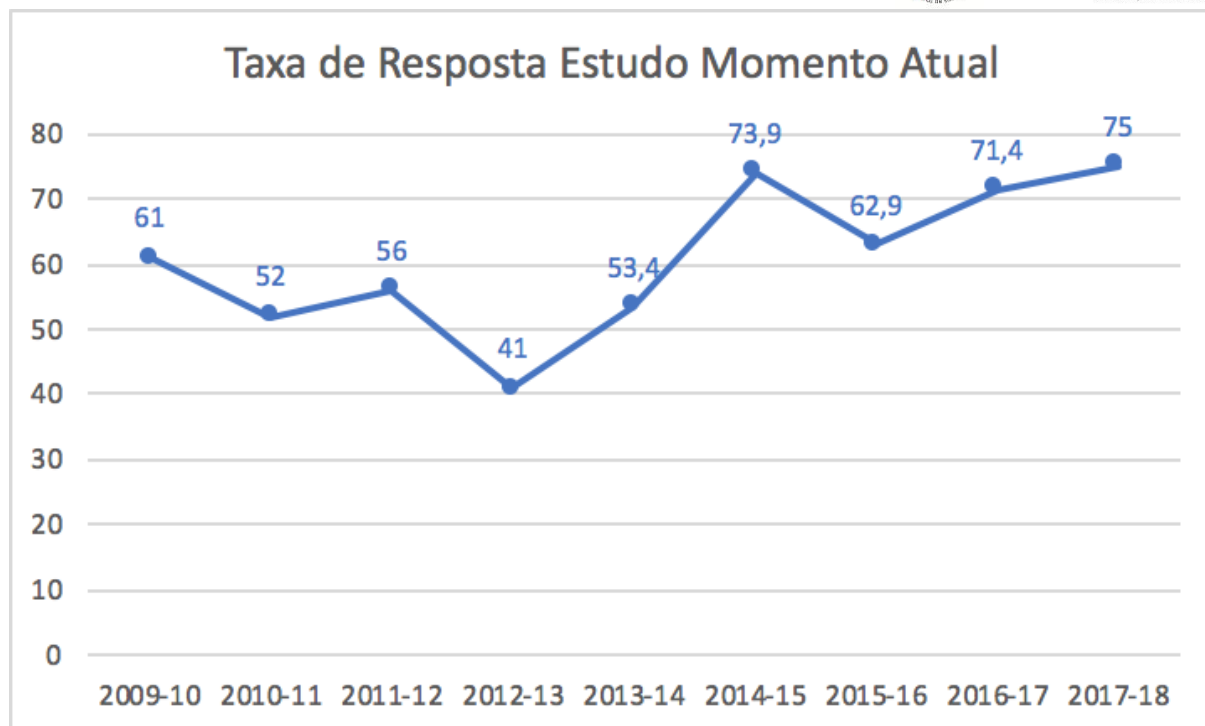
Estudo de 2017/2018		Respondentes ao Questionário (n=375)		USF existentes na altura do estudo (N=500)	
		%	Número	%	Número
USF é da ARS:	Norte	81.07	194	52.15	243
	Centro	74.63	51	13.71	67
	Lisboa e Vale do Tejo	65.82	103	27.69	158
	Alentejo	70.59	12	3.23	17
	Algarve	85.71	12	3.23	14
A minha USF está incluída numa ULS*	Sim	7.9	29	6,6	33
	Não	92.1	338	93,4	467
USF é de:	Modelo A	46.49	172	53.2	266
	Modelo B	53.51	198	46.8	234
USF iniciou funções em:	2006-2008	31,73	119	31	155
	2009-2011	32,0	120	31,8	159
	2012-2014	19,47	73	20	100
	2015-2018	16,8	63	17,2	86

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 2018). As discrepâncias em relação ao número total de respondentes devem-se à escolha da opção “Não responde”.

* Nova

Gráfico 1- Percentagem de resposta do estudo do momento atual. Portugal, 2009-2018

²⁰ Número total de USF (modelo A e modelo B) em actividade a 1 de Abril de 2018.



O Gráfico 1 demonstra que o Estudo do Momento Atual ano 2017/2018 teve seu record de taxa de resposta, com mais de 75% de resposta dos coordenadores das Unidades de Saúde Familiar. O quadro 2, abaixo, identifica a taxa de resposta por ARS.

A distribuição dos respondentes por ARS é semelhante à encontrada para as USF existentes, registrando-se apenas uma percentagem ligeiramente superior de respondentes da região Norte e, principalmente, no Algarve e menor em LVT. Ao comparar as taxas de resposta, verifica-se que a região do Algarve é a que demonstra maior adesão, com 85,71% de respostas, seguida da região Norte (81,07% USF respondentes), a do Centro e Alentejo, sendo LVT a Região com menor taxa.

Apesar de existir um maior número de USF de modelo A (N = 266) do que de modelo B (N = 234), registou-se um maior número de respondentes coordenadores de USF modelo B (52,53% do total de respostas) e foram as USF modelo B que tiveram uma taxa de resposta superior em relação ao número de USF existentes (53,51%).

Quadro 2- Taxa de resposta por Modelo de Unidade de Saúde Familiar do estudo do momento atual. Portugal, 2017/2018.

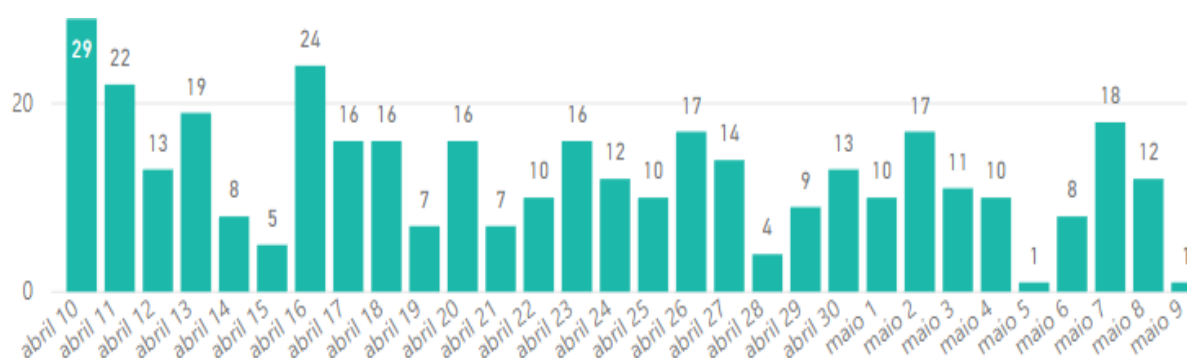
Estudo de 2017/2018		Número USF Respondentes	Número USF Existentes	Taxa de resposta % Relação Respondentes/Existentes
USF é de:	Modelo A	178	266	46.49
	Modelo B	197	234	53.51
Total		375	500	75

Gráfico 2- Número de respostas do questionário on-line por dia durante o período de

Quadro 3- Taxa de resposta por Administração Regional de Saúde (ARS) do estudo do momento atual. Portugal, 2017/2018.

Estudo de 2017/2018		Número USF Respondentes	Número USF Existentes	Taxa de resposta % Relação Respondentes/Existentes
USF é da ARS:	Norte	194	243	81.07
	Centro	51	67	74.63
	Lisboa e Vale do Tejo	103	158	65.82
	Alentejo	12	17	70.59
	Algarve	12	14	85.71
	Total	375	500	75

recolha de dados.



O gráfico 2 demonstra a variabilidade da taxa de resposta por dia durante o período de colheita de dados do estudo. Tendo como ponto máximo o dia de lançamento do Estudo do Momento Atual, o que denota uma boa recepção por parte dos profissionais dos CSP no país.

Quadro 4- Taxa de resposta por ano de início das funções das Unidade de Saúde Familiar do estudo do momento atual. Portugal, 2017/2018.

Estudo de 2017/2018		Número USF Respondentes	Número USF Existentes	Taxa de resposta % Relação Respondentes/Existentes
USF iniciou funções em:	2006-2008	119	155	76,78
	2009-2011	120	159	75,47
	2012-2014	73	100	73
	2015-2017	56	79	70,88
	2018	7	7	100
Total		375	500	100

Quadro 5 - 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	91.46
	Não	8.54

Quadro 6 - A sua USF alguma vez se candidatou ao Modelo B?

A sua USF alguma vez se candidatou ao Modelo B?	Sim	38.60
	Não	61.40

Quadro 7- A sua USF aguarda homologação do parecer técnico para Modelo B há:

	2017/2018
Menos de um ano	46.67%
Entre um ano e dois anos	36.67%
Mais de dois anos	16.67%

Quadro 8- A sua USF aguarda início de atividade após homologação do parecer técnico para Modelo B há

	2017/2018
Menos de um ano	47.62
Entre um ano e dois anos	47.62
Mais de dois anos	4.76

A grande maioria (91,46%) das USF modelo A pretende passar a modelo B e cerca de 61,4% já se candidatou a modelo B. No entanto a maioria (53,34%) aguarda homologação do parecer técnico mais de um ano e 52,38% aguardam início de actividade após homologação do parecer técnico para modelo B também mais de um ano.

Gráfico 3 – Evolução do número de USF (modelo A e modelo B) entre 2006 e 2018 (dados de 4 de Maio de 2018) (em 2018 estão obviamente contabilizados os primeiros 4 meses, até ao momento atual).

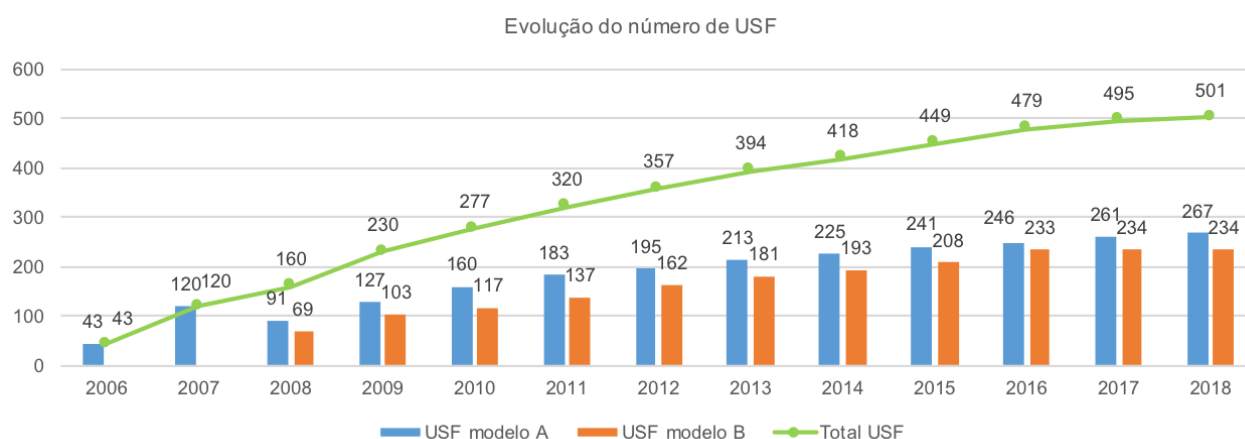


Gráfico 4 – Número de USF de modelo A e de modelo B que iniciaram atividade anualmente entre 2006 e 2018 (em 2018 estão obviamente contabilizados os primeiros 4 meses, até ao momento atual; em 2017 não houve novas USF B, o que se passou foi a divisão de uma antiga USF B em duas e foram contabilizadas com duas novas).

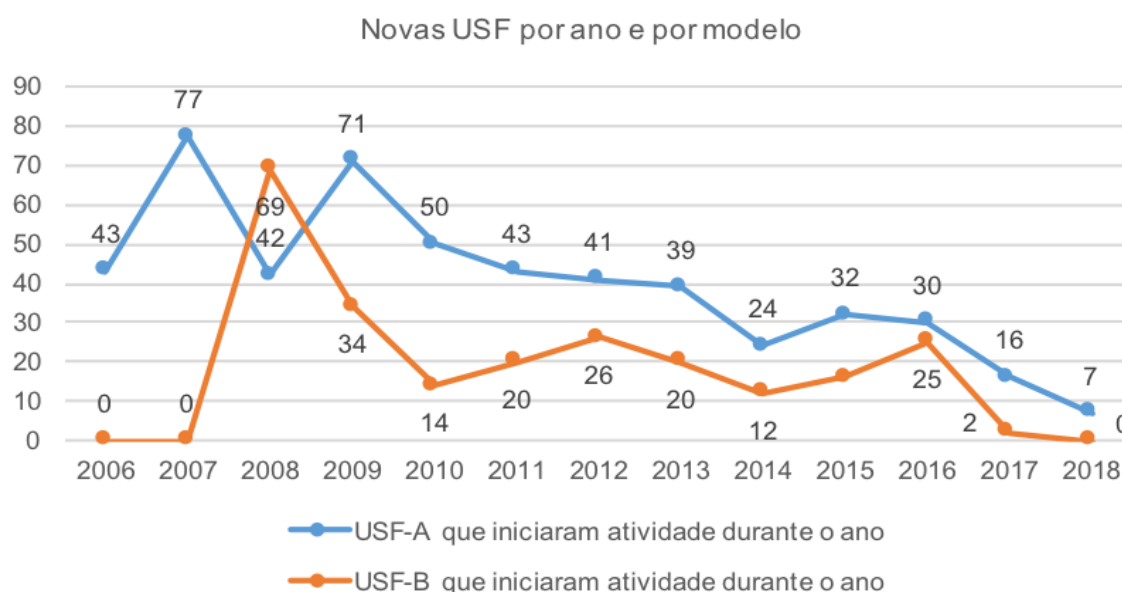
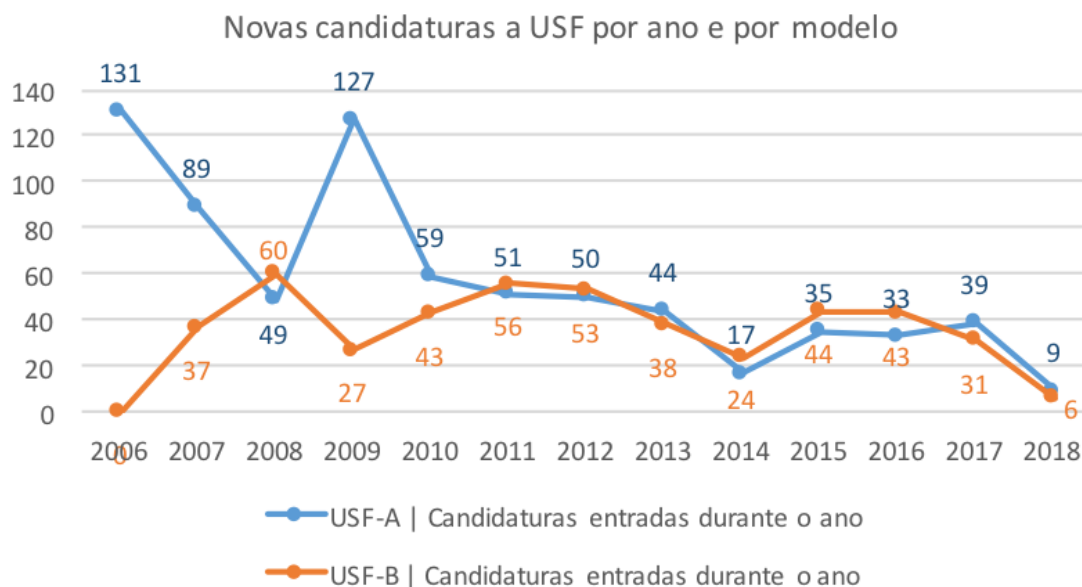


Gráfico 5 – Número de candidaturas a USF (modelo A e modelo B) em cada ano entre 2006 e 2018 (em 2018 estão obviamente contabilizados os primeiros 4 meses).



O número de novas USF a iniciar atividade em 2017 é o mais baixo de sempre com apenas 16 novas USF (de modelo A) a iniciar atividade, já em relação às USF B, nenhuma iniciou actividade, o que acontece pela primeira vez., Se forem consultados documentos oficiais poderá aparecer a informação que inciaram atividade 2 USF modelo B, mas trata-se apenas da divisão de uma USF modelo B antiga em duas, ficando com data de abertura 2017. Efetivamente, o número de novas USF a iniciar atividade em cada ano tem uma tendência de decréscimo consistente desde 2009 (gráfico 4). Quanto às candidaturas a USF (gráfico 5) 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 organização - (ACES ou ULS);
- 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/mRCAJy>

Este ano foram também incluídos elementos da mudança nas secções do estudo, tal como a inclusão da área da relação com a comunidade, com adequação do questionário do projeto Mais Participação Mais Saúde. Foi também realizada uma consulta ao grupo de revisores antes da publicação.

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 de algumas das estruturas envolvidas nesta reforma

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	2017/2018
Momento atual da Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	4,7%	5,8%	3,1%	14,8%	14,1%	13,7%	6,0%	7,0%	16.8%
	Insatisfeito	23,4%	24,0%	31,5%	48,1%	45,5%	49,8%	41,0%	29,9%	38.0%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	12,1%	18,3%	20,5%	17,0%	17,7%	16,6%	21,2%	32,0%	21.4%
	Satisfeito	52,3%	47,1%	40,9%	19,3%	20,7%	17,6%	29,0%	28,7%	22.2%
	Muito satisfeito	7,5%	4,8%	3,9%	0,7%	2,0%	2,3%	2,8%	2,3%	1.6%
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%	2.4%
	Insatisfeito	6,1%	3,9%	3,90%	8,2%	9,6%	11,0%	12,5%	10,8%	14.2%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	6,8%	6,8%	3,90%	3,7%	4,6%	10,0%	6,4%	10,5%	12.6%
	Satisfeito	59,8%	56,3%	43,30%	44,8%	54,8%	54,0%	55,7%	53,2%	42.5%
	Muito satisfeito	23,5%	31,1%	47,20%	41,0%	28,9%	21,0%	21,8%	24,0%	28.2%

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	2017/2018
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%	35.2%
	Insatisfeito	27,1%	38,8%	44,5%	51,5%	47,2%	45,4%	42,0%	33,5%	40.9%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	29,2%	25,2%	32,0%	17,9%	18,3%	16,8%	31,3%	42,6%	16.4%
	Satisfeito	35,4%	23,3%	11,7%	5,2%	6,1%	3,6%	12,1%	14,4%	7.3%
	Muito satisfeito	1,0%	1,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0.3%
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%	30.5%
	Insatisfeito	-	-	50,0%	43,7%	45,9%	41,6%	42,0%	42,2%	36.7%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	28,1%	19,3%	15,3%	22,1%	29,2%	35,8%	26.7%
	Satisfeito	-	-	8,6%	5,9%	3,1%	4,6%	6,4%	8,5%	5.7%
	Muito satisfeito	-	-	0,8%	0,0%	0,5%	0,0%	0,4%	0,3%	0.5%
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS)	Muito insatisfeito	-	-	-	-	55,1%	31,2%	28,0%	20,6%	33.7%
	Insatisfeito	-	-	-	-	31,6%	38,5%	39,1%	41,5%	34.0%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	-	-	12,2%	26,6%	26,2%	27,1%	23.5%
	Satisfeito	-	-	-	-	1,0%	3,7%	6,8%	10,3%	8.4%
	Muito satisfeito	-	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0.5%

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	2017/2018
Direção-Geral da Saúde (DGS)	Muito insatisfeito	-	-	-	-	-	-	-	4,4%	9.1%
	Insatisfeito	-	-	-	-	-	-	-	20,1%	15.1%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	-	-	-	-	-	42,2%	40.9%
	Satisfeito	-	-	-	-	-	-	-	30,1%	31.5%
	Muito satisfeito	-	-	-	-	-	-	-	3,2%	3.5%
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%	19.9%
	Insatisfeito	33,1%	39,4%	42,2%	43,0%	33,8%	34,0%	33,3%	35,1%	32.8%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	25,2%	20,2%	29,7%	23,0%	21,2%	32,0%	28,0%	34,2%	25.0%
	Satisfeito	25,2%	26,9%	13,3%	7,4%	10,6%	13,4%	14,9%	16,5%	21.0%
	Muito satisfeito	3,9%	1,0%	0,8%	0,0%	0,5%	0,0%	1,4%	1,5%	1.3%
Atuação atual do Departamento de Contratualização Regional (DCARS)	Muito insatisfeito	-	-	-	-	29,1%	18,4%	16,2%	8,3%	12.5%
	Insatisfeito	-	-	-	-	31,1%	27,8%	27,1%	30,4%	22.0%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	-	-	21,9%	36,1%	37,9%	41,1%	44.8%
	Satisfeito	-	-	-	-	15,3%	16,1%	17,3%	16,7%	17.8%
	Muito satisfeito	-	-	-	-	2,6%	1,7%	1,4%	3,6%	2.8%

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	2017/2018
Equipa Regional de Apoio (ERA) que acompanha a minha USF	Muito insatisfeito	-	-	13,40%	13,4%	17,2%	12,7%	11,2%	6,5%	7.1%
	Insatisfeito	-	-	20,50%	14,2%	17,2%	14,4%	12,9%	16,1%	15.6%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	29,90%	26,9%	22,9%	22,5%	29,1%	29,0%	34.7%
	Satisfeito	-	-	26,80%	32,1%	31,8%	35,9%	32,0%	32,6%	33.3%
	Muito satisfeito	-	-	9,40%	13,4%	10,9%	14,4%	14,7%	15,8%	9.3%
ACES a que pertence a minha USF *	Muito insatisfeito	18,6%	20,2%	15,0%	10,4%	-	4,9%	8,5%	4,7%	9.7%
	Insatisfeito	26,4%	29,8%	25,2%	17,0%	-	16,9%	18,9%	16,7%	21.8%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	20,9%	20,2%	17,3%	28,9%	-	25,7%	24,2%	24,0%	17.3%
	Satisfeito	24,0%	19,2%	29,1%	35,6%	-	41,4%	34,5%	42,4%	38.5%
	Muito satisfeito	10,1%	10,6%	13,4%	8,1%	-	11,1%	13,9%	12,3%	12.7%
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%	3.9%
	Insatisfeito	1,6%	5,2%	2,40%	3,8%	0,5%	2,4%	2,9%	6,6%	4.4%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	37,6%	33,0%	13,40%	17,6%	16,8%	25,3%	33,5%	36,4%	37.5%
	Satisfeito	36,0%	43,3%	59,80%	36,6%	33,0%	45,1%	34,9%	43,3%	39.2%
	Muito satisfeito	22,4%	17,5%	24,40%	40,5%	49,2%	27,3%	26,8%	11,3%	15.0%

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	2017/2018
	Muito insatisfeito	-	-	-	-	-	-	-	5,6%	8.4%



Coordenação para a reforma do SNS na área dos CSP	Insatisfeito	-	-	-	-	-	-	-	17,5%	21.7%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	-	-	-	-	-	38,2%	36.7%
	Satisfeito	-	-	-	-	-	-	-	30,2%	26.6%
	Muito satisfeito	-	-	-	-	-	-	-	8,6%	6.5%
Poder Local (municípios e freguesias) (NOVO)	Muito insatisfeito	-	-	-	-	-	-	-	-	6.1%
	Insatisfeito	-	-	-	-	-	-	-	-	16.5%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	-	-	-	-	-	-	53.6%
	Satisfeito	-	-	-	-	-	-	-	-	19.7%
	Muito satisfeito	-	-	-	-	-	-	-	-	4.1%

Gráfico 6 – Evolução da insatisfação dos coordenadores de USF com a reforma dos CSP e instituições

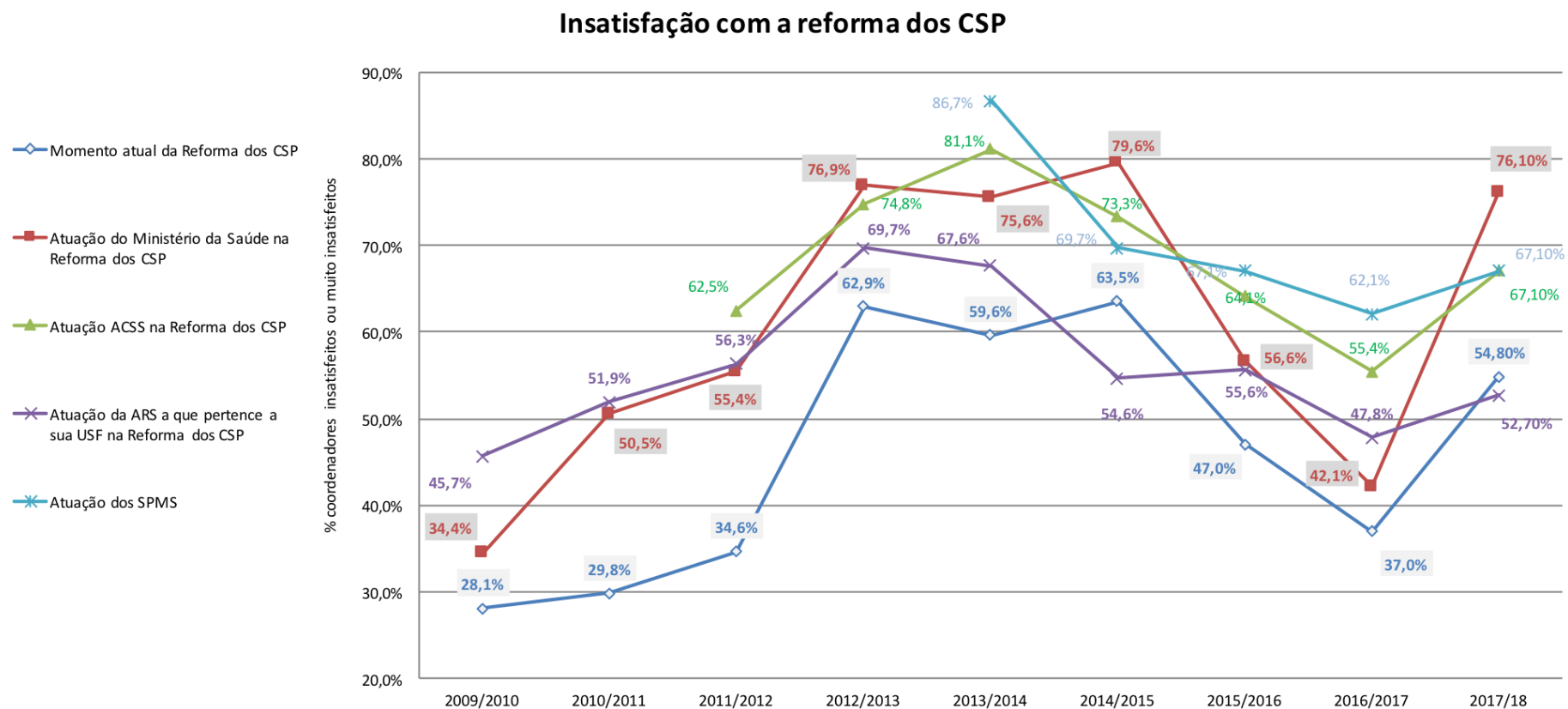
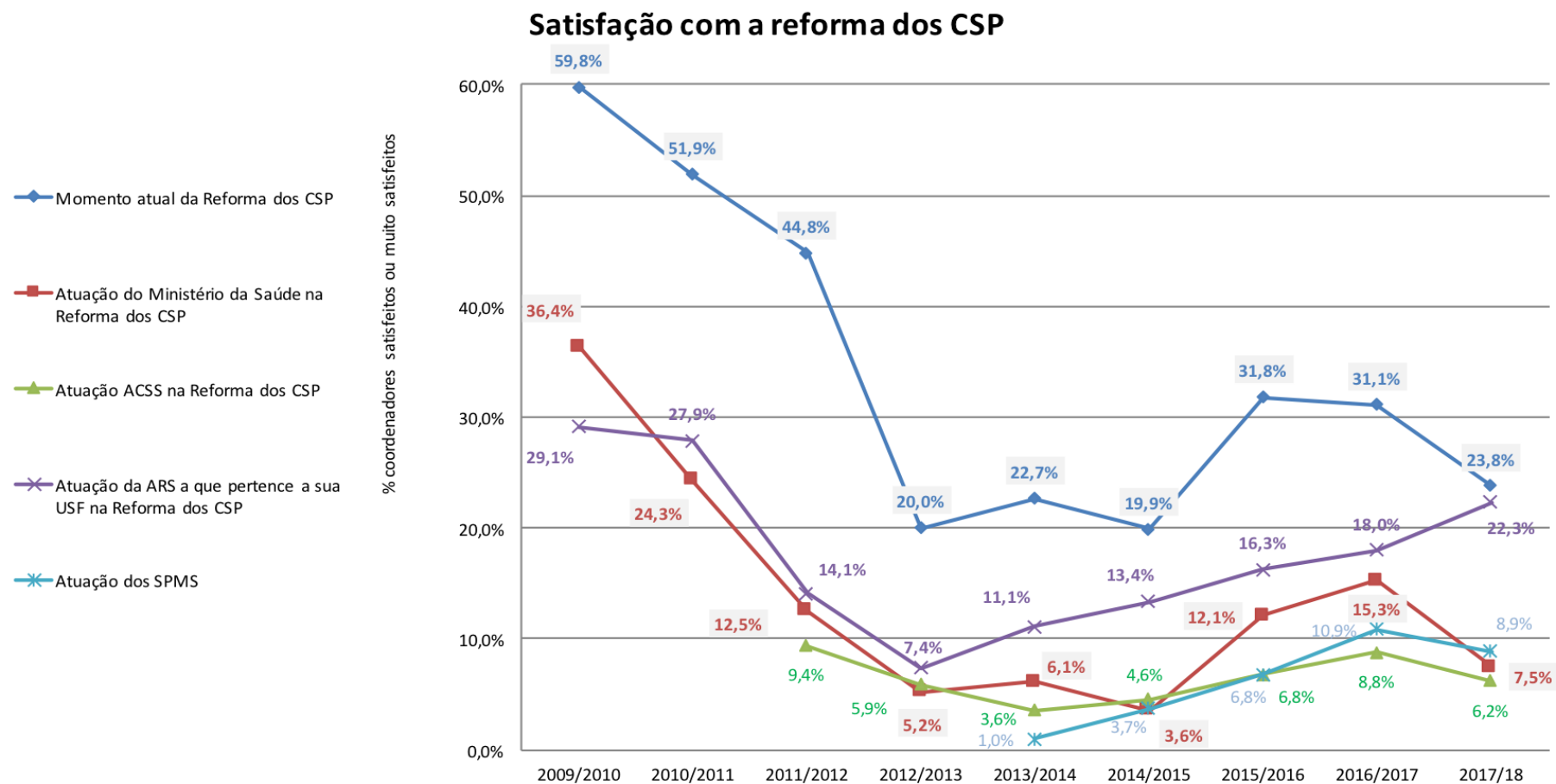


Gráfico 7 – Evolução da satisfação dos coordenadores de USF com a reforma dos CSP e instituições



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). Portanto, a avaliação do atual ciclo governamental está patente nos últimos dois estudos e não podia ser mais bipolar. No espaço de um ano a apreciação que os coordenadores fazem do momento atual da reforma e do Ministério da Saúde deteriorou-se de um modo muito marcado. Se analisarmos os muito insatisfeitos neste espaço de dois anos, estes aumentaram 4 vezes na sua apreciação em relação ao **Ministério da Saúde** (de 8,5% no ano passado para 35,2% atualmente), cerca de 2 vezes em relação ao **momento atual da Reforma dos CSP** (de 7% para 16,8%; nunca houve tantos muito insatisfeitos desde o início da Reforma; é de notar ainda que há mais coordenadores muito insatisfeitos e insatisfeitos do que muito satisfeitos e satisfeitos) e **ACSS** (de 13,2% para 30,5%) e **DGS** (de 4,4% para 9,1%), e cerca de 1,5 vez para a **SPMS** (de 20,6% para 33,7%).

Em relação ao **momento atual da Reforma dos CSP**, nunca se registaram tantos coordenadores muito insatisfeitos, mais do dobro do ano passado (de 7,0% para 16,8%) e mais insatisfação do que satisfação (54,8% de insatisfeitos e muito insatisfeitos e 23,8% de satisfeitos e muito satisfeitos).

O **Ministério da Saúde** é a estrutura que desperta a maior insatisfação em relação a todas as estruturas avaliadas perfazendo 76,1% entre insatisfeitos e muito insatisfeitos que contrasta com 7,6% satisfeitos e muito satisfeito, sendo que estes últimos são apenas 0,3%. Nunca houve tantos muito insatisfeitos 35,2% (em 2014 este valor era de 34,2%).

A **Coordenação para a Reforma do SNS na área dos CSP** registou novamente uma distribuição mista, mas mais positiva do que negativa, ainda que menos marcadamente do que no ano passado (30,1% de insatisfeitos e muito insatisfeitos e 33,1% de satisfeitos e muito satisfeitos).

Portanto, a satisfação com as **estruturas da Administração Central** acentuou o registo negativo, com mais insatisfeitos do que satisfeitos, anulando a recuperação que se tinha verificado no ano passado.

A satisfação em relação ao nível regional, nomeadamente em relação às **Administrações Regionais de Saúde (ARS)** manteve-se num registo negativo, mas sem anular as melhorias do ano anterior, ainda que mais bipolarizada (muito insatisfeitos de 12,7% para 19,9%, mas satisfeitos passaram de 16,5% para 21%). Neste nível regional, os **Departamentos de Contratualização Regional (DCARS)**, novamente mantendo o registo negativo, melhoraram ligeiramente no computo geral (insatisfeitos e muito insatisfeitos passaram de 38,7% para 34,5%). Já as **Equipas Regionais de Apoio (ERA)**, mantiveram o registo positivo que conseguiram nos últimos anos, mas um pouco menos vincado (os muito satisfeitos passaram de 15,8% para 9,3%).

No nível local, os **Agrupamento de Centros de Saúde (ACES)** registaram uma quebra (os muito insatisfeitos passaram de 4,7% para 9,7% e a soma dos insatisfeitos e muito insatisfeitos passou de 21,4% para 31,5%). Verificam-se, no entanto, *nuances* regionais importantes que serão abordadas mais à frente. Ao nível local, pela primeira vez, foi avaliado o poder local (municípios e freguesias) com uma avaliação quase normal, com os nem satisfeitos / nem insatisfeitos nos 53,6%, muito satisfeitos 4,1% e muito insatisfeitos nos 6,1%.

No nível micro-local, registou-se uma melhoria nos muito satisfeitos com a **atividade da própria USF** (24% para 28,2%, mas uma deterioração do somatório dos satisfeitos ou muito satisfeitos dos 77,2% para 70,7%, cada vez mais longe dos valores máximos de 2011/2012 - 90,5% de satisfeitos ou muito satisfeitos; este nível de avaliação continua a ser o que regista menor percentagem de muito insatisfeitos – 2,4%).

A satisfação em **relação à USF-AN** manteve-se num registo positivo, mas acentuando a deslocação para o centro e para as pontas (nem Satisfeitos/ nem insatisfeitos dos 36,4% para os 37,5%, muito satisfeitos dos 11,3% para os 15% e muito insatisfeitos dos 2,4% para os 3,9%).

O nível de satisfação mais alto de todas as estruturas avaliadas regista-se, então, em relação à atividade da própria USF, seguindo-se com a USF-AN e com o ACES a que

pertence a USF. No sentido inverso, o nível de insatisfação maior é para com o Ministério da Saúde, seguindo-se a SPMS e a ACSS.

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

		2017/2018				
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	17.5	25.5	10.7	16.7	25.0
	Insatisfeito	33.5	35.3	46.6	50.0	33.3
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	21.6	17.6	24.3	16.7	16.7
	Satisfeito	25.3	21.6	16.5	16.7	25.0
	Muito satisfeito	2.1	0.0	1.9	0.0	0.0
Modo como decorreu a atividade da sua USF até agora	Muito insatisfeito	2.6	3.9	1.9	0.0	0.0
	Insatisfeito	13.0	11.8	16.5	25.0	16.7
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	11.5	13.7	11.7	25.0	16.7
	Satisfeito	39.1	47.1	49.5	33.3	33.3
	Muito satisfeito	33.9	23.5	20.4	16.7	33.3
Em relação à atuação atual das seguintes entidades, considera-se, em termos gerais, estar:						
Ministério da Saúde	Muito insatisfeito	33.2	41.2	36.9	33.3	27.3
	Insatisfeito	40.9	37.3	41.7	58.3	36.4
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	16.6	15.7	14.6	8.3	36.4
	Satisfeito	8.8	5.9	6.8	0.0	0.0
	Muito satisfeito	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0
Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)	Muito insatisfeito	28.6	39.2	32.0	33.3	9.1
	Insatisfeito	38.0	31.4	31.1	58.3	63.6
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	27.1	21.6	31.1	8.3	27.3
	Satisfeito	5.7	5.9	5.8	0.0	0.0
	Muito satisfeito	0.5	2.0	0.0	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	31.6	34.0	39.2	41.7	16.7
	Insatisfeito	38.3	30.0	25.5	50.0	33.3
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	22.3	22.0	26.5	8.3	41.7
	Satisfeito	7.3	14.0	7.8	0.0	8.3
	Muito satisfeito	0.5	0.0	1.0	0.0	0.0
Direção-Geral da Saúde (DGS)	Muito insatisfeito	9.9	7.8	9.7	8.3	0.0
	Insatisfeito	14.6	23.5	13.6	0.0	16.7
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	38.5	41.2	39.8	50.0	75.0
	Satisfeito	34.4	25.5	30.1	41.7	8.3
	Muito satisfeito	2.6	2.0	6.8	0.0	0.0
Administração Regional de saúde (ARS) a que pertence a sua USF	Muito insatisfeito	13.0	23.5	27.2	25.0	50.0
	Insatisfeito	24.5	47.1	41.7	41.7	25.0
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	32.8	15.7	16.5	16.7	16.7
	Satisfeito	28.6	9.8	13.6	16.7	8.3
	Muito satisfeito	1.0	3.9	1.0	0.0	0.0
Atuação atual do Departamento de Contratualização Regional (DCARS)	Muito insatisfeito	10.6	12.0	13.8	16.7	33.3
	Insatisfeito	18.0	26.0	26.6	25.0	33.3
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	44.4	38.0	53.2	41.7	16.7
	Satisfeito	24.3	18.0	4.3	16.7	16.7
	Muito satisfeito	2.6	6.0	2.1	0.0	0.0
Equipa Regional de Apoio (ERA) a que acompanha a minha USF	Muito insatisfeito	6.3	2.0	8.9	36.4	0.0
	Insatisfeito	13.2	9.8	24.8	18.2	0.0
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	29.5	25.5	44.6	36.4	63.6
	Satisfeito	39.5	43.1	20.8	9.1	27.3
	Muito satisfeito	11.6	19.6	1.0	0.0	9.1

A2 (Por ARS- continuação)

		ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	7.3	21.6	6.9	16.7	16.7
	Insatisfeito	19.3	29.4	22.5	8.3	41.7
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	14.1	17.6	21.6	25.0	16.7
	Satisfeito	42.7	23.5	39.2	50.0	16.7
	Muito satisfeito	16.7	7.8	9.8	0.0	8.3
Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USF-AN)	Muito insatisfeito	4.8	4.3	2.0	0.0	8.3
	Insatisfeito	5.8	6.4	1.0	9.1	0.0
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	35.4	29.8	45.5	36.4	33.3
	Satisfeito	37.6	36.2	42.4	45.5	41.7
	Muito satisfeito	16.4	23.4	9.1	9.1	16.7
Coordenação para a reforma do SNS na área dos CSP	Muito insatisfeito	10.5	7.8	4.0	8.3	16.7
	Insatisfeito	18.4	21.6	23.8	41.7	33.3
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	35.8	29.4	43.6	41.7	25.0
	Satisfeito	28.9	33.3	22.8	8.3	8.3
	Muito satisfeito	6.3	7.8	5.9	0.0	16.7
Poder Local (municípios e freguesias) *	Muito insatisfeito	6.1	10.9	5.2	0.0	0.0
	Insatisfeito	12.8	21.7	20.6	0.0	27.3
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	58.3	41.3	50.5	66.7	45.5
	Satisfeito	18.9	23.9	19.6	22.2	18.2
	Muito satisfeito	3.9	2.2	4.1	11.1	9.1

*Nova

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

ARS Norte											ARS Centro									
		09/11	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	17/18	09/11	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	17/18	
Momento atual da Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	1,9%	5,9%	2,8%	15,1%	12,4%	12,2%	3,9%	8.3%	17,5%	17,6%	12,5%	10,0%	21,4%	12,0%	10,9%	8,8%	2.3%	25,5%	
	Insatisfeito	18,5%	23,5%	28,2%	47,9%	44,8%	46,5%	36,1%	28.7%	33,5%	41,2%	37,5%	55,0%	57,1%	52,0%	45,7%	38,2%	20.9%	35,3%	
	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	11,1%	5,9%	19,7%	15,1%	16,2%	17,4%	19,4%	30.9%	21,6%	17,6%	18,8%	15,0%	14,3%	24,0%	23,9%	20,6%	37.2%	17,6%	
	Satisfeito	57,4%	56,9%	45,1%	20,5%	23,8%	20,9%	37,4%	29.3%	25,3%	23,5%	31,3%	20,0%	7,1%	12,0%	19,6%	26,5%	37.2%	21,6%	
	Muito satisfeito	11,1%	7,8%	4,2%	1,4%	2,9%	2,9%	3,2%	2.8%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	2.3%	0,0%	
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%	13,0%	35,0%	25,0%	20,0%	7,1%	0,0%	0,0%	8,8%	20.5%	23,5%	
	Insatisfeito	32,3%	31,4%	33,3%	46,6%	40,0%	27,9%	30,5%	31.5%	24,5%	35,0%	37,5%	65,0%	42,9%	16,0%	34,8%	35,3%	31.8%	47,1%	
	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	22,6%	23,5%	33,3%	19,2%	19,0%	40,7%	34,4%	37.1%	32,8%	20,0%	6,3%	15,0%	28,6%	48,0%	41,3%	26,5%	34.1%	15,7%	
	Satisfeito	33,9%	33,3%	16,7%	6,8%	8,6%	14,0%	19,5%	24.7%	28,6%	10,0%	31,3%	0,0%	21,4%	32,0%	23,9%	26,5%	11.4%	9,8%	
	Muito satisfeito	6,5%	2,0%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	1.7%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,0%	0,0%	2,9%	2.3%	3,9%	
Atuação atual do seu ACES	Muito insatisfeito	21,0%	23,5%	14,1%	12,3%	-	4,7%	4,5%	3.3%	7,3%	21,1%	37,5%	35,0%	14,3%	-	2,2%	14,7%	2.3%	21,6%	
	Insatisfeito	27,4%	25,5%	25,4%	19,2%	-	14,0%	16,2%	14.4%	19,3%	36,8%	25,0%	10,0%	14,3%	-	23,9%	29,4%	18.2%	29,4%	
	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	17,7%	17,6%	15,5%	23,3%	-	24,0%	24,7%	23.8%	14,1%	31,6%	18,8%	35,0%	42,9%	-	28,3%	8,8%	25.0%	17,6%	
	Satisfeito	25,8%	23,5%	28,2%	37,0%	-	42,1%	36,4%	42.0%	42,7%	5,3%	18,8%	20,0%	28,6%	-	39,1%	35,3%	45.5%	23,5%	
	Muito satisfeito	8,1%	9,8%	16,9%	8,2%	-	15,2%	18,2%	16.6%	16,7%	5,3%	0,0%	0,0%	0,0%	-	6,5%	11,8%	9.1%	7,8%	
Atuação atual da ERA a que pertence a sua USF	Muito insatisfeito	-	-	8,5%	5,6%	8,8%	4,7%	3,3%	2.2%	6,3%	-	-	5,0%	0,0%	0,0%	2,2%	0,0%	2.3%	2,0%	
	Insatisfeito	-	-	21,1%	15,3%	19,6%	9,9%	7,2%	11.6%	13,2%	-	-	20,0%	7,1%	0,0%	6,5%	5,9%	4.5%	9,8%	
	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	-	32,4%	22,2%	17,6%	21,6%	27,0%	26.5%	29,5%	-	-	40,0%	50,0%	32,0%	15,2%	26,5%	15.9%	25,5%	
	Satisfeito	-	-	26,8%	37,5%	38,2%	44,4%	41,4%	40.9%	39,5%	-	-	25,0%	35,7%	56,0%	54,3%	50,0%	47.7%	43,1%	
	Muito satisfeito	-	-	11,3%	19,4%	15,7%	19,3%	21,1%	18.8%	11,6%	-	-	10,0%	7,1%	12,0%	21,7%	17,6%	29.5%	19,6%	



Atuação atual do DCARS a que pertence	Muito insatisfeito	-	-	-	-	35,0%	17,8%	11,3%	6.1%	10,6%	-	-	-	-	4,0%	0,0%	0,0%	0.0%	12,0%
	Insatisfeito	-	-	-	-	33,0%	27,2%	29,1%	26.1%	18,0%	-	-	-	-	4,0%	11,6%	15,6%	25.6%	26,0%
	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	-	-	-	-	16,5%	39,6%	42,4%	42.8%	44,4%	-	-	-	-	28,0%	34,9%	37,5%	34.9%	38,0%
	Satisfeito	-	-	-	-	13,6%	14,8%	17,2%	21.1%	24,3%	-	-	-	-	52,0%	44,2%	37,5%	30.2%	18,0%
	Muito satisfeito	-	-	-	-	1,9%	0,6%	0,0%	3.9%	2,6%	-	-	-	-	12,0%	9,3%	9,4%	9.3%	6,0%
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%	2,6%	0,0%	0,0%	10,5%	0,0%	4,0%	2,2%	2,9%	0.0%	3,9%
	Insatisfeito	3,1%	5,9%	5,5%	5,6%	10,5%	8,1%	10,5%	9.4%	13,0%	5,0%	0,0%	5,3%	14,3%	12,0%	10,9%	5,9%	4.5%	11,8%
	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	4,7%	5,9%	5,5%	4,2%	3,8%	8,7%	2,6%	7.7%	11,5%	5,0%	6,3%	5,3%	7,1%	8,0%	13,0%	5,9%	11.4%	13,7%
	Satisfeito	57,8%	49,0%	42,5%	45,8%	49,5%	52,6%	55,9%	54.7%	39,1%	75,0%	75,0%	36,8%	42,9%	48,0%	54,3%	70,6%	52.3%	47,1%
	Muito satisfeito	28,1%	35,3%	46,6%	41,7%	34,3%	26,0%	25,7%	26.0%	33,9%	15,0%	18,8%	42,1%	35,7%	28,0%	19,6%	14,7%	31.8%	23,5%

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	17/18	09/10 a 13/14	14/15	15/16	16/17	17/18	09/10 a 13/14	2014/15	15/16	16/17	17/18
Momento atual da Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	0,0%	3,0%	0,0%	9,5%	19,6%	17,6%	10,4%	7,3%	10,7%	-	12,5%	0,0%	14,3%	16,7%	-	28,6%	0,0%	0,0%	25,0%
	Insatisfeito	27,6%	18,2%	25,0%	47,6%	42,9%	63,5%	50,6%	33,3%	46,6%	-	12,5%	50,0%	28,6%	50,0%	-	57,1%	50,0%	45,5%	33,3%
	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	10,3%	33,3%	21,9%	21,4%	17,9%	9,5%	24,7%	32,3%	24,3%	-	37,5%	16,7%	14,3%	16,7%	-	0,0%	20,0%	36,4%	16,7%
	Satisfeito	55,2%	42,4%	46,9%	21,4%	17,9%	8,1%	14,3%	25,0%	16,5%	-	25,0%	33,3%	42,9%	16,7%	-	14,3%	20,0%	18,2%	25,0%
	Muito satisfeito	6,9%	3,0%	6,3%	0,0%	1,8%	1,4%	0,0%	2,1%	1,9%	-	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	-	0,0%	10,0%	0,0%	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%	27,2%	-	14,3%	33,3%	28,6%	25,0%	-	71,4%	60,0%	18,2%	50,0%
	Nem insatisfeito	38,9%	57,6%	43,8%	38,1%	33,9%	47,3%	41,6%	44,8%	41,7%	-	42,9%	0,0%	0,0%	41,7%	-	28,6%	30,0%	45,5%	25,0%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	30,6%	18,2%	31,3%	23,8%	10,7%	10,8%	18,2%	29,2%	16,5%	-	14,3%	50,0%	42,9%	16,7%	-	0,0%	0,0%	27,3%	16,7%
	Satisfeito	11,1%	15,2%	15,6%	4,8%	5,4%	5,4%	1,3%	4,2%	13,6%	-	28,6%	16,7%	28,6%	16,7%	-	0,0%	10,0%	9,1%	8,3%
	Muito satisfeito	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	1,0%	1,0%	-	0,0%	0,0%	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%	6,9%	-	12,5%	16,7%	14,3%	16,7%	-	14,3%	0,0%	0,0%	16,7%
	Insatisfeito	21,1%	42,4%	28,1%	11,9%	-	18,9%	18,2%	16,7%	22,5%	-	0,0%	16,7%	0,0%	8,3%	-	42,9%	33,3%	54,5%	41,7%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	21,1%	21,2%	12,5%	33,3%	-	27,0%	28,6%	25,0%	21,6%	-	37,5%	16,7%	28,6%	25,0%	-	28,6%	33,3%	18,2%	16,7%
	Satisfeito	28,9%	12,1%	37,5%	38,1%	-	43,2%	31,2%	42,7%	39,2%	-	37,5%	50,0%	57,1%	50,0%	-	14,3%	22,2%	18,2%	16,7%
	Muito satisfeito	18,4%	18,2%	15,6%	11,9%	-	5,4%	7,8%	7,3%	9,8%	-	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	-	0,0%	11,1%	9,1%	8,3%

(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	17/18	09/10 a 13/14	14/15	15/16	16/17	17/18	09/10 a 13/14	2014/15	15/16	16/17	17/18
Atuação atual da ERA a que pertence a sua USF	Muito insatisfeito	-	-	31,3%	33,3%	41,8%	35,1%	31,2%	16,8%	8,9%	-	25,0%	16,7%	14,3%	36,4%	-	33,3%	12,5%	0,0%	0,0%
	Insatisfeito	-	-	15,6%	11,9%	21,8%	29,7%	24,7%	28,4%	24,8%	-	12,5%	16,7%	14,3%	18,2%	-	16,7%	37,5%	27,3%	0,0%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	21,9%	28,6%	23,6%	25,7%	32,5%	38,9%	44,6%	-	37,5%	66,7%	71,4%	36,4%	-	50,0%	25,0%	9,1%	63,6%
	Satisfeito	-	-	25,0%	21,4%	9,1%	9,5%	11,7%	13,7%	20,8%	-	12,5%	0,0%	0,0%	9,1%	-	0,0%	0,0%	18,2%	27,3%
	Muito satisfeito	-	-	6,3%	4,8%	3,6%	0,0%	0,0%	2,1%	1,0%	-	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	-	0,0%	25,0%	45,5%	9,1%
Atuação atual do DCARS a que pertence a sua USF	Muito insatisfeito	-	-	-	-	33,9%	29,2%	32,5%	15,1%	13,8%	-	25,0%	33,3%	28,6%	16,7%	-	28,6%	10,0%	10,0%	33,3%
	Insatisfeito	-	-	-	-	33,9%	38,9%	31,2%	36,6%	26,6%	-	37,5%	0,0%	28,6%	25,0%	-	14,3%	20,0%	50,0%	33,3%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	-	-	28,6%	29,2%	26,0%	45,2%	53,2%	-	37,5%	66,7%	28,6%	41,7%	-	28,6%	50,0%	20,0%	16,7%
	Satisfeito	-	-	-	-	3,6%	2,8%	10,4%	2,2%	4,3%	-	0,0%	0,0%	14,3%	16,7%	-	28,6%	20,0%	20,0%	16,7%
	Muito satisfeito	-	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	2,1%	-	0,0%	0,0%	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%	1,9%	-	12,5%	0,0%	0,0%	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%	16,5%	-	12,5%	0,0%	14,3%	25,0%	-	0,0%	20,0%	0,0%	16,7%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	7,9%	9,4%	0,0%	2,4%	5,5%	8,1%	9,1%	12,5%	11,7%	-	37,5%	33,3%	28,6%	25,0%	-	28,6%	30,0%	18,2%	16,7%
	Satisfeito	57,9%	56,3%	46,9%	42,9%	69,1%	55,4%	51,9%	51,0%	49,5%	-	25,0%	50,0%	42,9%	33,3%	-	71,4%	40,0%	63,6%	33,3%
	Muito satisfeito	21,1%	31,3%	53,1%	42,9%	18,2%	13,5%	18,2%	18,8%	20,4%	-	12,5%	16,7%	14,3%	16,7%	-	0,0%	10,0%	18,2%	33,3%

A4 (Por Modelo) – Satisfação em relação ao momento atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em termos gerais e em relação à atuação de algumas das estruturas envolvidas nesta reforma

		2017/2018	
Em relação aos seguintes elementos considera-se, em termos gerais:		Modelo A (%)	Modelo B (%)
Momento atual da Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	20,9	13,1
	Insatisfeito	41,3	35,4
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	23,8	19,2
	Satisfeito	14,0	29,3
	Muito satisfeito	0,0	3,0
Modo como decorreu a atividade da sua USF até agora	Muito insatisfeito	3,5	1,5
	Insatisfeito	25,0	5,1
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	19,2	6,6
	Satisfeito	35,5	48,5
	Muito satisfeito	16,9	38,3
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	38,6	32,0
	Insatisfeito	44,4	38,1
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	12,9	19,3
	Satisfeito	4,1	10,2
	Muito satisfeito	0,0	0,5
Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) na Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	33,5	27,9
	Insatisfeito	37,1	36,0
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	24,7	28,9
	Satisfeito	4,1	6,6
	Muito satisfeito	0,6	0,5
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS)	Muito insatisfeito	31,6	35,2
	Insatisfeito	33,9	34,2
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	25,1	22,4
	Satisfeito	9,4	7,1
	Muito satisfeito	0,0	1,0
Direção-Geral da Saúde (DGS)	Muito insatisfeito	11,0	7,1
	Insatisfeito	14,0	16,3
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	41,3	40,3
	Satisfeito	31,4	31,6
	Muito satisfeito	2,3	4,6

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	19,4	20,2
	Insatisfeito	35,3	31,3
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	28,8	21,2
	Satisfeito	14,7	26,3
	Muito satisfeito	1,8	1,0
Atuação atual do Departamento de Contratualização Regional (DCARS)	Muito insatisfeito	14,1	11,5
	Insatisfeito	27,6	17,2
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	46,6	43,8
	Satisfeito	11,0	23,4
	Muito satisfeito	0,6	4,2
Equipa Regional de Apoio (ERA) a que acompanha a minha USF	Muito insatisfeito	9,4	5,2
	Insatisfeito	20,6	10,9
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	34,1	34,9
	Satisfeito	28,8	37,5
	Muito satisfeito	7,1	11,5
ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	13,5	6,1
	Insatisfeito	26,3	18,4
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	19,9	14,8
	Satisfeito	32,7	43,4
	Muito satisfeito	7,6	17,3
Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USF-AN)	Muito insatisfeito	5,6	2,6
	Insatisfeito	6,2	3,1
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	46,9	29,9
	Satisfeito	34,0	42,8
	Muito satisfeito	7,4	21,6
Coordenação para a reforma do SNS na área dos CSP	Muito insatisfeito	9,5	7,1
	Insatisfeito	27,4	16,8
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	38,7	35,2
	Satisfeito	22,6	30,1
	Muito satisfeito	1,8	10,7
Poder Local (municípios e freguesias*)	Muito insatisfeito	9,9	2,8
	Insatisfeito	18,6	13,8
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	49,1	58,0
	Satisfeito	18,0	21,5
	Muito satisfeito	4,3	3,9

* Questão introduzida no estudo de 2018

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 de algumas das estruturas envolvidas nesta reforma (Série histórica)

		Modelo A									Modelo B									
		09/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	17/18	09/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	17/18	
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%	19,4%	12,6%	12,5%	16,7%	26,7%	35,1%	22,3%	22,8%	13,9%	20,2%	
	Insatisfeito	33,1%	39,4%	51,9%	42,4%	29,3%	34,9%	33,8%	38,4%	35,3%	33,1%	39,4%	36,1%	44,0%	36,8%	33,8%	32,4%	32,2%	31,3%	
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	25,2%	20,2%	27,8%	23,7%	26,8%	34,2%	30,1%	32,7%	28,8%	25,2%	20,2%	29,2%	22,7%	17,5%	29,9%	26,2%	35,6%	21,2%	
	Satisfeito	25,2%	26,9%	9,3%	8,5%	12,2%	12,3%	12,5%	16,4%	14,7%	25,2%	26,9%	16,7%	6,7%	9,6%	14,0%	17,2%	16,7%	26,3%	
	Muito satisfeito	3,9%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	1,3%	1,8%	3,9%	1,0%	1,4%	0,0%	0,9%	0,0%	1,4%	1,7%	1,0%	
Actuação actual do seu ACES*	Muito insatisfeito	18,6%	20,2%	13,0%	11,9%	-	4,1%	8,1%	5,6%	13,5%	18,6%	20,2%	15,5%	9,3%	-	5,7%	9,0%	3,9%	6,1%	
	Insatisfeito	26,4%	29,8%	25,9%	22,0%	-	19,3%	17,0%	18,0%	26,3%	26,4%	29,8%	25,4%	12,0%	-	14,5%	20,0%	15,5%	18,4%	
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	20,9%	20,2%	16,7%	27,1%	-	27,6%	27,4%	28,0%	19,9%	20,9%	20,2%	16,9%	30,7%	-	23,9%	21,4%	20,4%	14,8%	
	Satisfeito	24,0%	19,2%	29,6%	32,2%	-	40,0%	35,6%	39,1%	32,7%	24,0%	19,2%	29,6%	38,7%	-	42,8%	33,8%	45,3%	43,4%	
	Muito satisfeito	10,1%	10,6%	14,8%	6,8%	-	9,0%	11,9%	9,3%	7,6%	10,1%	10,6%	12,7%	9,3%	-	13,2%	15,9%	14,9%	17,3%	
Actuação actual da ERA a que pertence a sua USF	Muito insatisfeito	-	-	20,4%	16,9%	19,8%	14,4%	11,1%	6,9%	9,4%	-	-	8,5%	10,8%	15,6%	11,5%	11,3%	6,1%	5,2%	
	Insatisfeito	-	-	20,4%	13,6%	19,8%	18,5%	17,0%	18,8%	20,6%	-	-	21,1%	14,9%	15,6%	10,8%	9,2%	13,8%	10,9%	
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	25,9%	23,7%	17,3%	16,4%	23,7%	30,6%	34,1%	-	-	32,4%	29,7%	27,5%	28,0%	33,8%	27,6%	34,9%	
	Satisfeito	-	-	24,1%	35,6%	35,8%	37,7%	31,9%	28,1%	28,8%	-	-	28,2%	28,4%	28,4%	33,8%	32,4%	36,5%	37,5%	
	Muito satisfeito	-	-	9,3%	10,2%	7,4%	13,0%	16,3%	15,6%	7,1%	-	-	9,9%	16,2%	12,8%	15,9%	13,4%	16,0%	11,5%	

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

* 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 de algumas das estruturas envolvidas nesta reforma (respostas agrupadas por ano de início de funções)

Nota: neste quadro os anos referem-se ao ano de início de funções das USF respondentes, ou seja, USF que responderam no presente ano, mas que iniciaram funções em anos diferentes; Nos quadros anteriores desta secção, os anos referem-se às respostas obtidas nas várias edições deste estudo.

		Ano de início						
Em relação aos seguintes elementos, e de uma forma geral, considera estar		2006	2009	2011	2012	2014	2016	2018
Momento atual da Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	21,2	12,8	12,1	24,0	18,2	30,4	0,0
	Insatisfeito	39,4	38,3	45,5	48,0	36,4	39,1	85,7
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	24,2	23,4	18,2	16,0	36,4	21,7	0,0
	Satisfeito	15,2	23,4	21,2	12,0	4,5	8,7	14,3
	Muito satisfeito	0,0	2,1	3,0	0,0	4,5	0,0	0,0
Modo como decorreu a atividade da sua USF, de um modo geral	Muito insatisfeito	3,0	4,3	0,0	0,0	0,0	8,7	0,0
	Insatisfeito	6,1	8,7	18,2	28,0	22,7	17,4	0,0
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	18,2	15,2	15,2	12,0	18,2	17,4	28,6
	Satisfeito	39,4	50,0	42,4	28,0	45,5	26,1	57,1
	Muito satisfeito	33,3	21,7	24,2	32,0	13,6	30,4	14,3
Atuação atual do MS na Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	33,3	36,2	33,3	48,0	22,7	54,5	57,1
	Insatisfeito	51,5	34,0	51,5	40,0	59,1	31,8	42,9
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	9,1	21,3	12,1	8,0	13,6	9,1	0,0
	Satisfeito	3,0	8,5	3,0	4,0	4,5	4,5	0,0
	Muito satisfeito	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Atuação atual da ACSS na Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	33,3	31,9	24,2	28,0	22,7	50,0	57,1
	Insatisfeito	36,4	29,8	54,5	36,0	40,9	31,8	42,9
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	27,3	29,8	18,2	28,0	31,8	13,6	0,0
	Satisfeito	3,0	8,5	3,0	8,0	4,5	0,0	0,0
	Muito satisfeito	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	0,0
Atuação atual dos SPMS	Muito insatisfeito	48,5	29,8	33,3	36,0	31,8	39,1	57,1
	Insatisfeito	30,3	34,0	48,5	36,0	27,3	39,1	28,6

		Ano de início						
Em relação aos seguintes elementos, e de uma forma geral, considera estar		2006	2009	2011	2012	2014	2016	2018
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	18,2	25,5	15,2	24,0	27,3	8,7	0,0
	Satisfeito	3,0	10,6	3,0	4,0	9,1	13,0	14,3
	Muito satisfeito	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	0,0	0,0
Direção-Geral da Saúde (DGS)	Muito insatisfeito	12,1	6,4	12,1	8,0	9,1	17,4	14,3
	Insatisfeito	24,2	10,6	18,2	16,0	13,6	17,4	28,6
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	30,3	51,1	45,5	44,0	54,5	30,4	28,6
	Satisfeito	27,3	29,8	24,2	32,0	18,2	26,1	28,6
	Muito satisfeito	6,1	2,1	0,0	0,0	4,5	8,7	0,0
Atuação atual da ARS a que pertence a sua USF na Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	21,2	19,1	9,1	20,0	13,6	34,8	14,3
	Insatisfeito	39,4	27,7	42,4	48,0	27,3	39,1	28,6
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	12,1	31,9	21,2	20,0	50,0	17,4	28,6
	Satisfeito	24,2	21,3	27,3	12,0	9,1	4,3	28,6
	Muito satisfeito	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0
Atuação atual do Departamento de Contratualização Regional (DCARS) a que pertence a sua USF	Muito insatisfeito	6,5	17,0	6,5	20,0	5,0	28,6	0,0
	Insatisfeito	29,0	19,1	25,8	36,0	15,0	28,6	14,3
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	38,7	44,7	48,4	40,0	75,0	33,3	71,4
	Satisfeito	19,4	14,9	19,4	4,0	5,0	9,5	14,3
	Muito satisfeito	6,5	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Atuação atual da ERA a que pertence a sua USF	Muito insatisfeito	10,0	4,3	3,0	16,7	9,1	8,7	0,0
	Insatisfeito	10,0	12,8	21,2	29,2	18,2	13,0	14,3
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	43,3	48,9	33,3	16,7	31,8	39,1	71,4
	Satisfeito	26,7	29,8	39,4	37,5	31,8	26,1	0,0
	Muito satisfeito	10,0	4,3	3,0	0,0	9,1	13,0	14,3
ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	6,3	12,8	9,1	16,0	9,1	13,0	0,0
	Insatisfeito	18,8	14,9	24,2	8,0	27,3	21,7	16,7
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	21,9	14,9	9,1	20,0	18,2	17,4	33,3

		Ano de início						
Em relação aos seguintes elementos, e de uma forma geral, considera estar		2006	2009	2011	2012	2014	2016	2018
Atuação atual da USF-AN	Satisfeito	34,4	44,7	48,5	48,0	27,3	47,8	50,0
	Muito satisfeito	18,8	12,8	9,1	8,0	18,2	0,0	0,0
	Muito insatisfeito	3,0	2,2	0,0	4,2	9,5	5,0	0,0
	Insatisfeito	3,0	4,3	6,3	0,0	4,8	15,0	0,0
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	36,4	39,1	40,6	33,3	42,9	35,0	66,7
	Satisfeito	27,3	43,5	46,9	54,2	28,6	25,0	33,3
Coordenação para a reforma do SNS na área dos CSP	Muito satisfeito	30,3	10,9	6,3	8,3	14,3	20,0	0,0
	Muito insatisfeito	6,1	8,5	15,6	20,0	14,3	4,5	0,0
	Insatisfeito	12,1	19,1	12,5	24,0	14,3	40,9	14,3
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	36,4	44,7	50,0	28,0	38,1	13,6	57,1
	Satisfeito	27,3	21,3	21,9	24,0	28,6	36,4	28,6
	Muito satisfeito	18,2	6,4	0,0	4,0	4,8	4,5	0,0
Poder Local (municípios e freguesias)	Muito insatisfeito	0,0	7,3	9,7	0,0	5,0	23,8	0,0
	Insatisfeito	20,7	9,8	16,1	16,0	20,0	14,3	14,3
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	48,3	65,9	51,6	60,0	50,0	33,3	42,9
	Satisfeito	27,6	14,6	19,4	20,0	20,0	19,0	28,6
	Muito satisfeito	3,4	2,4	3,2	4,0	5,0	9,5	14,3

A7 (USF integradas em ULS/ USF não integradas em ULS) – Satisfação em relação ao momento atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em termos gerais e em relação à atuação de algumas das estruturas envolvidas nesta reforma

		2017/2018	
Em relação aos seguintes elementos considera-se, em termos gerais:		USF integradas em ULS (%)	USF não integradas em ULS (%)
Momento atual da Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	13,8	17,5
	Insatisfeito	34,5	38,5
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	20,7	21,0
	Satisfeito	27,6	21,6
	Muito satisfeito	3,4	1,5
Modo como decorreu a atividade da sua USF até agora	Muito insatisfeito	0,0	2,7
	Insatisfeito	6,9	15,2
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	3,4	13,1
	Satisfeito	55,2	41,1
	Muito satisfeito	34,5	28,0
Em relação à atuação atual das seguintes entidades na Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, considera estar		USF integradas em ULS (%)	USF não integradas em ULS (%)
Ministério da Saúde na Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	34,5	35,4
	Insatisfeito	31,0	42,0
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	24,1	15,8
	Satisfeito	6,9	6,8
	Muito satisfeito	3,4	0,0
Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) na Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	27,6	31,3
	Insatisfeito	34,5	36,7
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	34,5	26,3
	Satisfeito	3,4	5,1
	Muito satisfeito	0,0	0,6
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS)	Muito insatisfeito	34,5	34,0
	Insatisfeito	27,6	34,6
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	31,0	23,0
	Satisfeito	6,9	7,8
	Muito satisfeito	0,0	0,6
Direção-Geral da Saúde (DGS)	Muito insatisfeito	3,4	9,5
	Insatisfeito	10,3	15,5
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	55,2	39,9

	Satisfeito	27,6	31,8
	Muito satisfeito	3,4	3,3
Em relação à atuação atual das seguintes entidades na Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, considera estar		USF integradas em ULS (%)	USF não integradas em ULS (%)
Administração Regional de saúde (ARS) a que pertence a sua USF na Reforma dos CSP	Muito insatisfeito	14,8	20,7
	Insatisfeito	14,8	34,3
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	25,9	24,9
	Satisfeito	44,4	18,9
	Muito satisfeito	0,0	1,2
Atuação atual do Departamento de Contratualização Regional (DCARS)	Muito insatisfeito	17,2	12,4
	Insatisfeito	13,8	22,6
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	44,8	45,2
	Satisfeito	24,1	17,3
	Muito satisfeito	0,0	2,5
Equipa Regional de Apoio (ERA) a que acompanha a minha USF	Muito insatisfeito	10,7	6,9
	Insatisfeito	10,7	15,7
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	32,1	34,7
	Satisfeito	35,7	33,5
	Muito satisfeito	10,7	9,1
ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	13,8	9,6
	Insatisfeito	17,2	22,4
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	24,1	16,1
	Satisfeito	34,5	39,4
	Muito satisfeito	10,3	12,5
Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USF-AN)	Muito insatisfeito	3,4	4,0
	Insatisfeito	3,4	4,3
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	27,6	37,7
	Satisfeito	48,3	38,9
	Muito satisfeito	17,2	15,1
Coordenação para a reforma do SNS na área dos CSP	Muito insatisfeito	6,9	8,7
	Insatisfeito	17,2	22,0
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	31,0	37,0
	Satisfeito	27,6	26,5
	Muito satisfeito	17,2	5,7
Poder Local (municípios e freguesias*)	Muito insatisfeito	0,0	6,4
	Insatisfeito	8,0	17,3
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	56,0	53,0
	Satisfeito	28,0	19,5

Muito satisfeito	8,0	3,8
------------------	-----	-----

* Questão introduzida no estudo de 2018

Como já dito, verificam-se **nuances regionais** e grandes mudanças em relação a 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 ou locais e não a estruturas centrais). Em relação à reforma dos CSP, os coordenadores das USF da ARS Norte e LVT surgem como os menos insatisfeitos, mas todos pioraram de um modo marcado. Quanto à satisfação ARS Norte e Algarve surgem como as que têm mais coordenadores satisfeitos ou muito satisfeitos (27,4% e 25% respetivamente). Na ARS Centro registou-se uma grande queda em relação ao passado (de 23,1% de insatisfeito e muito insatisfeitos para 68,8%) e o Algarve com 0% de muito insatisfeitos no ano passado para 25%.

No que se refere à **atividade da própria USF** é a ARS do Norte é a que tem os coordenadores mais satisfeitos ou muito satisfeitos (73%), seguida de muito perto pela ARS do Centro e LVT. Por outro lado, as ARS do Alentejo e Algarve não têm coordenadores muito insatisfeitos. Todas as ARS pioraram as suas avaliações desde o ano passado.

Quanto à satisfação com a atuação da respetiva **ARS**, são as do Norte as menos insatisfeitas por larga margem, mas todas têm mais coordenadores insatisfeitos do que satisfeitos. A ARS com mais coordenadores muito insatisfeitos é a ARS do Algarve (50%) e a que tem menos é a Norte (13%), mas ambas dobraram este valor, as outras têm valores na casa dos 20% e uma evolução menos marcada. No entanto, na evolução ao longo dos anos e tendo em conta todos os patamares de satisfação, todas pioraram em relação ao ano anterior.

Quanto aos **Departamentos de Contratualização**, o panorama é semelhante ao da ARS, novamente é na ARS Norte onde estão os coordenadores menos insatisfeitos (10,6% de coordenadores muito insatisfeitos e 28,6% de insatisfeitos e muito insatisfeitos), mas, desta vez, seguida de muito perto pela ARS Centro. A ARS do Algarve é a que tem os coordenadores mais insatisfeitos (33,3% de coordenadores muito insatisfeitos e 66,6% de insatisfeitos e muito insatisfeitos). Em relação ao ano anterior, a ARS LVT e Alentejo apresentam melhorias, mantendo a tendência do ano anterior, e as outras uma deterioração.

Nas **Equipas Regionais de Apoio (ERA)**, a ARS do Algarve destaca-se por larga margem por não ter insatisfeitos, uma façanha única nestas avaliações, melhorando neste aspeto em relação ao ano anterior, mas perdendo, para um quarto do seu valor do ano passado, na percentagem de muitos satisfeitos. No entanto, é a ARS Centro (19,6% de coordenadores muito satisfeitos e 62,7% de satisfeitos e muito satisfeitos, mas com uma deterioração em relação ao ano passado) seguida da ARS Norte (11,6% de coordenadores muito satisfeitos e 51,1% de satisfeitos e muito satisfeitos, mas igualmente com uma deterioração em relação ao ano passado) que têm a maior percentagem de satisfeitos. A ARS de LVT tem uma evolução diferente de todas as outras porque melhorou em relação ao ano anterior nos insatisfeitos e satisfeitos, apesar de ainda não atingir os patamares mais altos de satisfação de entre as 5 ARS. **(impõe-se reflexão:** é mais importante não ter insatisfeitos - um provável sinal de equidade – ou ter mais muito satisfeitos – sinal de que se consegue, pelo menos com alguns, ter um desempenho que é considerado muito satisfatório; por outro lado, é mais significativos ter um valor mais alto de satisfação mesmo estando pior que nos anos anteriores ou ter uma evolução positiva?).

Em relação aos **ACES**, a satisfação parece ser alta em na ARS Norte (com o melhor mix de satisfação – 59,4% - vs insatisfação – 26,6%), LVT e Alentejo, tendo o Algarve a situação mais deficitária. Foi no Centro que se verificou a maior depreciação na satisfação em relação ao ano anterior.

Na nova área do Poder Local, a satisfação é maior nas ARS do Algarve e Alentejo (e na dupla avaliação - menos insatisfeitos e mais satisfeitos) e pior na do Centro.

Ao invés do ano passado, este ano há diferenças importantes na satisfação com a Reforma e as entidades governamentais centrais, regionais e locais e, ainda, a própria USF-AN **entre modelos de USF: as USF A lideram a insatisfação**. A exceção é na satisfação com a SPMS (pior nas USF B) e com a DGS (muito sobreponível). A diferença é mais marcada em relação ao momento atual da Reforma dos CSP (62,2% insatisfeito ou muito insatisfeitos e 14% de satisfeitos ou muito satisfeitos no modelo A e, respetivamente, 48,5% e 32,3% no modelo B) e atividade da própria USF (28,5% insatisfeito ou muito insatisfeitos e 52,4% de satisfeitos ou muito satisfeitos no modelo A e, respetivamente, 6,6% e 86,8% no modelo B). Este é dos dados que mais informação dá sobre o momento atual e qual deve ser a evolução nos próximos anos: a evolução para USAF modelo B das USF que cumprirem os critérios para tal.

Centrando a análise por **ano de início de funções**, as USF da primeira vaga (2006) e as de 2016 tendem a ter níveis de satisfação menores com o momento atual da reforma dos CSP, assim como com a atividade da própria USF. Esta insatisfação também existe em relação às estruturas do poder central, mas em relação a estas as USF mais recentes são as mais críticas, mas com níveis de satisfação maiores (mesmo os mais altos) em relação às estruturas regionais, ACES e poder local. As USF mais antigas têm níveis de satisfação superiores em relação à USF-AN e Coordenação para a reforma do SNS na área dos CSP.

A novidade do estudo deste ano é a introdução da diferenciação entre resultados de USF integradas em ULS / USF não integradas em ULS, estando as primeiras globalmente mais satisfeitas ainda que marginalmente do que as segundas em relação ao Momento atual da Reforma dos CSP e mais vincadamente quanto ao modo como decorreu a atividade da sua USF até agora e à atuação do Ministério da Saúde, ARS, Coordenação para a reforma do SNS na área dos CSP e Poder Local. Apenas em relação ao ACES a que pertence, a satisfação é ligeiramente menor.

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
Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, Kits de mãos livres*)	4.33	5	1	5	1.16
Dimensão da lista de utentes*	4.25	5	1	5	1.14
Incentivos Institucionais	4.16	5	1	5	1.17
Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	4.09	5	1	4	1.08
Equipamentos informáticos (que inclui Software e Hardware que se isolaram para saber qual o que representa um problema maior)	4.06	5	1	4	1.10
Software – programas informáticos de apoio à atividade e de registo	4.06	5	1	4	1.10
Sistemas de Informação	4.04	5	1	4	1.06
Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	4.00	5	1	4	0.99
Contratação de novos profissionais para os CSP*	3.97	5	1	4	1.17
Acesso a informação importante para a tomada de decisões	3.94	5	1	4	1.05
Substituição de profissionais em ausência prolongada*	3.94	5	1	4	1.27

B1 (Geral- continuação)

Quais são os principais problemas que carecem de resolução nas USF					
	Média	Máximo	Mínimo	Mediana	Desvio Padrão
Formação	3.92	5	1	4	1.05
Incentivos Financeiros	3.89	5	1	4	1.26
Políticas de priorização dos CSP*	3.89	5	1	4	1.18
Hardware – computadores, monitores, por ex.	3.80	5	1	4	1.19
Mobilidade dos Profissionais para a USF	3.79	5	1	4	1.27
Instalações	3.79	5	1	4	1.21
Referenciação hospitalar*	3.77	5	1	4	1.08
Contratualização	3.74	5	1	4	1.06
Implementação da Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar	3.70	5	1	4	1.12
Comunicação do ACES para a USF	3.58	5	1	4	1.24
Violência contra os profissionais de saúde*	3.51	5	1	4	1.26
Atividades Específicas	3.49	5	1	4	1.08
Relacionamento com o Conselho Clínico e de Saúde do ACES*	3.48	5	1	4	1.35
Inscrição de novos utentes/utentes “adormecidos”	3.46	5	1	3	1.29
Relacionamento com o Diretor Executivo dos ACES	3.40	5	1	4	1.38
Atendimento de utentes “esporádicos” / realização de atos esporádicos]	3.37	5	1	3	1.32
Articulação com outras unidades do ACES]	3.33	5	1	3	1.23
Acesso a programa de Acreditação	3.18	5	1	3	1.32
Método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais	3.11	5	1	3	1.55
Contratos precários com os profissionais	3.02	5	1	3	1.49
Carteiras Adicionais	2.80	5	1	3	1.32
Integração de USF em Unidades Locais de Saúde	2.38	5	1	2	1.27

* Inseridos versão 2017/2018

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, mas neste ano

houve uma revolução. O quadro seguinte apresenta a evolução dos problemas considerados mais relevantes pelos coordenadores de todas as unidades do País nos últimos 7 anos.

A primeira posição na atual avaliação, como problema mais importante a carecer de resolução, passou a ser o equipamento telefónico (com uma pontuação alta, de 4,33 numa escala de 1- menos importante - até 5) e o segundo a dimensão da lista de utentes (são dois problemas inseridos na avaliação deste ano, e logo para as primeiras posições). O terceiro a ser considerado nesta lista de maiores problemas são os incentivos institucionais (a mesma posição do ano passado), entrando para quarto o desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico (a mesma posição do ano passado), seguindo-se os equipamentos informáticos (o primeiro do ano passado).

Na análise dos cinco problemas mais relevantes ao longo dos últimos 7 anos, vemos que os sistemas de informação têm sido o problema mais relevante, mas na avaliação de 2015/2016 foi considerado como o 4º mais importante, retomando uma posição de destaque no ano seguinte como o 2º problema mais importante e neste ano desaparece do top5 (é sétimo).

A contratualização esteve 2 anos na 3ª posição, e nos dois anos seguintes ocupou a 5ª posição e no ano passado saiu mesmo da lista dos cinco problemas mais importantes (está na posição 18). Os outros equipamentos para além dos informáticos, nomeadamente os clínicos, passaram da primeira posição há dois anos para a 5ª no ano passado e estão na posição 8 atualmente.

No entanto, vendo os problemas seguintes aos cinco principais, temos por ordem decrescente de importância a Software – programas informáticos de apoio à atividade e de registo, Sistemas de Informação, Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos. Contratação de novos profissionais para os CSP, o “Acesso a informação importante para a tomada de decisões”, Substituição de profissionais em ausência prolongada, este último problema ainda com uma pontuação alta, de 3,94 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	2017/2018
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 de registo) (4,39) Hardware – computadores, monitores, por ex.) (4,24)	Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, Kits de mãos livres*)
(média)	(4,5)	(4,7)	(4,5)	(4,28)	(4,48)	(4,3)	(4,33)
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	Dimensão da lista de utentes*
(média)	(4,5)	(4,6)	(4,1)	(4,14)	(4,47)	(4,28)	(4,25)
3º Problema mais relevante	Remunerações relativas às actividades específicas*	Contratualização	Contratualização	Incentivos institucionais	Equipamentos informáticos	Incentivos Institucionais	Incentivos Institucionais
(média)	(4,4)	(4,5)	(4,0)	(3,95)	(4,36)	(4,2)	(4,16)
4º Problema mais relevante	Incentivos institucionais	Incentivos institucionais	Equipamentos	Outros equipamentos além dos informáticos	Sistemas de Informação	Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico
(média)	(4,2)	(4,4)	(3,9)	(3,85)	(4,2)	(4,09)	(4,09)
5º Problema mais relevante	Incentivos financeiros	Incentivos financeiros	Incentivos financeiros	Contratualização	Contratualização	Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	Equipamentos informáticos (que inclui Software e Hardware que se isolaram para saber qual o que representa um problema maior) Software – programas informáticos de apoio à atividade de registo
(média)	(4,2)	(4,4)	(3,8)	(3,78)	(3,98)	(3,99)	(4,06)

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)

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
Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, Kits de mãos livres*)	4,4	5	1	5	1,07
Software – programas informáticos de apoio à atividade e de registo	4,28	5	1	5	1
Equipamentos informáticos (que inclui Software e Hardware que se isolaram para saber qual o que representa um problema maior)	4,27	5	1	5	1
Dimensão da lista de utentes*	4,26	5	1	5	1,11
Incentivos Institucionais	4,25	5	1	5	1,15
Sistemas de Informação	4,21	5	1	5	1
Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	4,09	5	1	4	1,09
Substituição de profissionais em ausência prolongada*	4,02	5	1	5	1,22
Acesso a informação importante para a tomada de decisões	4,01	5	1	4	0,96
Formação	3,98	5	1	4	0,93
Contratação de novos profissionais para os CSP*	3,98	5	1	4	1,14
Incentivos Financeiros	3,97	5	1	4	1,23
Hardware – computadores, monitores, por ex.	3,96	5	1	4	1,12
Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	3,96	5	1	4	0,96
Mobilidade dos Profissionais para a USF	3,95	5	1	4	1,23
Políticas de priorização dos CSP*	3,91	5	1	4	1,16
Referenciação hospitalar*	3,87	5	1	4	1,04

Instalações	3,84	5	1	4	1,12
Contratualização	3,73	5	1	4	0,99
Implementação da Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar	3,73	5	1	4	1,11
Comunicação do ACES para a USF	3,58	5	1	4	1,2
Relacionamento com o Conselho Clínico e de Saúde do ACES*	3,55	5	1	4	1,35
Atividades Específicas	3,53	5	1	3,5	1,1
Violência contra os profissionais de saúde*	3,5	5	1	3	1,27
Relacionamento com o Diretor Executivo dos ACES	3,41	5	1	4	1,38
Inscrição de novos utentes/utentes “adormecidos”	3,4	5	1	3	1,23
Atendimento de utentes “esporádicos” / realização de atos esporádicos]	3,36	5	1	3	1,24
Articulação com outras unidades do ACES]	3,34	5	1	3	1,2
Acesso a programa de Acreditação	3,23	5	1	3	1,31
Contratos precários com os profissionais	3,04	5	1	3	1,48
Método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais	3,04	5	1	3	1,61
Carteiras Adicionais	2,78	5	1	3	1,3
Integração de USF em Unidades Locais de Saúde	2,36	5	1	2	1,29

* Novos elementos inseridos na versão 2017/2018 do estudo

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
Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, Kits de mãos livres*)	4,31	5	1	5	1,26
Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	4,22	5	1	5	1,03
Substituição de profissionais em ausência prolongada*	4,19	5	1	5	1,02
Dimensão da lista de utentes*	4,16	5	1	5	1,16
Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	4,1	5	1	4	0,95
Formação	4,1	5	1	4	1,07
Incentivos Institucionais	3,98	5	1	4	1,13
Acesso a informação importante para a tomada de decisões	3,94	5	1	4	1,13
Instalações	3,92	5	1	4	1,3
Políticas de priorização dos CSP*	3,9	5	1	4	1,1
Sistemas de Informação	3,86	5	1	4	1,12
Contratação de novos profissionais para os CSP*	3,84	5	1	4	1,19
Contratualização	3,82	5	1	4	1,26
Software – programas informáticos de apoio à atividade e de registo	3,8	5	1	4	1,09
Incentivos Financeiros	3,74	5	1	4	1,37
Comunicação do ACES para a USF	3,73	5	1	4	1,37
Equipamentos informáticos (que inclui Software e Hardware que se isolaram para saber qual o que representa um problema maior)	3,72	5	1	4	1,11
Hardware – computadores, monitores, por ex.	3,69	5	1	4	1,06
Implementação da Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar	3,63	5	1	4	1,14
Acesso a programa de Acreditação	3,63	5	1	4	1,17

Articulação com outras unidades do ACES]	3,61	5	1	4	1,35
Mobilidade dos Profissionais para a USF	3,56	5	1	4	1,36
Violência contra os profissionais de saúde*	3,56	5	1	4	1,31
Atividades Específicas	3,55	5	1	4	1,11
Referenciação hospitalar*	3,55	5	1	4	1,19
Relacionamento com o Conselho Clínico e de Saúde do ACES*	3,41	5	1	4	1,47
Atendimento de utentes “esporádicos” / realização de atos esporádicos]	3,35	5	1	4	1,55
Relacionamento com o Diretor Executivo dos ACES	3,33	5	1	4	1,48
Inscrição de novos utentes/utentes “adormecidos”	3,32	5	1	3	1,41
Método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais	3,3	5	1	4	1,51
Contratos precários com os profissionais	3,1	5	1	3	1,65
Carteiras Adicionais	2,84	5	1	3	1,43
Integração de USF em Unidades Locais de Saúde	2,31	5	1	2	1,29

* Novos elementos inseridos na versão 2017/2018 do estudo

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
Dimensão da lista de utentes*	4,32	5	1	5	1,13
Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, Kits de mãos livres*)	4,27	5	1	5	1,21
Incentivos Institucionais	4,13	5	1	5	1,15
Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	4,09	5	1	4	1,01
Contratação de novos profissionais para os CSP*	4,05	5	1	4	1,17
Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	4,01	5	1	4	0,98
Equipamentos informáticos (que inclui Software e Hardware que se isolaram para saber qual o que representa um problema maior)	3,96	5	1	4	1,12
Sistemas de Informação	3,94	5	1	4	1,06
Software – programas informáticos de apoio à atividade e de registo	3,93	5	1	4	1,15
Políticas de priorização dos CSP*	3,85	5	1	4	1,22
Acesso a informação importante para a tomada de decisões	3,8	5	1	4	1,14
Incentivos Financeiros	3,79	5	1	4	1,21
Mobilidade dos Profissionais para a USF	3,77	5	1	4	1,26
Substituição de profissionais em ausência prolongada*	3,77	5	1	4	1,33
Formação	3,74	5	1	4	1,22
Hardware – computadores, monitores, por ex.	3,73	5	1	4	1,25
Contratualização	3,72	5	1	4	0,98
Implementação da Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar	3,7	5	1	4	1,17
Instalações	3,69	5	1	4	1,29
Inscrição de novos utentes/utentes “adormecidos”	3,66	5	1	4	1,34
Referenciação hospitalar*	3,58	5	1	4	1,07

Violência contra os profissionais de saúde*	3,57	5	1	4	1,17
Comunicação do ACES para a USF	3,55	5	1	4	1,24
Atendimento de utentes “esporádicos” / realização de atos esporádicos]	3,44	5	1	4	1,35
Relacionamento com o Diretor Executivo dos ACES	3,41	5	1	4	1,33
Atividades Específicas	3,38	5	1	3	1,03
Relacionamento com o Conselho Clínico e de Saúde do ACES*	3,34	5	1	3	1,29
Articulação com outras unidades do ACES]	3,22	5	1	3	1,19
Método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais	3,2	5	1	3	1,44
Acesso a programa de Acreditação	3,01	5	1	3	1,36
Contratos precários com os profissionais	2,99	5	1	3	1,42
Carteiras Adicionais	2,76	5	1	3	1,3
Integração de USF em Unidades Locais de Saúde	2,52	5	1	3	1,21

* Novos elementos inseridos na versão 2017/2018 do estudo

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
Dimensão da lista de utentes*	3,92	5	1	4,5	1,44
Implementação da Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar	3,82	5	1	4	0,83
Referenciação hospitalar*	3,75	5	1	4	1,23
Equipamentos informáticos (que inclui Software e Hardware que se isolaram para saber qual o que representa um problema maior)	3,67	5	1	4	1,25
Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, Kits de mãos livres*)	3,58	5	1	4	1,5
Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	3,55	5	1	4	1,23
Formação	3,55	5	1	4	1,08
Políticas de priorização dos CSP*	3,55	5	1	4	1,56
Incentivos Institucionais	3,5	5	1	4	1,44
Acesso a informação importante para a tomada de decisões	3,5	5	1	3,5	1,19
Hardware – computadores, monitores, por ex.	3,42	5	1	4	1,38
Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	3,42	5	1	4	1,32
Inscrição de novos utentes/utentes “adormecidos”	3,42	5	1	4	1,38
Atendimento de utentes “esporádicos” / realização de atos esporádicos]	3,42	5	1	3,5	1,44
Software – programas informáticos de apoio à atividade e de registo	3,33	5	1	3,5	1,37
Contratualização	3,33	5	1	4	1,25
Sistemas de Informação	3,25	5	1	3,5	1,23
Incentivos Financeiros	3,25	5	1	3,5	1,42
Comunicação do ACES para a USF	3,25	5	1	3	1,01
Atividades Específicas	3,18	5	1	3	1,11

Relacionamento com o Conselho Clínico e de Saúde do ACES*	3,17	5	1	3	1,28
Violência contra os profissionais de saúde*	3,08	5	1	3	1,26
Mobilidade dos Profissionais para a USF	3	5	1	3	1,21
Instalações	3	5	1	3	1,35
Contratação de novos profissionais para os CSP*	3	5	1	3	1,35
Substituição de profissionais em ausência prolongada*	3	5	1	2,5	1,47
Relacionamento com o Diretor Executivo dos ACES	2,92	5	1	3,5	1,38
Carteiras Adicionais	2,92	5	1	3	1,61
Articulação com outras unidades do ACES]	2,67	5	1	3	1,03
Método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais	2,67	5	1	3	1,25
Contratos precários com os profissionais	2,5	5	1	2	1,63
Acesso a programa de Acreditação	2,3	5	1	2	1,1
Integração de USF em Unidades Locais de Saúde	1,4	5	1	1	0,92

* Novos elementos inseridos na versão 2017/2018 do estudo

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
Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	4,58	5	1	5	0,86
Referenciação hospitalar*	4,58	5	1	5	0,64
Incentivos Financeiros	4,42	5	1	5	1,11
Contratação de novos profissionais para os CSP*	4,36	5	1	5	0,77
Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, Kits de mãos livres*)	4,36	5	1	5	1,23
Incentivos Institucionais	4,33	5	1	5	1,18
Dimensão da lista de utentes*	4,25	5	1	5	1,16
Políticas de priorização dos CSP*	4,2	5	1	4,5	0,98
Acesso a informação importante para a tomada de decisões	4,17	5	1	4	0,69
Contratualização	4,08	5	1	5	1,44
Formação	4,08	5	1	4	0,86
Instalações	4	5	1	4,5	1,15
Relacionamento com o Conselho Clínico e de Saúde do ACES*	4	5	1	4,5	1,29
Substituição de profissionais em ausência prolongada*	3,91	5	1	5	1,5
Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	3,83	5	1	4	1,4
Atividades Específicas	3,78	5	1	4	1,03
Relacionamento com o Diretor Executivo dos ACES	3,67	5	1	4	1,43
Sistemas de Informação	3,58	5	1	4	0,95
Software – programas informáticos de apoio à atividade e de registo	3,42	5	1	3	1,11
Articulação com outras unidades do ACES]	3,42	5	1	4	1,38
Implementação da Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar	3,36	5	1	3	1,07

Comunicação do ACES para a USF	3,33	5	1	3	1,49
Violência contra os profissionais de saúde*	3,33	5	1	3,5	1,49
Carteiras Adicionais	3,18	5	1	3	1,19
Equipamentos informáticos (que inclui Software e Hardware que se isolaram para saber qual o que representa um problema maior)	3,17	5	1	3	1,21
Método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais	3,17	5	1	3,5	1,77
Mobilidade dos Profissionais para a USF	3,08	5	1	3	1,11
Inscrição de novos utentes/utentes “adormecidos”	3,08	5	1	3	0,86
Acesso a programa de Acreditação	3	5	1	3	1,26
Contratos precários com os profissionais	2,9	5	1	3,5	1,64
Atendimento de utentes “esporádicos” / realização de atos esporádicos]	2,8	5	1	2,5	1,17
Integração de USF em Unidades Locais de Saúde	2,75	5	1	3	1,09
Hardware – computadores, monitores, por ex.	2,58	5	1	2	1,26

* Novos elementos inseridos na versão 2017/2018 do estudo

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
Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, Kits de mãos livres*)	Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, Kits de mãos livres*)	Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, Kits de mãos livres*)	Dimensão da lista de utentes*	Dimensão da lista de utentes*	Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos
Dimensão da lista de utentes*	Software – programas informáticos de apoio à atividade e de registo	Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, Kits de mãos livres*)	Implementação da Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar	Referenciação hospitalar*
Incentivos Institucionais	Equipamentos informáticos (que inclui Software e Hardware que se isolaram para saber qual o que representa um problema maior)	Substituição de profissionais em ausência prolongada*	Incentivos Institucionais	Referenciação hospitalar*	Incentivos Financeiros
Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	Dimensão da lista de utentes*	Dimensão da lista de utentes*	Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	Equipamentos informáticos (que inclui Software e Hardware que se isolaram para saber qual o que representa um problema maior)	Contratação de novos profissionais para os CSP*
Equipamentos informáticos (que inclui Software e Hardware que se isolaram para saber qual o que representa um problema maior)	Incentivos Institucionais	Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	Contratação de novos profissionais para os CSP*	Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, Kits de mãos livres*)	Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, Kits de mãos livres*)

A nível regional existem diferenças importantes e que têm de merecer uma atenção individualizada. O único que aparece em todas as 5 ARS é o equipamento telefónico, no Norte e Centro em primeiro, em LVT em segundo e nas restantes em 5º. Depois surge a dimensão

da lista de utentes como primeiro em LVT e Alentejo e 4ª no Centro e Norte, no Algarve está em 33º, na última posição de todas, o problema menos importante de todos. Os equipamentos informáticos software e hardware continuam a ser problemas muito importantes na ARS Norte e Alentejo, assim como a contratação de novos profissionais em LVT e Algarve, outros equipamentos (clínicos outros para além dos informáticos) no Centro e, principalmente, Algarve (aqui é o que é considerado o maior problema) e a referenciação hospitalar no Alentejo e Algarve e o desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico no Centro e LVT.

Analisando o problema mais importante em cada ARS, na ARS do Norte e Centro é o equipamento telefónico, a Dimensão da lista de utentes em LVT e Alentejo e outros equipamentos (clínicos outros para além dos informáticos) no Algarve.

Há problemas específicos (que só aparecem nesta ARS neste TOP5) em cada ARS. No Norte é o software - programa informáticos de apoio à atividade e de registo (lembrar que esta ARS é a única que tem o S-Clínico em toda a ARS), no Centro é a substituição de profissionais em ausências prolongadas, no Alentejo a implementação da especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar e no Algarve são os incentivos financeiros.

B9 (USF integradas em ULS) – 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
Software (programas informáticos de apoio à atividade e de registo)	4,14	5	1	4	1,07
Dimensão da lista de utentes	4,14	5	1	5	1,07
Equipamentos informáticos (que inclui Software e Hardware que se isolaram para saber qual o que representa um problema maior)	4,07	5	1	4	1,11
Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, Kits de mãos livres)	4,04	5	1	4	1,21
Incentivos Institucionais	4,00	5	1	4	1,26
Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	4,00	5	1	4	1,23
Sistemas de Informação	3,97	5	1	4	1,13
Políticas de priorização dos CSP]	3,93	5	1	4	1,19
Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	3,83	5	1	4	1,05
Substituição de profissionais em ausência prolongada	3,75	5	1	4	1,40
Contratualização	3,72	5	1	4	1,20
Incentivos Financeiros	3,71	5	1	4	1,41
Contratação de novos profissionais para os CSP]	3,71	5	1	4	1,13
Instalações	3,69	5	1	4	1,26
Referenciação hospitalar	3,68	5	1	4	1,07
Hardware (computadores, monitores, por ex.)	3,55	5	1	4	1,25
Acesso a informação importante para a tomada de decisões	3,45	5	1	4	1,25
Implementação da Especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar	3,45	5	1	4	1,19
Atendimento de utentes esporádicos / realização de atos esporádicos	3,41	5	1	3	1,22
Mobilidade dos Profissionais para a USF	3,33	5	1	3	1,31

Formação	3,31	5	1	4	1,26
Comunicação do ACES para a USF	3,24	5	1	3	1,28
Relacionamento com o Conselho Clínico e de Saúde do ACES	3,24	5	1	3	1,38
Violência contra os profissionais de saúde	3,19	5	1	3	1,28
Relacionamento com o Diretor Executivo dos ACES	3,14	5	1	3	1,41
Atividades Específicas	3,12	5	1	3	1,22
Inscrição de novos utentes/utentes “adormecidos”	3,04	5	1	3	1,32
Articulação com outras unidades do ACES	3,03	5	1	3	1,35
Acesso a programa de Acreditação	3,00	5	1	3	1,36
Método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais]	2,86	5	1	3	1,57
Contratos precários com os profissionais	2,82	5	1	3	1,49
Carteiras Adicionais	2,64	5	1	3	1,34
Integração de USF em Unidades Locais de Saúde]	2,54	5	1	2,5	1,39

B10 (USF não integradas em ULS) – 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
Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, Kits de mãos livres)	4,34	5	1	5	1,17
Dimensão da lista de utentes	4,25	5	1	5	1,15
Incentivos Institucionais	4,16	5	1	5	1,16
Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	4,09	5	1	4	1,07
Equipamentos informáticos (que inclui Software e Hardware que se isolaram para saber qual o que representa um problema maior)	4,05	5	1	4	1,10
Software (programas informáticos de apoio à atividade e de registo)	4,05	5	1	4	1,11
Sistemas de Informação	4,04	5	1	4	1,06
Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	4,00	5	1	4	0,98
Formação	3,98	5	1	4	1,00
Acesso a informação importante para a tomada de decisões	3,97	5	1	4	1,02
Contratação de novos profissionais para os CSP	3,97	5	1	4	1,17
Substituição de profissionais em ausência prolongada	3,95	5	1	4	1,25
Incentivos Financeiros	3,89	5	1	4	1,24
Políticas de priorização dos CSP	3,87	5	1	4	1,18
Mobilidade dos Profissionais para a USF	3,83	5	1	4	1,26
Hardware (computadores, monitores, por ex.)	3,82	5	1	4	1,18
Instalações	3,78	5	1	4	1,21
Referenciação hospitalar	3,76	5	1	4	1,08
Contratualização	3,73	5	1	4	1,05
Implementação da Especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar	3,71	5	1	4	1,11

Comunicação do ACES para a USF	3,59	5	1	4	1,24
Violência contra os profissionais de saúde	3,51	5	1	4	1,25
Atividades Específicas	3,51	5	1	4	1,06
Relacionamento com o Conselho Clínico e de Saúde do ACES	3,48	5	1	4	1,35
Inscrição de novos utentes/utentes “adormecidos”	3,47	5	1	3	1,28
Relacionamento com o Diretor Executivo dos ACES	3,40	5	1	4	1,38
Atendimento de utentes esporádicos / realização de atos esporádicos	3,35	5	1	3	1,33
Articulação com outras unidades do ACES	3,34	5	1	3	1,21
Acesso a programa de Acreditação	3,18	5	1	3	1,31
Método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais	3,14	5	1	3	1,54
Contratos precários com os profissionais	3,02	5	1	3	1,49
Carteiras Adicionais	2,80	5	1	3	1,31
Integração de USF em Unidades Locais de Saúde	2,32	5	1	2	1,22

Na análise por USF integradas em ULS ou não, é de registar que naquelas que não são integradas em ULS, os principais problemas que carecem de resolução têm a mesma ordenação que no geral, mas naquelas que estão em ULS, o desenvolvimento da carreira de secretário clínico sai do top 5 (mas é o sexto) e entra a questão do Software (programas informáticos de apoio à atividade e de registo) e logo para primeiro, enquanto os equipamentos telefónicos foram para a quarta posição.

B11 (Por Modelo - Mod. A) – 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
Dimensão da lista de utentes	4.42	5	1	5	1.11
Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, Kits de mãos livres)	4.22	5	1	5	1.19
Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	4.14	5	1	4	1.03
Substituição de profissionais em ausência prolongada	4.13	5	1	5	1.19
Incentivos Institucionais	4.09	5	1	5	1.18
Contratação de novos profissionais para os CSP	4.01	5	1	4	1.17
Formação	3.96	5	1	4	1.04
Acesso a informação importante para a tomada de decisões	3.95	5	1	4	1.03
Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	3.94	5	1	4	1.01
Software (programas informáticos de apoio à atividade e de registo)	3.92	5	1	4	1.12
Sistemas de Informação	3.91	5	1	4	1.1
Incentivos Financeiros	3.91	5	1	4	1.31
Políticas de priorização dos CSP	3.91	5	1	4	1.15
Equipamentos informáticos (que inclui Software e Hardware que se isolaram para saber qual o que representa um problema maior)	3.85	5	1	4	1.16
Mobilidade dos Profissionais para a USF	3.83	5	1	4	1.27
Referenciação hospitalar	3.74	5	1	4	1.06
Contratualização	3.71	5	1	4	1.05

Implementação da Especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar.	3.68	5	1	4	1.09
Instalações	3.68	5	1	4	1.27
Hardware (computadores, monitores, por ex.)	3.63	5	1	4	1.24
Violência contra os profissionais de saúde	3.58	5	1	4	1.24
Comunicação do ACES para a USF	3.57	5	1	4	1.22
Relacionamento com o Conselho Clínico e de Saúde do ACES	3.51	5	1	4	1.3
Inscrição de novos utentes/utentes “adormecidos”	3.5	5	1	4	1.28
Relacionamento com o Diretor Executivo dos ACES	3.48	5	1	4	1.3
Atividades Específicas	3.39	5	1	3	1.05
Atendimento de utentes esporádicos / realização de atos esporádicos	3.38	5	1	3.5	1.35
Articulação com outras unidades do ACES	3.37	5	1	3	1.17
Método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais	3.09	5	1	3	1.51
Contratos precários com os profissionais	3.06	5	1	3	1.49
Acesso a programa de Acreditação	2.99	5	1	3	1.17
Carteiras Adicionais	2.82	5	1	3	1.3
Integração de USF em Unidades Locais de Saúde	2.38	5	1	2	1.2

B12 (Por Modelo - Mod. B) – 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					
	Media	Max	Min	Mediana	Desvio Padrao
Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, Kits de mãos livres)	4.43	5	1	5	1.12
Equipamentos informáticos (que inclui Software e Hardware que se isolaram para saber qual o que representa um problema maior)	4.23	5	1	5	1.01
Incentivos Institucionais	4.22	5	1	5	1.16
Software (programas informáticos de apoio à atividade e de registo)	4.17	5	1	5	1.08
Sistemas de Informação	4.14	5	1	4	1.02
Dimensão da lista de utentes	4.11	5	1	5	1.14
Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	4.06	5	1	4	0.96
Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	4.05	5	1	4	1.11
Hardware (computadores, monitores, por ex.)	3.94	5	1	4	1.13
Acesso a informação importante para a tomada de decisões	3.92	5	1	4	1.06
Instalações	3.91	5	1	4	1.13
Contratação de novos profissionais para os CSP	3.91	5	1	4	1.16
Formação	3.9	5	1	4	1.06
Incentivos Financeiros	3.86	5	1	4	1.22
Políticas de priorização dos CSP	3.86	5	1	4	1.21
Referenciação hospitalar	3.78	5	1	4	1.11
Contratualização	3.77	5	1	4	1.05
Substituição de profissionais em ausência prolongada	3.76	5	1	4	1.31
Mobilidade dos Profissionais para a USF	3.75	5	1	4	1.27

Implementação da Especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar.	3.72	5	1	4	1.15
Comunicação do ACES para a USF	3.59	5	1	4	1.25
Atividades Específicas	3.55	5	1	4	1.1
Relacionamento com o Conselho Clínico e de Saúde do ACES	3.46	5	1	4	1.4
Violência contra os profissionais de saúde	3.44	5	1	3	1.27
Inscrição de novos utentes/utentes “adormecidos”	3.41	5	1	3	1.31
Atendimento de utentes esporádicos / realização de atos esporádicos	3.36	5	1	3	1.3
Relacionamento com o Diretor Executivo dos ACES	3.34	5	1	4	1.44
Acesso a programa de Acreditação	3.3	5	1	4	1.41
Articulação com outras unidades do ACES	3.29	5	1	3	1.28
Método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais	3.14	5	1	3	1.59
Contratos precários com os profissionais	2.98	5	1	3	1.5
Carteiras Adicionais	2.79	5	1	3	1.35
Integração de USF em Unidades Locais de Saúde	2.38	5	1	2	1.32

Interessante a análise por modelo, uma vez que transmite as preocupações específicas de cada grupo que são diferentes. Centrando-se nos 5 primeiros, no modelo B, são questões que interferem com o seu desempenho (equipamentos telefónicos à cabeça e equipamentos informáticos) e a monitorização deste (software e sistemas de informação), assim como os incentivos institucionais, para se poder investir na unidade. No modelo A surge a carga de trabalho (Dimensão da lista de utentes e Substituição de profissionais em ausência prolongada – 18º no modelo B - ou a Contratação de novos profissionais para os CSP, esta na sexta posição e 12º no modelo B) e questões profissionais (Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico, 8º no modelo B, ou formação, esta em sétimo e 13º no modelo B), mas também os equipamentos telefónicos ou os incentivos institucionais.

B13 (USF integradas em ULS) – 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					
	Media	Max	Min	Mediana	Desvio Padrao
Software (programas informáticos de apoio à atividade e de registo)	4,14	5	1	4	1,07
Dimensão da lista de utentes	4,14	5	1	5	1,07
Equipamentos informáticos (que inclui Software e Hardware que se isolaram para saber qual o que representa um problema maior)	4,07	5	1	4	1,11
Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, Kits de mãos livres)	4,04	5	1	4	1,21
Incentivos Institucionais	4,00	5	1	4	1,26
Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	4,00	5	1	4	1,23
Sistemas de Informação	3,97	5	1	4	1,13
Políticas de priorização dos CSP	3,93	5	1	4	1,19
Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	3,83	5	1	4	1,05
Substituição de profissionais em ausência prolongada	3,75	5	1	4	1,40
Contratualização	3,72	5	1	4	1,20
Incentivos Financeiros	3,71	5	1	4	1,41
Contratação de novos profissionais para os CSP	3,71	5	1	4	1,13
Instalações	3,69	5	1	4	1,26
Referenciação hospitalar	3,68	5	1	4	1,07
Hardware (computadores, monitores, por ex.)	3,55	5	1	4	1,25
Acesso a informação importante para a tomada de decisões	3,45	5	1	4	1,25
Implementação da Especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar.	3,45	5	1	4	1,19

Atendimento de utentes esporádicos / realização de atos esporádicos	3,41	5	1	3	1,22
Mobilidade dos Profissionais para a USF	3,33	5	1	3	1,31
Formação	3,31	5	1	4	1,26
Comunicação do ACES para a USF	3,24	5	1	3	1,28
Relacionamento com o Conselho Clínico e de Saúde do ACES	3,24	5	1	3	1,38
Violência contra os profissionais de saúde	3,19	5	1	3	1,28
Relacionamento com o Diretor Executivo dos ACES	3,14	5	1	3	1,41
Atividades Específicas	3,12	5	1	3	1,22
Inscrição de novos utentes/utentes “adormecidos”	3,04	5	1	3	1,32
Articulação com outras unidades do ACES	3,03	5	1	3	1,35
Acesso a programa de Acreditação	3,00	5	1	3	1,36
Método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais	2,86	5	1	3	1,57
Contratos precários com os profissionais	2,82	5	1	3	1,49
Carteiras Adicionais	2,64	5	1	3	1,34
Integração de USF em Unidades Locais de Saúde	2,54	5	1	2,5	1,39

B14 (USF não integradas em ULS) – 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					
	Media	Max	Min	Mediana	Desvio Padrao
Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, Kits de mãos livres)	4,34	5	1	5	1,17
Dimensão da lista de utentes	4,25	5	1	5	1,15
Incentivos Institucionais	4,16	5	1	5	1,16

Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	4,09	5	1	4	1,07
Equipamentos informáticos (que inclui Software e Hardware que se isolaram para saber qual o que representa um problema maior)	4,05	5	1	4	1,10
Software (programas informáticos de apoio à atividade e de registo)	4,05	5	1	4	1,11
Sistemas de Informação	4,04	5	1	4	1,06
Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	4,00	5	1	4	0,98
Formação	3,98	5	1	4	1,00
Acesso a informação importante para a tomada de decisões	3,97	5	1	4	1,02
Contratação de novos profissionais para os CSP	3,97	5	1	4	1,17
Substituição de profissionais em ausência prolongada	3,95	5	1	4	1,25
Incentivos Financeiros	3,89	5	1	4	1,24
Políticas de priorização dos CSP	3,87	5	1	4	1,18
Mobilidade dos Profissionais para a USF	3,83	5	1	4	1,26
Hardware (computadores, monitores, por ex.)	3,82	5	1	4	1,18
Instalações	3,78	5	1	4	1,21
Referenciação hospitalar	3,76	5	1	4	1,08
Contratualização	3,73	5	1	4	1,05
Implementação da Especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar.	3,71	5	1	4	1,11
Comunicação do ACES para a USF	3,59	5	1	4	1,24
Violência contra os profissionais de saúde	3,51	5	1	4	1,25
Atividades Específicas	3,51	5	1	4	1,06
Relacionamento com o Conselho Clínico e de Saúde do ACES	3,48	5	1	4	1,35
Inscrição de novos utentes/utentes “adormecidos”	3,47	5	1	3	1,28

Relacionamento com o Diretor Executivo dos ACES	3,40	5	1	4	1,38
Atendimento de utentes esporádicos / realização de atos esporádicos	3,35	5	1	3	1,33
Articulação com outras unidades do ACES	3,34	5	1	3	1,21
Acesso a programa de Acreditação	3,18	5	1	3	1,31
Método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais	3,14	5	1	3	1,54
Contratos precários com os profissionais	3,02	5	1	3	1,49
Carteiras Adicionais	2,80	5	1	3	1,31
Integração de USF em Unidades Locais de Saúde	2,32	5	1	2	1,22

A comparação da lista dos primeiros cinco problemas na opinião dos coordenadores das USF integradas ou não em ULS não resulta em grandes diferenças, realçando-se apenas que as USF integradas em ULS elegem o software com o principal problema, área que as não integradas em ULS remetem para a 6ª posição. No entanto, o mais interessante surge mais para baixo: nas USF integradas em ULS a referência hospitalar surge na 15ª posição (em 33 problemas; média 3,69 numa escala de 1 a 5) enquanto que nas não integradas surge em 18ª (média 3,76). Portanto, não parece haver uma grande diferença naquilo que seria esperado poder estar mais facilitado com a integração de gestão. Será que a integração da gestão não favorece a integração de cuidados, que é o grande objetivo destas alternativas de gestão? Por outro lado, para todas as USF a questão “Integração de USF em Unidades Locais de Saúde” é o problema menos valorizado de todos para uma resolução urgente, mas com uma média maior nas USF integradas em ULS (2,54) do que nas não integradas (2,32).

C. QUALIDADE

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

		2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018
A sua USF realizou ou iniciou o processo de acreditação?	Sim	12,2%	14,0%	14,3%	19,3%	19,7%
	Não	87,8%	86,0%	85,7%	80,7%	80,3%
A sua USF candidatou-se ao processo de acreditação?	Sim	-	7,8%	10,0%	6,7%	6,7%
	Não	-	92,2%	90,0%	93,3%	93,3%

C1.1 (Geral) - Se sim e ainda não iniciou, o que está a impedir?

		2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018
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%	11,1%
	Falta de aprovação da ARS?	43,5%	62,5%	31,8%	38,9%
	Falta de aprovação da DGS/DQS?	0,0%	4,2%	9,1%	0,0%
	Inexistência de financiamento?	21,7%	4,2%	18,2%	27,8%
	Desinteresse da equipa da sua USF?	13,0%	0,0%	0,0%	5,6%
	Outra	8,7%	20,8%	27,3%	16,7%

Ainda são poucas as USF que iniciaram ou terminaram processos de acreditação (19,7%), com o número a estabilizar em relação ao ano transato com um crescimento de apenas 0,4%, sendo, no entanto, este ano que é obtida a percentagem mais elevada. No que toca às USF que se candidataram apenas 6,7% o fizeram, sendo que este valor é idêntico ao do passado ano e também é o mais baixo de sempre. Destas, as que não iniciaram com motivo identificado, foi devido principalmente à falta de aprovação da ARS (38,9% um acréscimo de 7,1% face ao ano passado), seguindo-se a inexistência de financiamento (27,8%) e falta de aprovação pelo ACES (11,1%).

		ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
A sua USF realizou ou iniciou o processo de acreditação?	Sim	14,1%	25,5%	24,3%	25,0%	33,3%
	Não	85,9%	74,5%	75,7%	75,0%	66,7%
A sua USF candidatou-se ao processo de acreditação?	Sim	10,4%	5,3%	0,0%	11,1%	0,0%
	Não	89,6%	94,7%	100,0%	88,9%	100,0%

Analisando por ARS, a ARS Norte é aquela em que uma menor percentagem de USF realizou ou iniciou o processo de acreditação (14,1%). A ARS Algarve é por outro lado, aquela com maior percentagem – 33,3%.

Na ARS LVT e Algarve nenhuma USF referiu candidatar-se ao processo de acreditação. Na ARS Centro 5,3% referiram candidatar-se, um valor que sobe para 10,4% na ARS Norte e para 11,1% na ARS Alentejo.

Este panorama pode demonstrar não só um desinvestimento no processo de certificação das USF (50% das USF que se candidataram foram recusadas pelas ARS e ACES), como da desmotivação das equipas em integrar este processo (apenas 6.7% se candidataram ao processo de certificação).

		USF integradas em ULS	USF não integradas em ULS
A sua USF realizou ou iniciou o processo de acreditação?	Sim	24,1%	18,8%
	Não	75,9%	81,2%
A sua USF candidatou-se ao processo de acreditação?	Sim	9,1%	6,6%
	Não	90,9%	93,4%

Comparando as USF integradas em ULS com as restantes, denota-se uma percentagem superior de USF que realizaram ou iniciaram o processo de acreditação (24,1% vs 18,8%), tal como na percentagem de USF que se candidataram ao processo de acreditação.

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	17/18
Sim, para todas as áreas importantes	18,3%	26,2%	32,0%	45,1%	41,4%	55,3%	53,4%	51,8%	56,3%
Sim, para a maioria das áreas importantes	33,3%	35,0%	39,2%	33,8%	41,4%	31,4%	29,3%	31,6%	28,6%
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%	12,7%
Não, não tem nenhum	12,7%	8,7%	4,8%	3,0%	4,0%	2,3%	1,8%	3,8%	2,4%

	ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
Sim, para todas as áreas importantes	68,0%	45,1%	48,0%	16,7%	16,7%
Sim, para a maioria das áreas importantes	24,2%	35,3%	31,0%	50,0%	33,3%
Sim, mas apenas para um pequeno número das áreas importantes	7,7%	17,6%	14,0%	33,3%	41,7%
Não, não tem nenhum	0,0%	2,0%	7,0%	0,0%	8,3%

	USF integradas em ULS	USF não integradas em ULS
Sim, para todas as áreas importantes	58,6%	55,2%
Sim, para a maioria das áreas importantes	20,7%	29,9%
Sim, mas apenas para um pequeno número das áreas importantes	20,7%	12,2%
Não, não tem nenhum	0,0%	2,7%

A ARS Norte é aquela onde uma maior percentagem de USF tem manual de boas práticas/procedimentos para todas as áreas importantes (68%). Na ARS Alentejo e Algarve essa percentagem é de 16,7%. A ARS LVT com 7% e do Algarve com 8,3% são aquelas onde uma maior percentagem de USF não tem nenhum manual.

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	2017/2018
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%	51,1%
	Avaliação externa (pela ARS, ACES ou outra)	80,1%	73,4%	42,2%	74,0%

		ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
Na sua USF foi realizada alguma avaliação da satisfação dos cidadãos com os serviços prestados pela USF?	Avaliação interna (pela própria USF)	52,1%	64,6%	49,0%	20,0%	33,3%
	Avaliação externa (pela ARS, ACES ou outra)	81,0%	49,0%	80,0%	36,4%	50,0%

		USF integradas em ULS	USF não integradas em ULS
Na sua USF foi realizada alguma avaliação da satisfação dos cidadãos com os serviços prestados pela USF?	Avaliação interna (pela própria USF)	53,6%	50,6%
	Avaliação externa (pela ARS, ACES ou outra)	75,9%	73,7%

A ARS Alentejo e Algarve são aquelas onde uma menor percentagem de USF realizou avaliação dos cidadãos com os seus serviços. No que concerne a uma avaliação externa, as USF da ARS Norte e LVT são aquelas onde abrangeu uma percentagem superior de USF.

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

		2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018
Na sua USF foi realizada alguma avaliação da satisfação no trabalho dos profissionais?	Avaliação interna (pela própria USF)	56,2%	52,6%	56,1%	54,0%
	Avaliação externa (pela ARS, ACES ou outra)	57,6%	34,2%	30,3%	56,0%

		ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
Na sua USF foi realizada alguma avaliação da satisfação no trabalho dos profissionais?	Avaliação interna (pela própria USF)	55,8%	66,0%	51,0%	18,2%	33,3%
	Avaliação externa (pela ARS, ACES ou outra)	66,0%	34,0%	51,0%	27,3%	45,5%

		USF integradas em ULS	USF não integradas em ULS
Na sua USF foi realizada alguma avaliação da satisfação no trabalho dos profissionais?	Avaliação interna (pela própria USF)	57,1%	53,5%
	Avaliação externa (pela ARS, ACES ou outra)	46,4%	56,3%

Com exceção das ARS Centro e da ARS LVT, a avaliação externa foi realizada numa percentagem superior de unidades relativamente à avaliação interna da satisfação no trabalho dos profissionais.

A ARS Alentejo é aquela onde essa avaliação se fez em menor percentagem, quer analisando a avaliação interna, como a externa.

Relativamente à avaliação da satisfação no trabalho dos profissionais, quando comparadas USF integradas em ULS com as restantes, observamos que nas USF em ULS a avaliação interna decorrer numa percentagem ligeiramente superior à externa ao contrário do que aconteceu nas restantes USF. Por outro lado a percentagem de avaliação interna é superior nas USF integradas em ULS e a externa é superior nas restantes USF.

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)?

	2017/2018	
Diretor executivo do ACES	Sim	14,7%
	Não	85,3%
Conselho Clínico e de Saúde do ACES	Sim	13,8%
	Não	86,2%
UAG do ACES	Sim	9,3%
	Não	90,7%
Hospitais de referência	Sim	2,9%
	Não	97,1%
ARS	Sim	3,2%
	Não	96,8%
Outros: Quais?	Sim	1,4%
	Não	98,6%

Na área da qualidade, cerca de 85% das USF refere ter manuais de boas práticas para a maioria ou totalidade das áreas importantes, o que representa um crescimento de 2%. Ainda assim 2,4% 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, 51,1% das USF realizaram uma avaliação interna (pela própria USF) o que representa uma redução de 2% relativamente ao ano passado. No que toca à avaliação externa houve um aumento de cerca de 32%, atingindo um valor de 74%.

O número de USF que realizaram alguma avaliação interna da satisfação no trabalho dos profissionais desceu cerca de 2% para os 54%. No que toca a avaliação externa da satisfação no trabalho dos profissionais voltou a subir para os 56%, muito próximo dos valores de 2014/2015 (57,6%) o que representa um crescimento de cerca de 26%, face ao ano transato. No que se refere a avaliação de fornecedores de serviços das USF, denota-se a preocupação em avaliar os prestadores diretos mais próximos, ou seja dentro do ACES, mas também já a USF com despertadas com a avaliação de outros prestadores como os hospitais de referencia ou a ARS. No que toca ao diretor executivo, 14,7% das USF realizou a avaliação dos serviços prestados por este, seguido do conselho clínico e de saúde do ACES com 13,8% e da UAG com

9,3%. No que toca aos outros prestadores os valores são residuais, sendo de 3,2% e 2,9%, respetivamente para a ARS e para os hospitais de referencia. Pouco mais de 1% das USF realizaram avaliação a outros prestadores, nomeadamente empresa de limpeza e segurança.

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	17/18
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%	8,6%
	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%	91,4%

Nota: Na versão do estudo referente ao ano 2018 o Sistema Informático “Vitacare” foi retirado do questionário por não ser mais utilizado

De registar a eliminação do Vitacare deste questionário, por em 2018 nenhuma USF estar a usar esta aplicação informática.

Apenas 8,6% das USF usam uma aplicação informática diferente do SCLínico, neste caso o M1, contra os 23% registados em 2010/2011. Não se pode deixar de referir que a quebra dos contratos com os concorrentes do SCLínico tem sido a responsável pela hegemonia progressiva do SCLínico.

D2 (Geral) Só para quem respondeu SCLínico na pergunta D1*:

		17/18
Sendo actualmente utilizador do Sclinico, teve nos últimos 5 anos outra aplicação informática de apoio à prática clínica?	Medicine One	3,6%
	Vitacare	1,5%

* Nova questão. Inserida na versão 2017/2018 do estudo.

D2.1. (Geral) Se já teve outra aplicação informática anteriormente ao SCLínico e nos últimos 5 anos, como compara as duas aplicações informáticas em termos da sua utilidade para a prática diária:

		17/18
Se já teve outra aplicação informática anteriormente ao SCLínico e nos últimos 5 anos, como compara as duas aplicações informáticas em termos da sua utilidade para a prática diária:	SCLínico é muito melhor que a aplicação anterior	6,25%
	SCLínico é melhor que a aplicação anterior	37,50%
	Não há diferenças importantes entre o SCLínico e a aplicação anterior	12,50%
	SCLínico é pior que a aplicação anterior	25,00%
	SCLínico é muito pior que a aplicação anterior	18,75%

Dos respondentes, 44% referem que o SCLínico é melhor ou muito melhor que a aplicação anterior. Da mesma forma 44% dos respondentes referem que o SCLínico é pior ou muito pior que a aplicação anterior e 12,5% que não há diferenças entre elas.

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	17/18
Medicine One	Insatisfeito ou Muito insatisfeito	31,3%	0,0%	8,3%	11,2%	5%	41,2%	30,3%	24,39%	35,03%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	18,8%	8,3%	16,7%	11,1%	0%	11,8%	9,1%	14,63%	18,45%
	Satisfeito ou Muito satisfeito	50,0%	91,7%	75,0%	77,8%	95%	47,1%	60,6%	60,98%	46,52%
SAM/SAPE/ SClinico	Insatisfeito ou Muito insatisfeito	47,6%	53,8%	35,2%	45,8%	54,9%	41,0%	40,9%	44,30%	37,13%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	19,4%	15,0%	19,4%	13,1%	17,7%	21,0%	21,9%	19,46%	19,88%
	Satisfeito ou Muito satisfeito	33,0%	31,3%	45,4%	41,1%	27,4%	38,0%	37,2%	36,24%	42,98%

D4 (Geral) - A sua USF tem acesso à PEM?

		2015/2016	2016/2017	2017/2018
A sua USF tem acesso à PEM?	Sim	97,9%	99,7%	100,0%
	Não	2,1%	0,3%	0,0%

D5 (Geral) - Em relação à aplicação PEM, e de um modo geral, considera que está: (respostas agrupadas)

		13/14	14/15	15/16	16/17	17/18
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%	49,87%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	11,4%	20,1%	19,3%	19,0%	19,30%
	Satisfeito ou Muito satisfeito	5,7%	26,4%	27,0%	25,5%	30,83%

A satisfação com a PEM tem vindo a aumentar, mas ainda assim com valores muito baixos (30,83% das USF satisfeitas ou muito satisfeitas) atendendo que se trata de uma aplicação instalada em 100% das USF e sem concorrência.

D6 (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	2017/2018
Em relação à aplicação informática Alert P1, e de um modo geral, considera que está	Muito insatisfeito/a	11,7%	9,89%
	Insatisfeito/a	26,4%	27,81%
	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	26,4%	29,95%
	Satisfeito/a	34,3%	30,48%
	Muito satisfeito/a	1,2%	1,87%

D7 (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	17/18
Em relação à aplicação informática Alert P1, e de um modo geral, considera que está	Insatisfeito ou Muito insatisfeito	51,9%	35,0%	27,1%	45,8%	23,7%	35,8%	37,5%	38,1%	37,70%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	25,6%	33,0%	27,9%	22,9%	29,9%	24,8%	26,5%	26,4%	29,95%
	Satisfeito ou Muito satisfeito	22,5%	32,0%	45,0%	31,3%	46,4%	39,4%	36,0%	35,5%	32,35%

Entre 2013 e 2018, 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; 35,5% em 2016/2017; e 32,35% em 2017/2018). Por sua vez a Insatisfação tem aumentado de forma gradual desde 2013/2014, tendo uma redução pouco significativa (0,4%) face à avaliação anterior.

D8 (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	17/18
Em relação à PDS, e de um modo geral, considera que está	Insatisfeito ou Muito insatisfeito	-	-	-	-	-	43,9%	40,9%	36,1%	38,54%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	-	-	-	-	-	23,2%	19,2%	19,1%	20,75%
	Satisfeito ou Muito satisfeito	-	-	-	-	-	32,9%	39,9%	44,8%	40,70%

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

Há uma diminuição da satisfação com o PDS (cerca de 4%), passando dos 44,8% de 2016/2017 para os 40,70% este ano. Importa referir que a insatisfação aumentou em quase 2,5% para os 38,54%, contrariando a tendência geral dos anos anteriores.

D9 (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	2017/2018
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%	48,04%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	43,5%	25,8%	37,99%
	Satisfeito ou Muito satisfeito	19,8%	11,5%	13,97%

O GestCare voltou a melhor no que toca à satisfação (13,97%) face ao ano anterior (11,5%), mas ainda assim longe dos 19,8% de 2015/2016, com os insatisfeitos a reduzir, mas essa redução (aproximadamente 14,5%) a não ter tradução na satisfação e esses respondentes a situarem-se ao centro, nem satisfeitos/nem insatisfeitos.

D10 (Geral) - Em relação a ter acesso à plataforma SIIMA RASTREIOS e de um modo geral, considera que está:

		2017/2018
Em relação a ter acesso à plataforma SIIMA RASTREIOS considera que está:	Insatisfeito ou Muito insatisfeito	42,49%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	27,76%
	Satisfeito ou Muito satisfeito	29,75%

No que toca ao Siima Rastreios a insatisfação destaca-se com 42,49% dos respondentes a sentirem insatisfeitos ou muito insatisfeitos com esta aplicação.

D11 (Geral) - Em relação a ter acesso à plataforma Vacinas e de um modo geral, considera que está:

		2017/2018
Em relação a ter acesso à plataforma Vacinas considera que está:	Insatisfeito ou Muito insatisfeito	31,50%
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	28,44%
	Satisfeito ou Muito satisfeito	40,06%

A plataforma Vacinas tem 40,6% dos respondentes satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua utilização. Ainda assim convém destacar que 31,5% estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos e que 28,44% estão nem satisfeito/nem insatisfeito.

D12 (Geral) – Durante o ano de 2017, 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	17/18
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%	2,43%
	Sim, três a dez vezes	39,4%	33,6%	27,4%	24,9%	30,7%	26,1%	20,2%	26,42%
	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%	40,70%
	Sim, mais de cinquenta vezes**	-	-	-	-	27,2%	28,6%	37,2%	30,46%
	Não	3,9%	7,8%	3,7%	0,5%	0,3%	0%	0,3%	0%

* 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

		ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
A sua USF ficou alguma vez sem acesso às aplicações informáticas?	Sim, uma a duas vezes	2,58%	1,96%	2,00%	0%	8,33%
	Sim, três a dez vezes	25,26%	43,14%	22,00%	16,67%	16,67%
	Sim, onze a cinquenta vezes	41,24%	31,37%	39,00%	66,67%	66,67%
	Sim, mais de cinquenta vezes	30,93%	23,53%	37,00%	16,67%	8,33%
	Não	0%	0%	0%	0%	0%

D12.1(Geral) - Se SIM, na maioria das vezes, em quanto tempo o problema foi resolvido

	2017/2018
No mesmo dia e sem atrasos importantes	10,33%
No mesmo dia, mas com atrasos importantes	71,20%
No dia seguinte	10,05%
48h ou mais	8,42%

	ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
No mesmo dia e sem atrasos importantes	9,90%	16,00%	7,00%	8,33%	25,00%
No mesmo dia, mas com atrasos importantes	71,88%	62,00%	73,00%	91,67%	58,33%
No dia seguinte	8,85%	16,00%	10,00%	0,00%	16,67%
48h ou mais	9,385	6,00%	10,00%	0,00%	0,00%

Fazendo a análise por ARS, os problemas informáticos, nomeadamente a perda de acesso às mesmas parece ser mais frequente nas USF da ARS Norte, Centro e LVT e o tempo de resolução mais demorado nessas mesmas ARS.

D13 (Geral) – Não ter tido acesso às aplicações informáticas perturbou a qualidade dos cuidados que a USF prestou?

	2017/2018
Sim	95,68%
Não	4,32%

A totalidade dos respondentes ficou alguma vez sem acesso às aplicações informáticas durante o período 2017 / 2018. Em 71% dos casos a unidade ficou mais de dez vezes sem acesso às aplicações informáticas, sendo que destas 30,46% das USF ficaram sem sistema mais de 50 vezes! Ainda assim denota-se uma melhoria face ao ano anterior na ordem de grandeza de cerca de 7%. A maioria das interrupções no acesso às aplicações informáticas ficou resolvida no mesmo dia (71,2%), mas com atrasos importantes. Cerca de 10% no dia seguinte e 8,42% em 48 horas ou mais. Importa refletir no impacto económico, social e de segurança do utente que as interrupções implicam. Por fim, importa ainda referir que 95,68% dos respondentes, considera que “não ter tido acesso às aplicações informáticas perturbou a qualidade dos cuidados que a USF prestou”.

D14 (Geral) – A sua USF tem quiosque informático interativo de atendimento aos utentes?

		2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018
A sua USF tem quiosque informático interativo de atendimento aos utentes?	Sim	21,4%	19,2%	17,3%	19,3%	19,14%
	Não	78,6%	80,8%	82,7%	80,7%	80,86%

		ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
A sua USF tem quiosque informático interativo de atendimento aos utentes?	Sim	6,25%	21,57%	34,31%	16,67%	83,33%
	Não	93,75%	78,43%	65,69%	83,33%	16,67%

A ARS Norte é aquela onde uma menor percentagem de USF possui quiosque informático interativo de atendimento aos utentes (6,25%), seguida ARS Alentejo (16,67%). No Algarve 83,33% dos respondentes referiu que a USF possui quiosque.

D14.1. (Geral) Se SIM. Durante o ano de 2017, o quiosque informático interativo de atendimento aos utentes funcionou?

	2017/2018
6 meses ou mais	68,25%
Menos de 6 meses	31,75%

A maioria das USF não tem quiosque informático interativo de atendimento aos utentes. A percentagem de USF com quiosque em 2017/2018 (19,14%) é sobreponível a 2016/2017 (19,3%).

Das USF que têm quiosque (19,14%), apenas 68,25% tiveram o quiosque a funcionar em 2017 mais de 6 meses. Estes resultados levam-nos a inferir que não houve qualquer investimento por parte da tutela nesta área.

D15 (Geral e Por Aplicação- continuação)				
		2017/2018		
		Total (%)	Medicine One (%)	SAM/SAPE/SCLínico (%)
PEM	Muito insatisfeito	15,82	12,90	16,08
	Insatisfeito	34,05	25,81	34,80
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	19,30	16,13	19,59
	Satisfeito	28,15	35,48	27,49
	Muito satisfeito	2,68	9,68	2,05
ALERT P1	Muito insatisfeito	9,89	3,13	10,53
	Insatisfeito	27,81	28,13	27,78
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	29,95	25,00	30,41
	Satisfeito	30,48	37,50	29,82
	Muito satisfeito	1,87	6,25	1,46
PDS	Muito insatisfeito	9,70	15,63	9,14
	Insatisfeito	28,84	31,25	28,61
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	20,75	15,63	21,24
	Satisfeito	33,69	28,13	34,22

	Muito satisfeito	7,01	9,38	6,78
	Muito insatisfeito	18,44	11,11	18,82
	Insatisfeito	29,61	33,33	29,41
GESTCARE	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	37,99	11,11	39,41
	Satisfeito	12,85	22,22	12,35
	Muito satisfeito	1,12	22,22	0,00
	Muito insatisfeito	14,16	13,33	14,24
	Insatisfeito	28,33	16,67	29,41
SIIMA RASTREIOS	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	27,76	30,00	27,55
	Satisfeito	27,48	36,67	26,63
	Muito satisfeito	2,27	3,33	2,17
	Muito insatisfeito	10,70	8,00	10,93
	Insatisfeito	20,80	32,00	19,87
Vacinas	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	28,44	32,00	28,15
	Satisfeito	35,78	16,00	37,42
	Muito satisfeito	4,28	12,00	3,64

Quanto à satisfação com a interoperabilidade entre os diversos sistemas de informação no geral os respondentes encontram-se mais satisfeitos e muito satisfeitos com a PDS (40,70%), embora com valores próximos dos insatisfeitos ou muito insatisfeitos (37,54%), seguido do Vacinas com valores de satisfação (satisfeitos e muito satisfeitos) na ordem também dos 40%, mas com valores de insatisfação (insatisfeitos e muito insatisfeitos) na ordem dos 31,5%. No que toca às restantes aplicações a insatisfação supera a satisfação, chegando a atingir valores de quase 50%, como é o caso do Gestcare, em que apenas 13,97% dos respondentes se encontram satisfeito e muito satisfeitos.

Quando efetuamos a mesma análise por aplicação de apoio à consulta (M1 e SClínico) verifica-se que os utilizadores com M1 encontram-se mais satisfeitos com a PEM (satisfação – 45,16%; insatisfação - 37,71%), seguido do Gestcare (embora com empate entre a satisfação e a insatisfação – 44,44%) e em terceiro lugar com o Siima rastreios sendo nesta aplicação que a satisfação é mais expressiva face à insatisfação (satisfação – 40%; insatisfação – 30%). Para os utilizadores do SClínico, pelo contrário, é a plataforma Vacinas que acolhe mais satisfação (41,06%), sendo esta também a que tem valor mais expressivo, face à insatisfação (30,80%),

seguida da PDS (satisfação 41%; insatisfação – 37,75%) e em terceiro o Alert P1 (31,28%), mas neste caso a insatisfação supera a satisfação com 38,31%.

Estes resultados surpreendem no que toca à PEM que acolhe sentimentos contraditórios entre os utilizadores do M1 e do SClínico, sendo para os primeiros a aplicação que maior valor de satisfação apresenta (45,16%) e para os segundos a aplicação que acolhe maior valor de insatisfeitos (50,88%).

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	2017/2018
		(%)	(%)	(%)
Diretor Executivo do ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	4,6	6,38	8,20
	Insatisfeito	12,5	11,55	11,75
	Nem satisfeito nem insatisfeito	22,1	25,53	26,50
	Satisfeito	42,5	41,34	37,16
	Muito satisfeito	18,2	15,20	16,39
Conselho Clínico e de Saúde do ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	7,9	6,61	7,22
	Insatisfeito	15,4	15,02	13,90
	Nem satisfeito nem insatisfeito	27,1	25,83	30,21
	Satisfeito	36,1	42,34	35,83
	Muito satisfeito	13,6	10,21	12,83
UAG (Unidades de Apoio à Gestão) do ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	10,0	7,42	9,70
	Insatisfeito	15,4	19,29	20,49
	Nem satisfeito nem insatisfeito	31,8	27,60	31,54
	Satisfeito	32,9	38,87	32,35
	Muito satisfeito	10,0	6,82	5,93
URAP (Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados) do ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	3,9	2,99	4,34
	Insatisfeito	16,1	17,61	16,53
	Nem satisfeito nem insatisfeito	40,0	37,91	36,59
	Satisfeito	36,8	37,61	37,94
	Muito satisfeito	3,2	3,88	4,61
USP (Unidade de Saúde Pública) do ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	1,4	2,97	3,22
	Insatisfeito	10,4	8,61	10,72
	Nem satisfeito nem insatisfeito	42,3	40,65	39,68
	Satisfeito	37,6	40,95	40,48
	Muito satisfeito	8,2	6,82	5,90
UCC (Unidades de Cuidados na Comunidade) do ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	4,4	4,57	2,73
	Insatisfeito	12,8	11,89	10,93
	Nem satisfeito nem insatisfeito	37,4	31,10	35,25

		2015/2016	2016/2017	2017/2018
		(%)	(%)	(%)
UCSP (Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados) do ACES a que pertence a minha USF*	Satisfeito	36,3	44,51	42,62
	Muito satisfeito	9,2	7,93	8,47
	Muito insatisfeito	-	-	10,34
	Insatisfeito	-	-	12,76
	Nem satisfeito nem insatisfeito	-	-	53,10
	Satisfeito	-	-	19,66
Outras USF do ACES a que pertence a minha USF*	Muito satisfeito	-	-	4,14
	Muito insatisfeito	-	-	1,89
	Insatisfeito	-	-	3,46
	Nem satisfeito nem insatisfeito	-	-	46,86
	Satisfeito	-	-	40,25
	Muito satisfeito	-	-	7,55

* Questões inseridas nesta versão do estudo

Destaca-se a quebra continuada, ainda que lenta, da satisfação (satisfeitos ou muito satisfeitos) para com o diretor executivo que voltou a cair, situando-se atualmente nos 53,55%, face a 2015/2016 com 60,7% (máximo histórico). Também a insatisfação (insatisfeitos ou muito insatisfeitos) tem vindo gradualmente a crescer, tendo este ano atingido o máximo histórico de quase 20 %.

Em 2016/2017 a satisfação com o Conselho Clínico de Saúde cresceu, mas este ano voltou a cair (48,66%) para valores abaixo dos registados em 2015/2016 (49,7%).

De realçar que os 2 novos itens introduzidos este ano permitem-nos realçar que a insatisfação com outras USF do ACES é mínima, a mais baixa de todas as unidades (5,35%) e que a satisfação com as UCSP do ACES é a mais baixa, relativamente a todas as unidades (23,80%) . Também nos permite supor que existe pouca interação com as USF e UCSP do ACES atendendo que mais de metade dos respondentes não têm opinião sobre as UCSP do seu ACES (53,10%) e quase metade (46,86%) não têm opinião sobre as outras USF do seu ACES.

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

		2017/2018 (%)				
		ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
Diretor Executivo do ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	8,02	15,69	3,88	8,33	18,18
	Insatisfeito	9,09	17,65	13,59	8,33	18,18
	Nem satisfeito nem insatisfeito	23,53	27,45	31,07	41,67	9,09
	Satisfeito	40,11	29,41	36,89	25,00	45,45
	Muito satisfeito	19,25	9,80	14,56	16,67	9,09
Conselho Clínico e de Saúde do ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	5,67	13,73	3,88	16,67	25,00
	Insatisfeito	12,89	9,80	15,53	25,00	25,00
	Nem satisfeito nem insatisfeito	22,16	43,14	38,83	33,33	25,00
	Satisfeito	43,81	29,41	28,16	25,00	16,67
	Muito satisfeito	15,46	3,92	13,59	0,00	8,33
UAG (Unidades de Apoio à Gestão) do ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	6,25	17,65	7,84	16,67	41,67
	Insatisfeito	19,79	19,61	22,55	25,00	16,67
	Nem satisfeito nem insatisfeito	29,17	45,10	30,39	33,33	16,67
	Satisfeito	36,98	17,65	32,35	25,00	25,00
	Muito satisfeito	7,81	0,00	6,86	0,00	0,00
URAP (Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados) do ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	4,19	5,88	1,96	16,67	9,09
	Insatisfeito	18,32	17,65	13,73	16,67	9,09
	Nem satisfeito nem insatisfeito	32,46	41,18	38,24	58,33	45,45
	Satisfeito	38,74	35,29	41,18	8,33	36,36
	Muito satisfeito	6,28	0,00	4,90	0,00	0,00
UCSP (Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados) do ACES a que pertence a minha USF*	Muito insatisfeito	7,38	11,43	13,79	14,29	20,00
	Insatisfeito	9,40	5,71	20,69	14,29	20,00
	Nem satisfeito nem insatisfeito	53,02	60,00	48,28	71,43	60,00
	Satisfeito	26,17	22,86	10,34	0,00	0,00
	Muito satisfeito	4,03	0,00	6,90	0,00	0,00
Outras USF do ACES a que pertence a minha USF*	Muito insatisfeito	1,74	0,00	0,00	27,27	0,00
	Insatisfeito	2,91	0,00	7,14	0,00	0,00
	Nem satisfeito nem insatisfeito	44,77	53,85	45,24	54,55	50,00
	Satisfeito	42,44	43,59	38,10	18,18	40,00
	Muito satisfeito	8,14	2,56	9,52	0,00	10,00

* Questões inseridas nesta versão do estudo

E2 (Por ARS - continuação)

		2017/2018 (%)				
		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	2,58	3,92	3,88	8,33	0,00
	Insatisfeito	10,82	7,84	12,62	8,33	9,09
	Nem satisfeito nem insatisfeito	34,02	43,14	45,63	41,67	63,64
	Satisfeito	45,88	43,14	31,07	41,67	18,18
	Muito satisfeito	6,70	1,96	6,80	0,00	9,09
UCC (Unidades de Cuidados na Comunidade) do ACES a que pertence a minha USF	Muito insatisfeito	2,07	1,96	4,12	8,33	0,00
	Insatisfeito	10,88	11,76	12,37	8,33	0,00
	Nem satisfeito nem insatisfeito	39,38	25,49	31,96	41,67	27,27
	Satisfeito	39,90	54,90	39,18	33,33	72,73
	Muito satisfeito	7,77	5,88	12,37	8,33	0,00

A satisfação (satisfeitos ou muito satisfeitos) é em todas as áreas superior na ARS Norte, com exceção da UCC, sendo nesta unidade, que se regista o valor mais elevado de satisfação ao nível da ARS do Algarve com 72,73%.

No que se refere às UCSP e USF os valores de nem satisfeito/nem insatisfeito rodam em ambos os casos os 50%, sendo que no caso das USF os valores de satisfação são ligeiramente mais altos.

Quanto aos órgãos de gestão e apoio à gestão: diretor executivo, conselho clínico e da saúde e unidade de apoio à gestão, os valores de satisfação são mais elevados na ARS Norte, nos dois primeiros casos com valores próximos dos 60% e no terceiro com valores que rondam os 45%.

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

	2015	2016	2017
Sim	91,7%	92,8%	89,5%
Não	8,3%	7,2%	10,5%

E4 (Geral) – O ACES a que a sua USF pertence tem o relatório de atividade para o ano de*?

	2014	2015	2016
--	------	------	------

Sim	94,7%	90,1%	87,3%
Não	5,3%	9,9%	12,7%

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

E5 (Geral) –Se respondeu “Sim”, o relatório de atividade do ACES de 2016 foi discutido entre a sua USF e o Conselho Executivo do ACES?

	2014	2015	2016
Sim	29,7%	34,4%	33,8%
Não	70,3%	65,6%	66,2%

E6 (Geral) - Em 2017, o plano de ação da sua USF foi discutido com o Conselho Executivo do ACES a que a sua USF pertence?

	2015/2016	2016/2017	2017/2018
Sim	35,0%	38,2%	83,1%
Não	65,0%	61,8%	16,9%

Os anos de 2017/18 registam uma inversão face aos anteriores no que toca aos ACES com plano de desempenho, aliás em 2017 regista-se o valor mais baixo, com 10,5 dos respondentes a afirmarem que o ACES a que a sua USF pertence não tem plano de desempenho.

O mesmo sucede com o relatório de atividades, em que 12,7% dos respondentes a afirmarem que o ACES a que as suas USF pertencem não têm relatório de atividades do ano de 2016. Quanto à discussão do relatório de atividades do ACES com a USF, também aqui se regista uma redução dos ACES que efetuaram a discussão dos relatórios com as equipas, ainda que ligeiro (inferior a 1%) face ao ano anterior (2015 – 65,6%; 2016 – 66,2%).

No que toca ao plano de ação importa referir que com a introdução do PAUF e a alteração da metodologia da contratualização levou a maioria dos ACES a inverter a sua atuação nesta área. Assim passamos de 35% e 38% em 2015/2016 e 2016/2017, respectivamente para 83,1% dos respondentes a afirmarem que o seu plano de ação foi discutido com o Conselho Executivo do ACES.

E7 (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	2017/2018
O nível de autonomia que o seu ACES tem para gerir a atividade do ACES deveria ser	O atual	4,9%	8,9%	5,14%
	Maior que o atual	91,6%	85,9%	90,00%
	Menor que o atual	3,4%	5,1%	4,86%

E8 (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	2017/2018
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%	93,3%
	Não	11,8%	8,5%	6,7%

E9 (Por USF integradas em ULS/ USF não integradas em ULS) – Em relação ao nível de autonomia que o seu ACES tem para gerir a atividade do ACES considera que este deveria ser:

		ULS	Não ULS
O nível de autonomia que o seu ACES tem para gerir a atividade do ACES deveria ser	O atual	3,45%	5,06%
	Maior que o atual	93,10%	89,87%
	Menor que o atual	3,45%	5,06%

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?

		ULS	Não ULS
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	93,1%	93,5%
	Não	6,9%	6,5%

No que se refere à **autonomia real** vs **autonomia desejada**, 90% dos coordenadores considera que o ACES deveria ter uma **autonomia maior da que tem atualmente**, um aumento de mais

4% que em 2016/2017, sendo que praticamente não há diferenças entre as USF integradas em ULS e as que não estão. Na mesma linha, 93,3% dos coordenadores considera que **a autonomia do ACES afeta a autonomia da USF**, representando um aumento de quase 2% face ao ano passado e 5% face a 2015/2016.

E11.(Geral) - No ACES em que se insere a sua USF existem os seguintes recursos:

	2017/2018	
	Sim (%)	Não (%)
Consulta de Psicologia	92,45	7,55
Consulta de Nutrição	77,26	22,74
Consulta de Medicina Dentária	37,03	62,97
Consulta de higienista oral	44,17	55,83
Técnico de Cardiopneumologia (realização de espirometrias e ECG's no ACeS)	34,14	65,86
UCC	97,85	2,15
Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	95,39	4,61
Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)	35,38	64,62
Equipa de reabilitação domiciliária (ECCI de reabilitação)	76,12	23,88
Consulta de cessação tabágica	84,38	15,62
ELI (Equipas Locais de intervenção)	85,37	14,63
Saúde Pública	97,84	2,16
Serviço Social	97,84	2,16

Os recursos identificados como existentes em maior número nos ACES dos respondentes são as UCC (97,85%), seguidas da **saúde pública** e do **serviço social** (ambos com 97,84%) e a **ECCI** com 95,39%. Por outro lado, os identificados como em menor número são o **técnico de cardiopneumologia** (34,14%), as **equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos** e **consulta de medicina dentária** (35,38%).

E12. (Por ARS) - No ACES em que se insere a sua USF existem os seguintes recursos:

2017/2018										
	ARS Norte		ARS Centro		ARS LVT		ARS Alentejo		ARS Algarve	
	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)
Consulta de Psicologia	91,15	8,85	98,00	2,00	97,09	2,91	75,00	25,00	92,45	7,55
Consulta de Nutrição	96,88	3,13	91,49	8,51	29,00	71,00	91,67	8,33	77,26	22,74
Consulta de Medicina Dentária	17,10	82,90	36,00	64,00	70,59	29,41	33,33	66,67	37,03	62,97
Consulta de higienista oral	14,21	85,79	48,00	52,00	90,29	9,71	75,00	25,00	44,17	55,83
Técnico de Cardiopneumologia (realização de espirometrias e ECGs no ACeS)	26,80	73,20	6,00	94,00	54,90	45,10	33,33	66,67	34,14	65,86
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade	98,96	1,04	100	0,00	95,10	4,90	91,67	8,33	97,85	2,15
Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	97,93	2,07	91,84	8,16	93,14	6,86	91,67	8,33	95,39	4,61
Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)	27,84	72,16	31,82	68,18	43,88	56,12	80,00	20,00	35,38	64,62
Equipa de reabilitação domiciliária (ECCI de reabilitação)	88,77	11,23	73,33	26,67	60,00	40,00	63,64	36,36	76,12	23,88
Consulta de cessação tabágica	83,60	16,40	77,08	22,92	89,22	10,78	66,67	33,33	84,38	15,62
ELI (Equipas Locais de intervenção)	93,96	6,04	75,68	24,32	74,49	25,51	55,56	44,44	85,37	14,63
Saúde Pública	97,93	2,07	97,96	2,04	99,03	0,97	83,33	16,67	97,84	2,16
Serviço Social	99,48	0,52	100	0,00	94,17	5,83	91,67	8,33	97,84	2,16

A ARS LVT é a que de um modo geral obtém os melhores resultados relativos, tendo os valores mais elevados das outras profissões da Saúde / consultas / serviços existentes, no que se refere a saúde pública (99,03%), consulta de higienista oral (90,29%), consulta de cessação tabágica (89,22%), consulta de medicina dentária (70,59%) e técnico de cardiopneumologia (54,9%).

A ARS Alentejo, por sua vez, é a que de um modo geral obtém os piores resultados relativos, tendo os valores mais baixos das outras profissões da Saúde / consultas / serviços existentes, nomeadamente na unidade de cuidados na comunidade (91,67%), equipa de cuidados continuados integrados (91,67%), serviço social (91,67%), saúde pública (83,33%), consulta de psicologia (75%), consulta de cessação tabágica (66,67%), equipas locais de intervenção (55,56%) e consulta de medicina dentária (33,33%).

Importa ainda destacar, o valor mais baixo registado que se refere aos técnicos de cardiopneumologia (54,9%) na ARS Centro com apenas 6% e o valor mais elevado que se refere ao serviço social na ARS Centro com 100%.

E13. (Geral) - Enquanto coordenador de uma USF como classifica a satisfação da sua equipa na articulação com as diferentes estruturas clínicas do seu ACES?

	Muito insatisfeito/a (%)	Insatisfeito/a (%)	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a (%)	Satisfeito/a (%)	Muito satisfeito/a (%)
Consulta de Psicologia	12,87	24,56	25,15	31,87	5,56
Consulta de Nutrição	11,35	23,76	24,11	35,11	5,67
Consulta de Medicina Dentária	10,69	22,90	33,59	22,90	9,92
Consulta de higienista oral	7,79	11,69	27,27	42,86	10,39
Técnico de Cardiopneumologia (realização de espirometrias e ECGs no ACeS)	5,79	13,22	23,97	44,63	12,40
UCC– Unidade de Cuidados na Comunidade	1,94	10,53	32,96	47,37	7,20
Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	2,01	12,36	31,32	47,41	6,90
Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)	0,89	10,71	34,82	42,86	10,71
Equipa de reabilitação domiciliária (ECCI de reabilitação)	2,33	10,89	33,46	47,47	5,84
Consulta de cessação tabágica	5,05	10,44	34,01	43,43	7,07
ELI (Equipas Locais de intervenção)	3,32	5,90	46,13	40,96	3,69
Saúde Pública	3,33	8,06	32,22	49,17	7,22
Serviço Social	2,50	9,17	26,39	49,44	12,50

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** (61,94%), **técnico de cardiopneumologia** (57,03%) e **saúde pública** (56,39%). No que toca à Insatisfação (Insatisfeito e Muito Insatisfeito) indicam sentir-se mais insatisfeitos com a

consulta de **psicologia** (37,43%), a consulta de **nutrição** (35,11%) e a consulta de **medicina dentária** (23,59%).

E14.(USF integradas em ULS/ USF não integradas em ULS) - No ACES em que se insere a sua USF existem os seguintes recursos:

	USF integradas em ULS		USF não integradas em ULS	
	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)
Consulta de Psicologia	62.1	37.9	94.9	5.1
Consulta de Nutrição	93.1	6.9	75.7	24.3
Consulta de Medicina Dentária	37.9	62.1	36.8	63.2
Consulta de higienista oral	27.6	72.4	45.6	54.4
Técnico de Cardiopneumologia (realização de espirometrias e ECG's no ACeS)	72.4	27.6	30.7	69.3
UCC	96.6	3.4	97.9	2.1
Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	89.7	10.3	95.8	4.2
Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)	82.1	17.9	30.6	69.4
Equipa de reabilitação domiciliária (ECCI de reabilitação)	79.3	20.7	75.9	24.1
Consulta de cessação tabágica	37.9	62.1	88.4	11.6
ELI (Equipas Locais de intervenção)	76	24	86.2	13.8
Saúde Pública	100	0	97.6	2.4
Serviço Social	96.4	3.6	97.9	2.1

E15. (USF integradas em ULS) - Enquanto coordenador de uma USF como classifica a satisfação da sua equipa na articulação com as diferentes estruturas clínicas do seu ACES?

	Muito insatisfeito/a	Insatisfeito/a	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	Satisfeito/a	Muito satisfeito/a
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Consulta de Psicologia	16.67	16.67	27.78	38.89	0
Consulta de Nutrição	0	18.52	14.81	55.56	11.11
Consulta de Medicina Dentária	9.09	18.18	36.36	27.27	9.09
Consulta de higienista oral	0	12.5	0	75	12.5
Técnico de Cardiopneumologia (realização de espirometrias e ECGs no ACeS)	0	14.29	33.33	33.33	19.05
UCC– Unidade de Cuidados na Comunidade	0	14.29	25	46.43	14.29
Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	0	11.54	23.08	53.85	11.54
Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)	0	4.35	13.04	65.22	17.39
Equipa de reabilitação domiciliária (ECCI de reabilitação)	0	4.55	22.73	63.64	9.09
Consulta de cessação tabágica	0	9.09	9.09	81.82	0
ELI (Equipas Locais de intervenção)	0	0	42.11	52.63	5.26
Saúde Pública	3.57	3.57	25	64.29	3.57
Serviço Social	3.7	18.52	18.52	40.74	18.52

E16. (USF não integradas em ULS) - Enquanto coordenador de uma USF como classifica a satisfação da sua equipa na articulação com as diferentes estruturas clínicas do seu ACES?

	Muito insatisfeito/a	Insatisfeito/a	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	Satisfeito/a	Muito satisfeito/a
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Consulta de Psicologia	12.62	24.92	25.55	31.55	5.36
Consulta de Nutrição	12.45	24.5	24.9	33.33	4.82
Consulta de Medicina Dentária	11.11	23.93	33.33	21.37	10.26
Consulta de higienista oral	8.39	11.89	29.37	40.56	9.79
Técnico de Cardiopneumologia (realização de espirometrias e ECGs no ACeS)	7.22	12.37	22.68	46.39	11.34
UCC– Unidade de Cuidados na Comunidade	2.15	10.12	34.05	47.55	6.13
Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	2.22	12.34	32.28	47.15	6.01
Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)	1.16	12.79	40.7	37.21	8.14
Equipa de reabilitação domiciliária (ECCI de reabilitação)	2.61	11.74	33.91	46.09	5.65
Consulta de cessação tabágica	5.34	10.68	34.88	41.64	7.47
ELI (Equipas Locais de intervenção)	3.64	6.07	46.96	39.68	3.64
Saúde Pública	3.38	8.31	33.23	48	7.08
Serviço Social	2.45	8.59	26.99	50.31	11.66

São dois perfis diferentes de serviços entre as USF integradas ou não em ULS. Nas não integradas em ULS há mais frequentemente consultas de psicologia, higienista oral ou consultas de cessação tabágica ou Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Nestas, a satisfação é maior do que a insatisfação para todas as valências, mas um pouco menos para as consultas de psicologia, medicina dentária e nutrição. Nas que fazem parte de ULS, há mais frequentemente equipas de cuidados paliativos, consultas de nutrição ou técnicos de

cardiopneumologia. Nestas, a satisfação é maior que a insatisfação, sendo apenas um pouco menos vincada para as consultas de psicologia. De um modo geral há maior satisfação com estas valências nas USF integradas em ULS do que nas não integradas.

F. INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

F1 (Geral) – A USF onde trabalha apresenta os itens listados, em condições para a atividade dos profissionais de saúde:

		09/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	17/18
instalações adequadas	Em desacordo ou Muito em desacordo	37,9%	33,7%	28,9%	29,6%	29,3%	27,8%	35,46%	38,42%	41,18%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	7,6%	7,7%	10,2%	7,4%	8,6%	10,0%	6,74%	8,21%	9,36%
	De acordo ou Muito de acordo	54,5%	58,7%	60,9%	63,0%	62,1%	62,1%	57,80%	53,37%	49,47%
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%	-
Computadores/ Terminais*	Em desacordo ou Muito em desacordo	-	-	-	-	-	-	-	-	38,6%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	-	-	-	-	17,16%
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	-	-	-	-	17,2%
Rapidez do funcionamento dos computadores*	Em desacordo ou Muito em desacordo	-	-	-	-	-	-	-	-	58,71%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	-	-	-	-	16,62%
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	-	-	-	-	24,66%
software adequado para a atividade dos	Em desacordo ou Muito em desacordo	-	-	-	-	-	-	60,42%	63,34%	50,27%

profissionais de saúde.	Nem de acordo/	-	-	-	-	-	-	17,31%	14,37%	22,99%
	Nem em desacordo									
	De acordo ou	-	-	-	-	-	-	22,26%	22,29%	26,74%
	Muito de acordo									
Interoperabilidade e (o modo como as várias aplicações se articulam entre si)*	Em desacordo ou	-	-	-	-	-	-	-	-	73,26%
	Muito em desacordo									
	Nem de acordo/	-	-	-	-	-	-	-	-	17,65%
	Nem em desacordo									
	De acordo ou	-	-	-	-	-	-	-	-	9,09%
	Muito de acordo									
Segurança dos dados informáticos*	Em desacordo ou	-	-	-	-	-	-	-	-	43,57%
	Muito em desacordo									
	Nem de acordo/	-	-	-	-	-	-	-	-	36,26%
	Nem em desacordo									
	De acordo ou	-	-	-	-	-	-	-	-	20,18%
	Muito de acordo									
Equipamento clínico (esfigmomanómetros, otoscópios, balanças, frigoríficos, termómetros)	Em desacordo ou	-	-	17,2%	27,4%	34,3%	37,5%	40,99%	49,71%	48,13%
	Muito em desacordo									
	Nem de acordo/	-	-	14,8%	8,1%	11,1%	15,5%	18,37%	16,08%	17,38%
	Nem em desacordo									
	De acordo ou	-	-	68,0%	64,4%	54,5%	46,9%	40,64%	34,21%	34,49%
	Muito de acordo									
Consumíveis para procedimentos (soros, apósitos, compressas, seringas etc.)	Em desacordo ou	-	-	-	-	-	-	-	-	30,35%
	Muito em desacordo									
	Nem de acordo/	-	-	-	-	-	-	-	-	22,76%
	Nem em desacordo									
	De acordo ou	-	-	-	-	-	-	-	-	46,88%
	Muito de acordo									
Material de uso clínico e farmacêutico (contraceptivos,	Em desacordo ou	-	-	-	-	-	-	-	-	23,59%
	Muito em desacordo									

vacinas, medicamentos em geral etc)	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	-	-	-	-	19,30%
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	-	-	-	-	57,10%
central telefónica	Em desacordo ou Muito em desacordo	-	-	-	-	-	78,9 %	85,7 %	91,7 %	87,19 %
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	-	9,7%	5,69 %	1,47 %	6,81%
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	-	11,4 %	8,54 %	6,74 %	5,99%
sistema de climatização	Em desacordo ou Muito em desacordo	-	-	-	43,0%	40,9%	41,7 %	40,5 %	47,2 %	46,52 %
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	3,7%	12,1%	11,0 %	12,1 0%	8,80 %	12,83 %
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	53,3%	47,0%	47,2 %	47,3 3%	43,9 9%	40,64 %
sala de espera	Em desacordo ou Muito em desacordo	-	-	-	-	22,7%	33,0 %	36,0 4%	35,4 8%	35,29 %
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	16,7%	10,0 %	11,3 1%	14,3 7%	20,32 %
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	60,6%	57,0 %	52,6 5%	50,1 5%	44,39 %
resposta rápida do ACES aos problemas que dependem da intervenção deste.	Em desacordo ou Muito em desacordo	-	-	-	-	-	45,5 %	42,5 5%	47,4 8%	49,60 %
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	-	26,0 %	25,5 3%	24,9 3%	21,56 %
	De acordo ou	-	-	-	-	-	28,6 %	31,9 1%	27,6 0%	28,84 %

	Muito de acordo									
resposta rápida da ARS aos problemas que dependem da intervenção desta.	Em desacordo ou	-	-	-	-	-	72,2 %	68,0 1%	69,5 1%	73,57 %
	Muito em desacordo									
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	-	24,4 %	23,1 6%	24,3 9%	19,35 %
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	-	3,3%	8,82 %	6,10 %	7,08%
Gabinetes*	Em desacordo ou	-	-	-	-	-	-	-	-	26,74 %
	Muito em desacordo									
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	-	-	-	-	20,86 %
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	-	-	-	-	52,41 %
Higiene e Limpeza da USF*	Em desacordo ou	-	-	-	-	-	-	-	-	40,11 %
	Muito em desacordo									
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	-	-	-	-	20,32 %
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	-	-	-	-	39,57 %
Apoio técnico informático no ACES*	Em desacordo ou	-	-	-	-	-	-	-	-	54,59 %
	Muito em desacordo									
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	-	-	-	-	20,27 %
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	-	-	-	-	25,14 %
	Em desacordo ou	-	-	-	-	-	-	-	-	59,00 %

	Muito em desacordo									
Apoio técnico informático na ARS*	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	-	-	-	-	23,55 %
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	-	-	-	-	17,45 %
	Em desacordo ou Muito em desacordo	-	-	-	-	-	-	-	-	48,32 %
Apoio do Servicedesk da SPMS*	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	-	-	-	-	29,61 %
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	-	-	-	-	22,07 %

*Questões introduzidas na versão do estudo ano 2018

Menos de metade dos coordenadores considera que as USF têm **instalações adequadas** para o exercício das atividades profissionais de saúde (49,47%), 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 de forma consistente.

O **equipamento informático**, nomeadamente os computadores/terminais são apontados como adequados para a atividade dos profissionais de saúde apenas por 17,2% dos respondentes, sendo que no que toca à rapidez de funcionamento dos mesmo quase 60% (58,71%) considera que não há condições adequadas para a atividade dos profissionais de saúde.

No que toca ao software apesar da queda da discordância com a afirmação se este é adequado (60,42% em 2015/2016 e 50,27% este ano), os valores estão longe de ser os ideais, atendendo que apenas 26,74% concordam com a afirmação. Ainda no âmbito do software, é na interoperabilidade que se nota a maior discordância com a adequação das condições oferecidas para a atividade dos profissionais de saúde com valores de 73,26% e com apenas cerca de 9% dos inquiridos a considerar as condições como adequadas. Quanto à segurança

dos dados informáticos é preocupante que mais de 40% (43,57%) dos respondentes considere que não estão reunidas as condições necessárias para a atividade dos profissionais de saúde.

Quanto ao equipamento clínico desde 2011/2012, que se vem a verificar uma queda nos valores de concordância e um aumento dos valores de discordância.

O material de uso clínico e consumíveis para procedimentos, apesar de registarem valores de concordância de 57,10% e 46,88%, respetivamente, são valores bastante baixos em áreas onde a adequação deveria ser total.

A **inadequação da central telefónica adequada**, sofreu uma ligeira inversão de valores, mas ainda assim apresenta valores de 87,19% de coordenadores a considerarem que não é adequada, mantendo-se como recorde relativamente aos restantes itens desta questão. Quanto à **rapidez da resposta da ARS aos problemas que dependem da sua intervenção**, importa referir que mais 73,57% dos coordenadores considera que a ARS não responde de forma rápida aos problemas que dependem da intervenção dela, tendo este sido o valor mais alto atingido desde sempre. A situação é melhor quando a responsabilidade é do ACES, atendendo a que 49,60% dos respondentes consideram que o **ACES demora mais do que seria necessário para responder aos problemas que dependem da intervenção dele** e 28,84% a concordar que o Aces resolve as situações em tempo útil contra apenas 7,08% em relação às ARS.

Quanto aos **sistemas de climatização**, a percentagem de coordenadores insatisfeitos (46,52%) supera ligeiramente os satisfeitos (46,64%), com valores muito sobreponíveis ao do passado ano.

O **apoio técnico informático do ACES** recolhe mais concordância no apoio adequado à prática dos profissionais de saúde (25,14%), face ao **apoio técnico informático da ARS** (17,45%), mas ainda assim ambos apresentam valores de discordância acima dos 50%, 54,59% nos ACES e 59% nas ARS. O **Servicedesk da SPMS** é o que menos discordância suscita pelos respondentes com 48,32%, mas ainda assim com apenas 22,07% de concordância

As **salas de espera e os gabinetes são a parte das instalações e equipamentos** que maior satisfação desperta, com 44,39% e 52,41% de coordenadores satisfeitos.

A **Higiene e Limpeza da USF** apresentam valores de insatisfação com as condições para o exercício de 40,11%, o que é excessivo atendendo que se trata de uma área fundamental no controle de infeção.

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

		ARS Norte (%)	ARS Centro (%)	ARS LVT (%)	ARS Alentejo (%)	ARS Algarve (%)
instalações adequadas	Em desacordo ou Muito em desacordo	40,21	47,06	36,89	33,33	75,00
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	9,28	7,84	12,62	0,00	0,00
	De acordo ou Muito de acordo	50,52	45,10	50,49	66,67	25,00
Computadores/Terminais*	Em desacordo ou Muito em desacordo	47,94	37,25	26,47	41,67	0,00
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	22,68	11,76	7,84	25,00	16,67
	De acordo ou Muito de acordo	29,38	50,98	65,69	33,33	83,33
Rapidez do funcionamento dos computadores*	Em desacordo ou Muito em desacordo	71,13	45,10	44,12	66,67	25,00
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	15,98	25,49	14,71	0,00	25,00
	De acordo ou Muito de acordo	12,89	29,41	41,18	33,33	50,00
software adequado para a atividade dos profissionais de saúde.	Em desacordo ou Muito em desacordo	60,82	41,18	35,92	50,00	41,67
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	22,16	25,49	26,21	8,33	16,67
	De acordo ou Muito de acordo	17,01	33,33	37,86	41,67	41,67
Interoperabilidade (o modo como as várias aplicações se articulam entre si)*	Em desacordo ou Muito em desacordo	74,23	72,55	73,79	75,00	58,33
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	17,53	19,61	15,53	8,33	33,33
	De acordo ou Muito de acordo	8,25	7,84	10,68	16,67	8,33

Segurança dos dados informáticos*	Em desacordo ou Muito em desacordo	45,65	44,19	37,63	60,00	45,45
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	35,87	32,56	40,86	30,00	18,18
	De acordo ou Muito de acordo	18,48	23,26	21,51	10,00	36,36
Equipamento clínico (esfigmomanómetros, otoscópios, balanças, frigoríficos, termómetros)	Em desacordo ou Muito em desacordo	49,48	50,98	42,72	33,33	75,00
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	20,10	13,73	15,53	16,67	8,33
	De acordo ou Muito de acordo	30,41	35,29	41,75	50,00	16,67
Consumíveis para procedimentos (soros, apósitos, compressas, seringas etc.)	Em desacordo ou Muito em desacordo	26,84	49,02	25,49	16,67	66,67
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	25,79	17,65	21,57	8,33	25,00
	De acordo ou Muito de acordo	47,37	33,33	52,94	75,00	8,33
Material de uso clínico e farmacêutico (contraceptivos, vacinas, medicamentos em geral etc)	Em desacordo ou Muito em desacordo	21,24	35,29	21,36	16,67	41,67
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	21,76	15,69	16,50	8,33	33,33
	De acordo ou Muito de acordo	56,99	49,02	62,14	75,00	25,00
central telefónica	Em desacordo ou Muito em desacordo	89,30	84,31	86,41	66,67	91,67
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	6,95	5,88	7,77	0,00	8,33
	De acordo ou Muito de acordo	3,74	9,80	5,83	33,33	0,00
sistema de climatização	Em desacordo ou Muito em desacordo	31,96	68,63	64,08	16,67	66,67
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	15,46	11,76	6,80	41,67	0,00
	De acordo ou Muito de acordo	52,58	19,61	29,13	41,67	33,33
sala de espera	Em desacordo ou Muito em desacordo	31,96	50,98	33,98	16,67	50,00
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	21,65	17,65	19,42	41,67	0,00

	De acordo ou Muito de acordo	46,39	31,37	46,60	41,67	50,00
resposta rápida do ACES aos problemas que dependem da intervenção deste.	Em desacordo ou Muito em desacordo	41,97	76,47	49,50	25,00	75,00
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	24,35	5,88	21,78	50,00	16,67
	De acordo ou Muito de acordo	33,68	17,65	28,71	25,00	8,33
resposta rápida da ARS aos problemas que dependem da intervenção desta.	Em desacordo ou Muito em desacordo	66,84	84,31	79,21	75,00	83,33
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	24,21	5,88	16,83	25,00	16,67
	De acordo ou Muito de acordo	8,95	9,80	3,96	0,00	0,00
Gabinetes*	Em desacordo ou Muito em desacordo	28,35	29,41	23,30	16,67	66,67
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	21,13	25,49	16,50	33,33	16,67
	De acordo ou Muito de acordo	50,52	45,10	60,19	50,00	16,67
Higiene e Limpeza da USF*	Em desacordo ou Muito em desacordo	39,69	35,29	41,75	33,33	66,67
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	19,07	19,61	21,36	25,00	16,67
	De acordo ou Muito de acordo	41,24	45,10	36,89	41,67	16,67
Apoio técnico informático no ACES*	Em desacordo ou Muito em desacordo	65,10	32	46,60	45,45	58,33
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	18,23	38	14,56	27,27	25,00
	De acordo ou Muito de acordo	16,67	30	38,83	27,27	16,67
Apoio técnico informático na ARS*	Em desacordo ou Muito em desacordo	68,78	28	55,56	50,00	66,67
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	15,87	42	29,29	30,00	16,67
	De acordo ou Muito de acordo	15,34	30	15,15	20,00	16,67
Apoio do Servicedesk da SPMS*	Em desacordo ou Muito em desacordo	49,73	44,44	48,51	58,33	36,36

Nem de acordo/ Nem em desacordo	28,34	28,89	29,70	33,33	54,55
De acordo ou Muito de acordo	21,93	26,67	21,78	8,33	9,09

Ao analisar os resultados por ARS verificamos que a ARS Norte tem os piores resultados que no que se refere aos computadores e terminais (47,94% consideram que não têm as condições necessárias para a atividade), rapidez de funcionamento dos computadores (71,13%), software adequado (60,82%), interoperabilidade (74,23%), assim como as respostas por parte dos ACES (65,10%), sendo que neste caso o resultado de concordância da ARS LVT (38,83%) é mais do dobro do da ARS Norte (16,67%). Nas restantes áreas é a ARS Algarve que obtém maior concordância sobre a sua adequação (computadores e terminais – 83,33; rapidez de funcionamento dos computadores - 50%; software adequado – 41,67%), excetuando-se a interoperabilidade em que a ARS Alentejo obtém o maior grau de concordância com 16,67% sobre a sua adequação. Neste caso concreto é de realçar que todas as ARS obtêm resultados marcadamente maus e que esta área é da responsabilidade da SPMS, assim como a segurança dos dados onde os valores de concordância com a sua adequação variam entre 10% (ARS Alentejo) e 36,36% (ARS Algarve).

No que toca à ARS Algarve, os piores resultados são: instalações (75% a considerarem que não são adequadas), equipamento clínico (75%), consumíveis para procedimentos (66,67%), materiais de uso clínico (41,67%), central telefónica (91,67%, mas de realçar que todas as ARS obtêm maus resultados, inferiores a 10%, exceto na ARS do Alentejo onde os valores de concordância se situam nos 33,33%) e higiene e limpeza das instalações (66,67%). Os melhores resultados ou mais concordantes com as afirmações de que são adequados são: instalações (ARS Alentejo com 66,67%, mas excetuando a ARS Algarve, todas as restantes ARS obtêm resultados a rondar os 50%), equipamento clínico (ARS Alentejo com 50%), consumíveis para procedimentos (ARS Alentejo com 75%, sendo de destacar que a ARS que a segue apenas consegue 53% de concordância), materiais de uso clínico (ARS Alentejo com 75%) e higiene e limpeza das instalações (ARS Centro com 45,10%).

Importa ainda destacar que de um modo geral todas as USF respondentes revelam elevada discordância sobre a resposta rápida por parte das ARS (valores que variam entre 0% na ARS Algarve e Alentejo e 9,80% na ARS Centro).

De um modo geral podemos verificar que todas os ACES e ARS respondem de forma deficitária e lenta quando há problemas que necessitam da intervenção deles, inclusive a nível informático. O mesmo sucede com a resposta por parte da SPMS nas suas áreas de competência.

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

		Modelo A (%)	Modelo B (%)
instalações adequadas	Em desacordo ou Muito em desacordo	37,21	44,44
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	9,30	9,60
	De acordo ou Muito de acordo	53,49	45,96
Computadores/Terminais*	Em desacordo ou Muito em desacordo	36,63	40,61
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	15,12	18,27
	De acordo ou Muito de acordo	48,26	41,12
Rapidez do funcionamento dos computadores*	Em desacordo ou Muito em desacordo	54,07	62,44
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	18,02	15,23
	De acordo ou Muito de acordo	27,91	22,34
software adequado para a atividade dos profissionais de saúde.	Em desacordo ou Muito em desacordo	47,09	53,03
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	25,00	21,72
	De acordo ou Muito de acordo	27,91	25,25
Interoperabilidade (o modo como as várias aplicações se articulam entre si)*	Em desacordo ou Muito em desacordo	65,12	80,81
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	23,84	12,12
	De acordo ou Muito de acordo	11,05	7,07

Segurança dos dados informáticos*	Em desacordo ou Muito em desacordo	43,04	43,96
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	39,24	33,52
	De acordo ou Muito de acordo	17,72	22,53
Equipamento clínico (esfigmomanómetros, otoscópios, balanças, frigoríficos, termómetros)	Em desacordo ou Muito em desacordo	50,58	45,45
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	16,86	18,18
	De acordo ou Muito de acordo	32,56	36,36
Consumíveis para procedimentos (soros, apósitos, compressas, seringas etc.)	Em desacordo ou Muito em desacordo	30,41	29,90
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	24,56	21,65
	De acordo ou Muito de acordo	45,03	48,45
Material de uso clínico e farmacêutico (contraceptivos, vacinas, medicamentos em geral etc)	Em desacordo ou Muito em desacordo	23,26	23,35
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	22,09	17,26
	De acordo ou Muito de acordo	54,65	59,39
central telefónica	Em desacordo ou Muito em desacordo	82,84	90,72
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	8,88	5,15
	De acordo ou Muito de acordo	8,28	4,12
sistema de climatização	Em desacordo ou Muito em desacordo	44,19	48,48
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	14,53	11,62
	De acordo ou Muito de acordo	41,28	39,90
sala de espera	Em desacordo ou Muito em desacordo	39,53	30,81
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	19,77	21,21

	De acordo ou Muito de acordo	40,70	47,98
resposta rápida do ACES aos problemas que dependem da intervenção deste.	Em desacordo ou Muito em desacordo	57,06	42,64
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	19,41	23,35
	De acordo ou Muito de acordo	23,53	34,01
resposta rápida da ARS aos problemas que dependem da intervenção desta.	Em desacordo ou Muito em desacordo	78,44	69,54
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	13,17	24,87
	De acordo ou Muito de acordo	8,38	5,58
Gabinetes*	Em desacordo ou Muito em desacordo	25,00	27,27
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	20,93	21,21
	De acordo ou Muito de acordo	54,07	51,52
Higiene e Limpeza da USF*	Em desacordo ou Muito em desacordo	36,63	42,93
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	21,51	18,69
	De acordo ou Muito de acordo	41,86	38,38
Apoio técnico informático no ACES*	Em desacordo ou Muito em desacordo	49,42	59,49
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	23,26	17,44
	De acordo ou Muito de acordo	27,33	23,08
Apoio técnico informático na ARS*	Em desacordo ou Muito em desacordo	55,03	62,43
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	27,22	20,63
	De acordo ou Muito de acordo	17,75	16,93
Apoio do Servicedesk da SPMS*	Em desacordo ou Muito em desacordo	44,24	52,11

Nem de acordo/ Nem em desacordo	33,33	26,84
De acordo ou Muito de acordo	22,42	21,05

Na análise dos dados por modelo (A e B), os resultados são uniformes com variações pouco significativas, mas importa destacar a resposta negativa das USF de ambos os modelos a: Rapidez de funcionamento dos computadores (concordância inferior a 28%), software adequado (concordância inferior a 28%), interoperabilidade (concordância mais elevada a rondar os 11%), segurança dos dados (concordância inferior a 23%), resposta rápida por parte das ARS (concordância inferior a 8,5%) e apoio técnico informático dos ACES (concordância inferior a 28%), das ARS (concordância inferior a 18%) e da SPMS (concordância inferior a 22,5%).

Uma vez mais sobressai que as áreas com piores resultados são de um modo geral da responsabilidade da SPMS e da rapidez com que os ACES e ARS respondem às USF quando têm problemas que necessitam da sua intervenção.

F4 (USF integradas em ULS/ USF não integradas em ULS) – Condições Técnicas para a atividade dos profissionais de saúde na USF

		USF integradas em ULS (%)	USF não integradas em ULS (%)
instalações adequadas	Em desacordo ou Muito em desacordo	34,48	41,12
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	0,00	10,36
	De acordo ou Muito de acordo	65,52	48,52
Computadores/Terminais*	Em desacordo ou Muito em desacordo	41,38	38,87
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	10,34	17,80
	De acordo ou Muito de acordo	48,28	43,32
Rapidez do funcionamento dos computadores*	Em desacordo ou Muito em desacordo	65,52	58,16

	Nem de acordo/ Nem em desacordo	17,24	16,62
	De acordo ou Muito de acordo	17,24	25,22
software adequado para a atividade dos profissionais de saúde.	Em desacordo ou Muito em desacordo	62,07	49,11
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	17,24	23,96
	De acordo ou Muito de acordo	20,69	26,92
Interoperabilidade (o modo como as várias aplicações se articulam entre si)*	Em desacordo ou Muito em desacordo	72,41	73,67
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	10,34	18,05
	De acordo ou Muito de acordo	17,24	8,28
Segurança dos dados informáticos*	Em desacordo ou Muito em desacordo	48,28	43,65
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	27,59	37,13
	De acordo ou Muito de acordo	24,14	19,22
Equipamento clínico (esfigmomanómetros, otoscópios, balanças, frigoríficos, termómetros)	Em desacordo ou Muito em desacordo	31,03	49,70
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	10,34	18,05
	De acordo ou Muito de acordo	58,62	32,25
Consumíveis para procedimentos (soros, apósitos, compressas, seringas etc.)	Em desacordo ou Muito em desacordo	13,79	31,83
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	17,24	23,72
	De acordo ou Muito de acordo	68,97	44,44
Material de uso clínico e farmacêutico (contraceptivos, vacinas, medicamentos em geral etc)	Em desacordo ou Muito em desacordo	13,79	24,63
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	13,79	19,88
	De acordo ou Muito de acordo	72,41	55,49

central telefónica	Em desacordo ou Muito em desacordo	72,41	88,52
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	13,79	6,04
	De acordo ou Muito de acordo	13,79	5,44
sistema de climatização	Em desacordo ou Muito em desacordo	27,59	47,34
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	10,34	13,31
	De acordo ou Muito de acordo	62,07	39,35
sala de espera	Em desacordo ou Muito em desacordo	20,69	36,09
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	20,69	20,71
	De acordo ou Muito de acordo	58,62	43,20
resposta rápida do ACES aos problemas que dependem da intervenção deste.	Em desacordo ou Muito em desacordo	37,93	50,45
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	34,48	20,60
	De acordo ou Muito de acordo	27,59	28,96
resposta rápida da ARS aos problemas que dependem da intervenção desta.	Em desacordo ou Muito em desacordo	44,44	76,65
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	29,63	17,66
	De acordo ou Muito de acordo	25,93	5,69
Gabinetes*	Em desacordo ou Muito em desacordo	34,48	26,04
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	10,34	21,60
	De acordo ou Muito de acordo	55,17	52,37
Higiene e Limpeza da USF*	Em desacordo ou Muito em desacordo	44,83	40,24
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	17,24	19,82

	De acordo ou Muito de acordo	37,93	39,94
	Em desacordo ou Muito em desacordo	37,93	56,59
Apoio técnico informático no ACES*	Nem de acordo/ Nem em desacordo	20,69	20,06
	De acordo ou Muito de acordo	41,38	23,35
	Em desacordo ou Muito em desacordo	44,00	60,30
Apoio técnico informático na ARS*	Nem de acordo/ Nem em desacordo	36,00	22,42
	De acordo ou Muito de acordo	20,00	17,27
	Em desacordo ou Muito em desacordo	46,43	48,92
Apoio do Servicedesk da SPMS*	Nem de acordo/ Nem em desacordo	32,14	29,41
	De acordo ou Muito de acordo	21,43	21,67
	Em desacordo ou Muito em desacordo	46,43	48,92

Quando se analisam os resultados da questão sobre a existência de condições técnicas para a atividade dos profissionais de saúde nas USF, em função do seu modelo de gestão (integradas ou não em ULS), verificamos que a maioria dos coordenadores considera que têm as **instalações adequadas**, mas maior nas ULS (65,52% versus 48,5%). Quanto aos **computadores/terminais** sucede o mesmo mas com uma diferença menos assinalável, com 48,28% dos coordenadores de unidades nas ULS a considerar a sua adequação (quase tantos como os que consideram o contrário, que são 41,38%) contra 43,32% das unidades não integradas em ULS. O sentido das respostas inverte-se quando se trata da **rapidez do funcionamento dos computadores**, verificando-se um descontentamento geral mas mais pronunciado no universo ULS, com 65,52% dos coordenadores a responder pela falta de rapidez. Ainda na área informática, o **software adequado** para a atividade dos profissionais é considerado como sendo uma realidade pouco frequente em ambos os contextos, mas novamente um constrangimento mais sentido nas ULS (62,07% de desacordo) do que nas não integradas em ULS (49,11%), embora nesta última realidade se verifiquem também mais respostas neutras. A **interoperabilidade** surge como uma das condições mais em falta e em

equilíbrio entre ULS e ARS (72,41% e 73,67%, respetivamente), já a **segurança dos dados informáticos** acolhe um grande número de respostas neutras quer na realidade das ULS quer na das ARS, o que é de salientar (27,59% e 37,13%), embora no cômputo geral haja maior proporção de coordenadores a considerar a ausência desta condição nos locais de trabalho.

Quanto ao **equipamento clínico**, salienta-se que nas unidades não integradas em ULS se verificam mais falhas (31,83%) do que nas unidades com gestão ULS, onde o número de coordenadores a referir falta de condições a este nível é bastante inferior (13,79%), já não sucedendo o mesmo quanto ao **material de uso clínico e farmacêutico**, que é referido como existente em ambas as realidades mas de forma bastante mais expressiva nas ULS (72,41%) do que nas ARS (55,49%). Os **consumíveis para procedimentos** são um recurso apontado como adequado pela maioria dos coordenadores em ambos os contextos, mas ainda com uma proporção relevante de respostas negativas e com um desequilíbrio desfavorável à realidade nas não integradas em ULS, onde se registaram 31,83% de coordenadores a apontar falhas nestes componentes, ao passo que nas ULS isso ocorreu em apenas 13,79% dos casos, tendo sido também aqui menor a percentagem de respostas neutras (17,24% contra 23,72% nas ARS).

A **central telefónica** registou valores altíssimos de desadequação em ambos os modelos de gestão, mas de forma mais acentuada nas não integradas em ULS, com mais de 88% dos coordenadores daquela realidade a referir constrangimentos neste tipo de equipamento. Quanto ao **sistema de climatização**, nas ULS verifica-se uma maioria de respostas a referir adequação (62,07%) ao passo que nas não integradas em ULS ocorre precisamente o oposto, com 47,34% de respostas desfavoráveis e 13,31% de respostas neutras. Isto não se verifica com as **salas de espera**, que são vistas como adequadas pela maioria dos coordenadores de ambos os contextos, mas com proporções de respostas neutras muito altas, embora também idênticas, na ordem dos 20%. No que se refere à **resposta rápida do ACES aos problemas que dependem da sua intervenção**, nas ULS há uma distribuição razoavelmente equilibrada pelas três categorias de resposta, com um ligeiro ascendente para a desadequação (37,93%), enquanto que nas não integradas em ULS a proporção de coordenadores que considera este item desadequado é proporcionalmente maior, com mais de 50% dos casos. A mesma tendência acentua-se quando em avaliação passa a estar a **resposta rápida das ARS**, e novamente com uma elevada proporção de coordenadores em desacordo na realidade fora

das ULS (76,65%) com apenas 5,69% a assegurar a existência desta condição. Nas ULS a distribuição é a mesma mas bastante mais positiva do que nas não integradas em ULS. Os **gabinetes** suscitam agrado, de uma forma geral, em ambas as realidades, o mesmo não se passando com a **higiene e limpeza das USF** que ainda recebe uma maioria de respostas de desadequação quer nas ULS (44,83%) quer nas ARS (40,24%). O apoio técnico informático no ACES é visto como uma condição pouco presente na realidade das não integradas em ULS (56,59%), ao contrário do que acontece nas ULS, onde a maioria das respostas é favorável (41,38%). Já quanto ao apoio técnico informático nas ARS, a maioria dos coordenadores aponta-o como condição inexistente em ambas as realidades de gestão, sendo mais acentuado nas não integradas em ULS com 60,30% comparativamente com apenas 44% nas ULS. Por fim, a existência de apoio do Servicedesk dos SPMS recebe uma maioria de repostas desfavoráveis tanto nas ULS (46,43%) como nas ARS (48,92%).

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	2017/2018
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%	18,9%
	Sim, três a dez vezes	42,1%	32,0%	38,6%	38,0%
	Sim, mais de dez vezes	30,3%	36,3%	40,4%	32,5%
	Não	9,2%	9,0%	5,6%	10,7%

F4.1. (Geral) Se SIM, na maioria das vezes, em quanto tempo o problema foi resolvido

	2017/2018
No mesmo dia e sem atrasos importantes	4,9%
No mesmo dia, mas com atrasos importantes	7,8%
No dia seguinte	15,3%
48h ou mais	72,1%

F5 (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	20,8	14,0	15,2	33,3	16,7
	Sim, três a dez vezes	41,1	40,0	37,4	8,3	16,7
	Sim, mais de dez vezes	26,6	34,0	40,4	25,0	66,7
	Não	11,5	12,0	7,1	33,3	0,0

F5.1. (Por ARS) Se SIM, na maioria das vezes, em quanto tempo o problema foi resolvido

	ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
No mesmo dia e sem atrasos importantes	8,6	2,4	0,0	0,0	0,0
No mesmo dia, mas com atrasos importantes	9,9	4,8	4,7	16,7	8,3
No dia seguinte	17,9	4,8	16,3	33,3	0,0
48h ou mais	63,6	88,1	79,1	50,0	91,7

F6 (USF integradas em ULS/ USF não integradas em ULS) – Durante o ano faltou, na sua USF, material que considera básico para a atividade normal de uma USF?

		USF integradas em ULS (%)	USF não integradas em ULS (%)
Durante o ano faltou, na sua USF, material que considera básico para a atividade normal de uma USF?	Sim, uma a duas vezes	17.2	18.7
	Sim, três a dez vezes	20.7	39.8
	Sim, mais de dez vezes	27.6	32.8
	Não	34.5	8.7

F7 (USF integradas em ULS/ USF não integradas em ULS) Se SIM, na maioria das vezes, em quanto tempo o problema foi resolvido

	USF integradas em ULS (%)	USF não integradas em ULS (%)
No mesmo dia e sem atrasos importantes	5.6	4.9
No mesmo dia, mas com atrasos importantes	27.8	6.3
No dia seguinte	5.6	16.1
48h ou mais	61.1	72.7

Quando se questionou os coordenadores sobre quantas vezes no último ano a USF teve falta de material básico 10,7% referem **não ter tido faltas no último ano**. Ainda assim, e apesar da melhoria de 5% face ao ano transacto, 89,3% das USF tiveram **faltas de material básico, pelo menos 1 vez durante o ano**. Este valor apresenta, pela primeira vez uma inversão face ao valor atingido em 2014 (90,8%), sendo nas **faltas mais de 10 vezes** que a redução mais se sentiu, sendo quase 8% a queda, face ao ano anterior (40,4% em 2016/2017; e 32,5% em 2017/2018). Ainda assim importa perceber que apesar de o número de faltas ter caído, assim como as faltas superiores a 10 vezes, na maioria das vezes (72,1%) o problema demorou **48 horas ou mais problema ser resolvido**.

Se olharmos para os valores deste ano agrupados por ARS verificamos que a ARS que menos ruturas teve foi a ARS Alentejo com 12% 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 e que 66,7% a assumirem que ao longo do último ano tiveram falta de material básico mais de 10 vezes, seguem-se LVT, Norte e Centro.

De referir que apesar de tudo, os resultados nos indicam que as USF que referiram não ter ruturas são poucas e que sobressai o desempenho da ARS Alentejo atendendo que 33% dos respondentes referem não ter tido falhas e outros tantos afirmam que tiveram falhas apenas 1 a 2 vezes.

No que toca à reposição das matérias em falha sobressai o esforço da ARS Norte e Centro em repor no próprio dia, mas só o conseguem em 8,6% e 2,4% das vezes, respectivamente. Sobressai neste caso concreto o desempenho positivo da ARS Alentejo, por ter o valor mais baixo de reposição para além das 48 horas (50%) e por garantir a reposição em menos de 48 horas das restantes ruturas (50%). Não se pode deixar de referir ainda o mau desempenho da ARS Algarve, em que garante a reposição para além das 48 horas em 91,7% dos casos.

Nas USF integradas em ULS houve menos faltas de material considerado básico (com 34,5% destas a reportar que não tiveram nenhuma falta contra 8,7 das não integradas em ULS, e quando estas faltas ocorreram, essas situações foram resolvidas mais rapidamente.

G. RECURSOS HUMANOS

G1 (Por Profissão) Percentagem de Profissionais de acordo com o regime/carga horária de trabalho

	2015/2016		2016/2017		2017/2018	
	Tempo Parcial		Tempo Parcial	Tempo Completo	Tempo Parcial	Tempo Completo
Secretários	1,7%		1,9%	98,1%	1,1%	98,9%
Clínicos						
Enfermeiros	2,8%		1,9%	98,1%	1,4%	98,6%
Médicos	3,7%		4,2%	95,8%	4,3%	95,7%

O exercício da profissão em tempo parcial ainda apresenta valores muito baixos, praticamente irrelevantes, entre 1,1 e 4,3% do total (mais nos médicos). Se compararmos com o ano passado podemos verificar que houve uma ligeira subida nos médicos (0,1%) , mas quebra nos secretários (-0,8%) e nos enfermeiros (-0,5%). 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.

G2 e G3 (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) 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	2017/ 2018	
Profissionais providos em lugar do quadro	%	91,3%	93,2%	94,2%	96,5%	85,3%	84,0%	89,2%	85,6%	89,1%	Médicos
	n	471	696	848	966	1167	2098,5	1743	2016	2252	
Profissionais não providos em lugar do quadro	%	8,7%	6,8%	5,7%	3,5%	7,2%	7,9%	3,4%	4,7%	4,6%	
	n	45	51	52	35	98	165	67	110	115	
Profissionais sem mobilidade consolidada	%	-	-	-	-	7,5%	8,1%	7,4%	9,8%	6,3%	Enfermeiros
	n	-	-	-	-	103	170	145	230	159	
Profissionais providos em lugar do quadro	%	75,7%	71,4%	70,8%	81,1%	79,8%	80,2%	86,3%	82,6%	90,1%	
	n	393	520	639	948	1073	2059,5	1652	1876	2217	Enfermeiros
	%	24,3%	28,6%	29,2%	18,9%	12,8%	12,4%	6,5%	8,3%	4,9%	

Profissionais não providos em lugar do quadro	n	126	208	264	221	172	255	124	188	121	
Profissionais sem mobilidade consolidada	%	-	-	-	-	7,5%	8,1%	7,4%	9,8%	5%	
	n	-	-	-	-	103	170	145	230	124	
Profissionais providos em lugar do quadro	%	70,9%	71,2%	67,4%	78,3%	65,5%	67,3%	81,4%	78,7%	84%	Secretários Clínicos
	n	302	408	461	732	676	1566,5	1186	1360	1552	
Profissionais não providos em lugar do quadro	%	29,1%	28,8%	32,6%	21,7%	25,5%	23,4%	11,5%	11,9%	10,4%	
	n	124	165	223	203	263	366	167	205	191	
Profissionais sem mobilidade consolidada	%	-	-	-	-	9,0%	9,4%	7,1%	9,4%	5,6%	
	n	-	-	-	-	93	147	104	162	103	

Os dados demonstram que os “**Profissionais providos em lugar do quadro**” voltaram a subir face ao ano anterior têm vindo a aumentar desde 2015/2016 em todos os grupos profissionais.

De referir que em todos os grupos profissionais os números de “**Profissionais não providos em lugar do quadro**” são inferiores este ano em relação ao ano transacto o número de secretários clínicos e enfermeiros, mas o nº de médicos aumentou. No que toca a “**Profissionais sem mobilidade consolidada**” os valores caíram no caso dos enfermeiros e dos secretários clínicos para valores próximos dos de 2013/2014, mas no caso dos médicos, ainda que tenham descido (159), apenas desceram para valores de 2015/2016 (145), longe dos valores de 2013/2014 (103) .

G4 – Na USF onde trabalho, em relação ao número de profissionais previsto para a USF faltam:

	Secretários Clínicos	Enfermeiros	Médicos
Média	0,88	0,39	0,43

Ao analisarmos estes dados verificamos que em média falta por USF, aproximadamente 1 secretário clínico e por cada duas USF falta quase 1 enfermeiro e 1 médico.

G5 (Geral) – A sua USF tem ativo algum método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais?

		2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018
A sua USF tem ativo algum método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais?	Sim	46,1%	47,5%	48,2%	94,9%
	Não	53,9%	52,5%	51,8%	5,1%

G6 (Geral) - O controlo biométrico da assiduidade dos profissionais tem impacto positivo na prestação de cuidados.

		2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018
O controlo biométrico da assiduidade dos profissionais tem impacto positivo na prestação de cuidados	Muito em desacordo	50,4%	46,6%	42,9%	49,7%
	Em desacordo	25,5%	30,8%	30,4%	22,6%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	19,9%	12,8%	21,7%	18,6%
	De acordo	1,4%	6,0%	3,7%	6,2%
	Muito de acordo	2,8%	3,8%	1,2%	2,8%

G7 (Geral) - Considera que o controlo biométrico da assiduidade dos profissionais:

		2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018
Considera que o controlo biométrico da assiduidade dos profissionais:	Melhora a gestão da unidade	9,3%	7,1%	8,4%	10,6%
	Piora a gestão da unidade	53,6%	57,5%	44,8%	49,4%
	Não afeta a gestão da unidade	37,1%	35,4%	46,8%	39,9%

G8 (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	2017/2018
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%	41,2%	33,1%
	Não	79,1%	74,8%	58,8%	66,9%

G9 (Geral) - O tempo que, como coordenador da USF, despense para dar resposta aos requisitos do controlo biométrico da assiduidade dos profissionais:

		2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018
O tempo que, como coordenador da USF, despense 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%	65,2%
	É excessivo, mas não perturba a minha atividade como coordenador da USF	35,2%	36,7%	36,3%	27,6%
	É adequado	4,8%	14,2%	11,0%	7,1%

Neste momento 95% das USF respondentes têm **controlo biométrico da assiduidade dos profissionais ativo**, o que representa um crescimento de 47% face ao ano transato. Destas apenas 9% consideram que o controlo biométrico tem impacto positivo na prestação de cuidados o que representa um crescimento de 4% face a 2016/2017 (4,9%), mas inferior ao atingido em 2015/2016 (9,8%) e 72,3% discordam que o controlo biométrico tenha impacto positivo na prestação de cuidados (menos 1% do que em 2016/2017). Importa ainda referir que apesar de 10,6% dos respondentes considerarem que o controlo biométrico melhora a gestão das USF (um aumento de 2,2% face a 2016/2017), quase 50 % (49,4%) considera que o controlo biométrico piorou a gestão das USF, tendo aumentado face a 2016/2017 cerca de 5%.

No que toca à contabilização do trabalho realizado para além do horário 67% dos respondentes consideram que este trabalho não é contabilizado, o que se traduz numa subida de mais 8% face a 2016/2017, mas ainda assim abaixo dos valores registados em 2014/2015 (79,1%) e 2015/2016 (74,8%).

Cerca de 65% dos coordenadores considera que o tempo que despense para dar resposta aos requisitos do controlo biométrico é excessivo e perturba a sua atividade enquanto coordenador da USF, tendo este valor vindo sempre a aumentar desde 2015/2016. Por sua vez apenas 7,1% consideram que é o tempo adequado e este valor tem vindo a diminuir de forma consistente desde 2015/2016.

G10 (Geral) Na sua USF nos últimos 12 meses, houve algum profissional com ausência ao trabalho superior a 30 dias?

	2017/2018	
Na sua USF nos últimos 12 meses, houve algum profissional com ausência ao trabalho superior a 30 dias?	Sim	73,1%
	Não	26,9%

G10.1 (Geral) Se sim, quantos?

	2017/2018
Na sua USF nos últimos 12 meses, qual a média dos profissionais que se ausentaram no trabalho um período superior a 30 dias?	4,67

G10.1.2. (Geral) Se sim. Como foi feita a sua substituição?

	2017/2018
Intersubstituição pelos profissionais da equipa	62,18%
Substituição por profissional fora da equipa	7,27%
Intersubstituição pelos profissionais da equipa e substituição por profissional fora da equipa	28,36%
Não foi feita qualquer substituição	2,18%

G11.(Geral) Nos últimos 12 meses, houve algum profissional que manteve a sua atividade na USF mesmo estando doente?

	2017/2018
Nunca	14,40%
Raramente	22,16%
Algumas vezes	41,27%
Frequentemente	22,16%

Dos respondentes, 73,1% afirmam que houve pelo menos um profissional com ausência superior a 1 mês, tendo a média, sido de quase 5 profissionais por USF.

Quanto à intersubstituição dos profissionais, em 62,18% dos casos foi assegurada pela equipa, 28,36% por profissionais da equipa e por profissionais fora da equipa e apenas em 7,27% dos casos foi assegurada plenamente por profissionais fora da equipa. Importa ainda referir que em 2,18% das situações não foi feita qualquer intersubstituição.

Por fim quando questionamos os coordenadores se nas USF que coordenam, houve algum profissional que manteve a atividade mesmo estado doente, este referem que esta situação ocorre algumas vezes em 41,27% das USF e frequentemente em 22,16%.

H. RELAÇÃO COM A COMUNIDADE

Pela primeira vez nas edições deste estudo, foi possível contar com a colaboração do projeto “MAIS PARTICIPAÇÃO, melhor saúde”²¹ na construção das perguntas desta secção. Esta tem sido tradicionalmente dedicada ao envolvimento das USF com as comunidades onde se inserem, mas que este ano se alargou à perceção dos coordenadores sobre aspetos que têm que ver com a participação pública nas decisões e na estratégia de saúde aos vários níveis. O resultado foi, como se poderá ver, um alargamento não só quantitativo mas também qualitativo, já que os novos aspetos considerados vieram tornar o questionário mais sensível aos desafios que atualmente se vivem em matéria de participação pública nos cuidados de saúde primários, na ótica dos coordenadores das USF.

H1 (Geral) – Por favor, indique se as seguintes afirmações correspondem à realidade da sua USF:

		2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018
A sua USF realizou, em 2017, uma reunião de prestação de contas com a população?	Sim	-	4,3%	3,3%	3,3%	2,5%
	Não	-	95,7%	96,7%	96,7%	97,5%
Foram realizadas, no ano de 2017, reuniões entre a sua USF e autarquia onde a sua USF está localizada?	Sim	-	22,1%	24,4%	24,0%	21,7%
	Não	-	77,9%	75,6%	76,0%	78,3%
Na sua USF existe Liga de Amigos ou comissão de utentes?	Sim	12,8%	15,4%	11,5%	13,6%	14,0%
	Não	87,2%	84,6%	88,5%	86,4%	86,0%
A sua USF organiza e/ou participa em iniciativas junto da comunidade?	Sim	80,6%	76,3%	71,0%	78,8%	75,3%
	Não	19,4%	23,7%	29,0%	21,2%	24,7%
Na sua USF há ligação a outras entidades da comunidade como associações culturais, desportivas ou outras?	Sim	51%	43,2%	38,0%	41,2%	35,1%
	Não	49%	56,8%	62,0%	58,8%	64,9%
A sua USF promoveu, no ano de 2017, encontros com outras USF (ex: do mesmo ACES) para troca de experiências e boas práticas? ²²	Sim	-	-	-	-	23,7%
	Não	-	-	-	-	76,3%

²¹ MAIS PARTICIPAÇÃO, melhor saúde. A visão dos Profissionais e Decisores sobre a Participação Pública em Saúde (2017).

²² Esta questão não constava das edições anteriores.

A proporção de USF que não promoveram encontros com a população atingiu nesta edição o seu valor mais alto (97,5%). Quando se trata do envolvimento das USF com as **autarquias** da sua área territorial, por um lado, e do envolvimento com **outras USF** (do seu ou de outros ACES) como forma de trocar experiências e partilhar boas práticas, o panorama altera-se para uma abertura consideravelmente maior (22% e quase 24%, respetivamente, realizaram reuniões com aquelas estruturas em 2017). Ainda assim, a proporção de USF que não realizaram **reuniões com as autarquias** registou o valor máximo no cômputo de todas as edições (78,3%). O envolvimento com outras USF continua a ser uma prática a que adere apenas cerca de um quarto dos casos. Já no que respeita ao envolvimento em **iniciativas junto da comunidade** (independentemente da sua natureza), estas continuam a ocorrer na grande maioria dos casos (75,3%), mas com uma ligeira diminuição face ao ano anterior. A **ligação da USF a outras entidades da comunidade**, de que são exemplo as associações culturais e as desportivas, verificou-se em 35,1% dos casos, mas ainda bastante longe de se constituir como uma prática generalizada, tendo inclusivamente diminuído face ao ano anterior (41,2% em 2016/2017).

Novamente, quando o teor é a relação com a população numa perspetiva assistencial e/ou de inclusão social e gestionária - de que são exemplo a existência de **Ligas de Amigos e/ou Comissões de Utentes** - a disponibilidade volta a diminuir, com apenas 14% das USF no país a integrarem estas organizações.

H2 (Por ARS) – Por favor, indique se as seguintes afirmações correspondem à realidade da sua USF:

		ARS do Norte (%)	ARS do Centro (%)	ARS de LVT (%)	ARS do Alentejo (%)	ARS do Algarve (%)
A sua USF realizou, em 2017, uma reunião de prestação de contas com a população?	Sim	3,2	2,0	2,1	0,0	0,0
	Não	96,8	98,0	97,9	100,0	100,0
Foram realizadas, no ano de 2017, reuniões entre a sua USF e autarquia onde a sua USF está localizada?	Sim	12,0	26,5	38,8	25,0	18,2
	Não	88,0	73,5	61,2	75,0	81,8
Na sua USF existe Liga de Amigos ou comissão de utentes?	Sim	15,2	18,0	12,1	8,3	0,0
	Não	84,8	82,0	87,9	91,7	100,0
A sua USF organiza e/ou participa em iniciativas junto da comunidade?	Sim	74,9	88,0	76,2	66,7	33,3
	Não	25,1	12,0	23,8	33,3	66,7

Na sua USF há ligação a outras entidades da comunidade como associações culturais, desportivas ou outras?	Sim	36,8	39,6	33,3	16,7	18,2
	Não	63,2	60,4	66,7	83,3	81,8
A sua USF promoveu, no ano de 2017, encontros com outras USF (ex: do mesmo ACES) para troca de experiências e boas práticas?	Sim	21,2	26,0	28,9	0,0	20,0
	Não	78,8	74,0	71,1	100,0	80,0

Não se verificam grandes diferenças entre as várias ARS, com exceção de que na ARS de LVT há mais reuniões com as autarquias, na ARS Centro há mais iniciativas junto da comunidade e menos na ARS Algarve, e na ARS do Alentejo, não houve nenhum encontro com outras USF para troca de experiências e boas-práticas, ao passo que nas restantes ARS a proporção de USF que o fizeram apresentam uma expressão relativamente idêntica, com um ligeiro ascendente na ARS LVT (28,9%).

H3 (Por Modelo) – Por favor, indique se as seguintes afirmações correspondem à realidade da sua USF:

		Modelo A (%)	Modelo B (%)
A sua USF realizou, em 2017, uma reunião de prestação de contas com a população?	Sim	1,2	3,6
	Não	98,8	96,4
Foram realizadas, no ano de 2017, reuniões entre a sua USF e autarquia onde a sua USF está localizada?	Sim	23,5	20,7
	Não	76,5	79,3
Na sua USF existe Liga de Amigos ou comissão de utentes?	Sim	6,7	19,9
	Não	93,3	80,1
A sua USF organiza e/ou participa em iniciativas junto da comunidade?	Sim	69,5	80,2
	Não	30,5	19,8
Na sua USF há ligação a outras entidades da comunidade como associações culturais, desportivas ou outras?	Sim	28,6	40,1
	Não	71,4	59,9
A sua USF promoveu, no ano de 2017, encontros com outras USF (ex: do mesmo ACES) para troca de experiências e boas práticas? ²³	Sim	20,5	25,8
	Não	79,5	74,2

²³ Esta questão não constava das edições anteriores.

As USF B destacaram-se das USF A pela positiva sobretudo no que se refere à criação de Ligas de Amigos, na organização e/ou participação em iniciativas junto da comunidade e na ligação a outras entidades. Nos restantes itens não se verificam diferenças relevantes entre os dois modelos organizacionais, destacando em ambos uma proporção muito baixa de casos em que se realizaram reuniões de prestação de contas com a população.

H4 (USF integradas em ULS/ USF não integradas em ULS) – Por favor, indique se as seguintes afirmações correspondem à realidade da sua USF:

		USF integradas em ULS (%)	USF não integradas em ULS (%)
A sua USF realizou, em 2017, uma reunião de prestação de contas com a população?	Sim	3,4	2,4
	Não	96,6	97,6
Foram realizadas, no ano de 2017, reuniões entre a sua USF e autarquia onde a sua USF está localizada?	Sim	17,2	22,1
	Não	82,8	77,9
Na sua USF existe Liga de Amigos ou comissão de utentes?	Sim	3,4	15,2
	Não	96,6	84,8
A sua USF organiza e/ou participa em iniciativas junto da comunidade?	Sim	79,3	75,6
	Não	20,7	24,4
Na sua USF há ligação a outras entidades da comunidade como associações culturais, desportivas ou outras?	Sim	28,6	35,7
	Não	71,4	64,3
A sua USF promoveu, no ano de 2017, encontros com outras USF (ex: do mesmo ACES) para troca de experiências e boas práticas? ²⁴	Sim	17,2	23,8
	Não	82,8	76,2

Não existem grandes diferenças entre as USF integradas ou não em ULS com exceção da constituição de Ligas de Amigos ou Comissão de Utentes que existem três vezes mais nas não integradas em ULS.

²⁴ Esta questão não constava das edições anteriores.

H4 (Geral) – Qual a importância que atribui ao envolvimento dos seguintes atores no âmbito da construção da política de cuidados de saúde primários em Portugal?

Nota: foi pedido ao coordenador que atribuisse a cada um dos itens um valor entre 1 e 5 de acordo com a sua importância: 1 – nada importante a 5 – muito importante).

	Média	Min	Máx	Mediana	Desvio Padrão
Profissionais de saúde.	4.48	1	5	5	0.74
Cidadãos/Cidadãs.	3.79	1	5	4	1.04
Associações de utentes de saúde ²⁵	3.61	1	5	4	1.01
Associações de doentes ²⁶ .	3.58	1	5	4	1.21
Juntas de Freguesia.	3.55	1	5	4	1.1
Câmara(s) Municipal(is).	3.48	1	5	3	0.96
Académicos/Investigadores.	3.34	1	5	3	1.05
União Europeia.	3.21	1	5	3	1.09
Gestores dos serviços de saúde.	3.19	1	5	3	1.13
Especialistas em políticas de saúde.	2.81	1	5	3	1.03
Associações de consumidores ²⁷ .	2.74	1	5	3	1.16
Empresas de medicamentos ou outras tecnologias de saúde.	2.48	1	5	3	1.05
Seguradoras	1.88	1	4	2	0.96

Os coordenadores das USF atribuem para a construção da política de cuidados de saúde primários em Portugal mais importância ao envolvimento (do mais importante para o menos e em relação aos seis primeiros): os profissionais de saúde, os cidadãos/cidadãs, associação de utentes, associação de doentes, juntas de freguesia, câmaras municipais.

²⁵ As associações de utentes de saúde têm como objetivo proteger os interesses e os direitos dos utentes de saúde em geral.

²⁶ As associações de doentes têm como objetivo proteger os interesses e os direitos dos portadores de uma determinada patologia.

²⁷ As associações de consumidores têm como objetivo proteger os direitos e os interesses dos consumidores em geral.

H8 (Por ARS) – Qual a importância que atribui ao envolvimento dos seguintes atores no âmbito da construção da política de cuidados de saúde primários em Portugal?

H8.1. (Por ARS) - NORTE

	ARS Norte (%)				
	Média	Min	Máx	Mediana	Desvio Padrão
Associações de consumidores.	4,34	1	5	5	0,82
Académicos/ Investigadores.	3,75	1	5	4	0,97
Cidadãos/ Cidadãs.	3,6	1	5	4	1,04
Câmara(s) Municipal(is).	3,57	1	5	4	1,1
Juntas de Freguesia.	3,57	1	5	4	0,9
Associações de doentes.	3,53	1	5	4	1
Seguradoras	3,53	1	5	4	1
Associações de utentes de saúde.	3,46	1	5	4	0,99
Empresas de medicamentos ou outras tecnologias de saúde.	3,24	1	5	3	1,02
Profissionais de saúde.	3,09	1	5	3	0,96
Gestores dos serviços de saúde.	2,86	1	5	3	1,01
Especialistas em políticas de saúde.	2,81	1	5	3	0,97
União Europeia.	2,06	1	4	2	0,97

H8.2. (Por ARS) - CENTRO

	ARS CENTRO (%)				
	Média	Min	Máx	Mediana	Desvio Padrão
Profissionais de saúde.	4,44	3	5	5	0,7
Cidadãos/ Cidadãs.	3,96	2	5	4	0,8
Associações de utentes de saúde.	3,92	2	5	4	0,84
Académicos/ Investigadores.	3,7	1	5	4	0,96
Juntas de Freguesia.	3,64	1	5	4	0,97
Gestores dos serviços de saúde.	3,62	2	5	4	0,87
Associações de doentes.	3,56	1	5	4	1,02
Especialistas em políticas de saúde.	3,54	2	5	4	0,88
Câmara(s) Municipal(is).	3,5	1	5	4	1
União Europeia.	3,22	1	5	3	1,1
Associações de consumidores.	3,16	1	5	3	1,08
Empresas de medicamentos ou outras tecnologias de saúde.	2,82	1	5	3	0,99
Seguradoras	2,36	1	5	2	0,93

H8.3. (Por ARS) - LVT

	ARS LVT (%)				
	Média	Min	Máx	Mediana	Desvio Padrão
Profissionais de saúde.	4,39	2	5	5	0,71
Juntas de Freguesia.	3,9	1	5	4	0,86
Cidadãos/ Cidadãs.	3,79	1	5	4	0,91
Câmara(s) Municipal(is).	3,73	1	5	4	0,89
Associações de utentes de saúde.	3,69	1	5	4	0,84
Associações de doentes.	3,47	1	5	4	0,88
Académicos/ Investigadores.	3,44	1	5	3	0,93
Gestores dos serviços de saúde.	3,42	1	5	3	0,88
União Europeia.	3,18	1	5	3	1,09
Especialistas em políticas de saúde.	3,08	1	5	3	0,92
Associações de consumidores.	2,77	1	5	3	1,04
Empresas de medicamentos ou outras tecnologias de saúde.	2,62	1	5	3	0,99
Seguradoras	1,84	1	5	2	0,94

H8.4. (Por ARS) - ALENTEJO

	ARS Alentejo (%)				
	Média	Min	Máx	Mediana	Desvio Padrão
Profissionais de saúde.	3,8	2	5	4	0,98
Cidadãos/ Cidadãs.	3,3	1	5	3,5	1,27
Académicos/ Investigadores.	3,1	1	5	3	1,14
Associações de utentes de saúde.	3,1	1	5	3	1,37
Gestores dos serviços de saúde.	3,1	1	5	3	1,14
Especialistas em políticas de saúde.	3,1	1	5	3	1,37
Juntas de Freguesia.	2,9	1	5	3	1,14
Associações de doentes.	2,8	1	5	3	1,08
Câmara(s) Municipal(is).	2,8	2	5	2,5	0,98
Associações de consumidores.	2,5	1	5	2,5	1,28
Empresas de medicamentos ou outras tecnologias de saúde.	2,22	1	3	2	0,79
União Europeia.	2,2	1	5	2	1,33
Seguradoras	1,67	1	3	1	0,94

H8.5. (Por ARS) - ALGARVE

	ARS Algarve (%)				
	Média	Min	Máx	Mediana	Desvio Padrão
Profissionais de saúde.	4,42	3	5	5	0,76
Cidadãos/ Cidadãs.	4,18	3	5	4	0,72
Associações de utentes de saúde.	4,18	3	5	4	0,83
Gestores dos serviços de saúde.	4,18	3	5	4	0,72
Câmara(s) Municipal(is).	4,08	1	5	4	1,04
Juntas de Freguesia.	4	1	5	4	1,13
Especialistas em políticas de saúde.	3,92	2	5	4	0,95
Associações de doentes.	3,82	2	5	4	1,03
Académicos/ Investigadores.	3,82	1	5	4	1,11
União Europeia.	3,8	2	5	4	0,98
Associações de consumidores.	3,09	1	5	3	1,44
Empresas de medicamentos ou outras tecnologias de saúde.	2,91	1	5	3	1,38
Seguradoras	2,5	1	5	2,5	1,28

Os profissionais de saúde assumem em todas as ARS, à exceção da ARS Norte, uma importância destacada quanto ao seu envolvimento na construção da política de cuidados de saúde primários. Na ARS Norte, esse lugar cimeiro é ocupado pelas Associações de consumidores. Nos restantes atores aos quais foram atribuídos elevados níveis de importância pelos coordenadores, nas várias ARS, estão os Cidadãos/ Cidadãs, os Académicos/ Investigadores, Juntas de Freguesia, Associações de utentes de saúde e Gestores dos serviços de saúde. A seguradoras são recorrentemente apontadas como menos importantes, excetuando na ARS Norte onde esse lugar de menor relevância é ocupado pela União Europeia.

H12 (Por Modelo – Mod. A) – Qual a importância que atribui ao envolvimento dos seguintes atores no âmbito da construção da política de cuidados de saúde primários em Portugal?

Nota: foi pedido ao coordenador que atribuisse a cada um dos itens um valor entre 1 e 5 de acordo com a sua importância: 1 – nada importante a 5 – muito importante.

	Média	Min	Máx	Mediana	Desvio Padrão
Profissionais de saúde.	4.33	1	5	5	0.8
Cidadãos/ Cidadãs.	3.76	1	5	4	0.93
Juntas de Freguesia.	3.65	1	5	4	1
Associações de utentes de saúde.	3.61	1	5	4	0.95
Gestores dos serviços de saúde.	3.55	1	5	4	0.93
Câmara(s) Municipal(is).	3.53	1	5	4	1
Académicos/Investigadores.	3.52	1	5	4	0.94
Associações de doentes.	3.43	1	5	3	1.05
Especialistas em políticas de saúde.	3.35	1	5	3	0.94
União Europeia.	3.11	1	5	3	1.06
Associações de consumidores.	2.83	1	5	3	0.98
Empresas de medicamentos ou outras tecnologias de saúde.	2.79	1	5	3	0.96
Seguradoras.	2.01	1	5	2	0.94

H13 (Por Modelo – Mod. B) – Qual a importância que atribui ao envolvimento dos seguintes atores no âmbito da construção da política de cuidados de saúde primários em Portugal?

Nota: foi pedido ao coordenador que atribuisse a cada um dos itens um valor entre 1 e 5 de acordo com a sua importância: 1 – nada importante a 5 – muito importante.

	Média	Min	Máx	Mediana	Desvio Padrão
Profissionais de saúde.	4.37	2	5	5	0.76
Cidadãos/ Cidadãs.	3.82	1	5	4	0.96
Associações de utentes de saúde.	3.73	1	5	4	1.02
Juntas de Freguesia.	3.67	1	5	4	1.1
Câmara(s) Municipal(is).	3.62	1	5	4	0.99
Académicos/Investigadores.	3.57	1	5	4	0.95
Associações de doentes.	3.46	1	5	3.5	1.05
Gestores dos serviços de saúde.	3.43	1	5	3	0.97
Especialistas em políticas de saúde.	3.19	1	5	3	1.05
União Europeia.	3.13	1	5	3	1.04
Associações de consumidores.	2.86	1	5	3	1.1
Empresas de medicamentos ou outras tecnologias de saúde.	2.76	1	5	3	1.07
Seguradoras.	2.08	1	5	2	1.02

Em ambos os casos (USF A e USF B), os profissionais de saúde foram os atores que mais importância receberam relativamente ao envolvimento na construção de política de cuidados de saúde primários em Portugal. Os restantes são valorizados de uma forma relativamente homogénea nos dois modelos, sendo por outro lado as seguradoras os que recebem a menor valorização.

H5 (Geral) – Qual a importância que atribui à existência de iniciativas promotoras do envolvimento do cidadão no âmbito dos cuidados de saúde primários em Portugal?

Nota: foi pedido ao coordenador que atribuísse a cada um dos itens um valor entre 1 e 5 de acordo com a sua importância: 1 – nada importante a 5 – muito importante).

	Média	Min	Máx	Mediana	Desvio Padrão
Disponibilizar informação relevante sobre a Saúde e serviços de Saúde em tempo útil.	4.12	2	5	4	0.84
Utilizar mecanismos e estratégias de comunicação ajustados à realidade e à linguagem local.	4	2	5	4	0.85
Disponibilizar informação sobre como envolver os cidadãos/utente/doentes.	4	2	5	4	0.85
Desenvolver as competências dos/as representantes dos cidadãos/doentes para a sua participação nas decisões relacionadas com a saúde.	3.91	2	5	4	0.87
Reconhecer formalmente as estruturas de envolvimento e participação dos cidadãos.	3.88	2	5	4	0.81
Sensibilizar os decisores para o envolvimento dos/as representantes dos cidadãos/doentes na tomada de decisão.	3.84	2	5	4	0.83
Assegurar uma adequada representatividade das associações.	3.75	1	5	4	0.9

Todas as medidas sugeridas foram consideradas importantes, mas as três consideradas mais importantes foram: “disponibilizar informação relevante sobre a Saúde e serviços de Saúde em tempo útil”, “utilizar mecanismos e estratégias de comunicação ajustados à realidade e à linguagem local” e “disponibilizar informação sobre como envolver os cidadãos/utente/doentes”.

H9 (Por ARS) – Qual a importância que atribui à existência de iniciativas promotoras do envolvimento do cidadão no âmbito dos cuidados de saúde primários em Portugal?

Nota: foi pedido ao coordenador que atribuisse a cada um dos itens um valor entre 1 e 5 de acordo com a sua importância: 1 – nada importante a 5 – muito importante).

ARS do Norte

	Média	Min	Máx	Mediana	Desvio Padrão
Disponibilizar informação relevante sobre a Saúde e serviços de Saúde em tempo útil.	4.15	2	5	4	0.84
Utilizar mecanismos e estratégias de comunicação ajustados à realidade e à linguagem local.	4.1	1	5	4	0.9
Desenvolver as competências dos/as representantes dos cidadãos/doentes para a sua participação nas decisões relacionadas com a saúde.	4.08	1	5	4	1
Disponibilizar informação sobre como envolver os cidadãos/utente/doentes.	4.06	2	5	4	0.88
Sensibilizar os decisores para o envolvimento dos/as representantes dos cidadãos/doentes na tomada de decisão.	4	1	5	4	0.89
Reconhecer formalmente as estruturas de envolvimento e participação dos cidadãos.	3.9	1	5	4	0.92
Assegurar uma adequada representatividade das associações.	3.79	2	5	4	0.89

ARS do Centro

	Média	Min	Máx	Mediana	Desvio Padrão
Disponibilizar informação relevante sobre a Saúde e serviços de Saúde em tempo útil.	4.15	2	5	4	0.84
Utilizar mecanismos e estratégias de comunicação ajustados à realidade e à linguagem local.	4.1	1	5	4	0.9
Desenvolver as competências dos/as representantes dos cidadãos/doentes para a sua participação nas decisões relacionadas com a saúde.	4.08	1	5	4	1
Disponibilizar informação sobre como envolver os cidadãos/utente/doentes.	4.06	2	5	4	0.88
Sensibilizar os decisores para o envolvimento dos/as representantes dos cidadãos/doentes na tomada de decisão.	4	1	5	4	0.89
Reconhecer formalmente as estruturas de envolvimento e participação dos cidadãos.	3.9	1	5	4	0.92
Assegurar uma adequada representatividade das associações.	3.79	2	5	4	0.89

ARS de LVT

	Média	Min	Máx	Mediana	Desvio Padrão
Desenvolver as competências dos/as representantes dos cidadãos/doentes para a sua participação nas decisões relacionadas com a saúde.	4.2	2	5	4	0.76
Utilizar mecanismos e estratégias de comunicação ajustados à realidade e à linguagem local.	4.08	2	5	4	0.76
Assegurar uma adequada representatividade das associações.	4.03	1	5	4	0.88
Reconhecer formalmente as estruturas de envolvimento e participação dos cidadãos.	4.01	2	5	4	0.8
Sensibilizar os decisores para o envolvimento dos/as representantes dos cidadãos/doentes na tomada de decisão.	3.94	2	5	4	0.83
Disponibilizar informação sobre como envolver os cidadãos/utente/doentes.	3.85	1	5	4	0.86
Disponibilizar informação relevante sobre a Saúde e serviços de Saúde em tempo útil.	3.71	1	5	4	0.81

ARS do Alentejo

	Média	Min	Máx	Mediana	Desvio Padrão
Reconhecer formalmente as estruturas de envolvimento e participação dos cidadãos.	3.6	1	5	4	1.2
Sensibilizar os decisores para o envolvimento dos/as representantes dos cidadãos/doentes na tomada de decisão.	3.5	1	5	4	1.12
Disponibilizar informação sobre como envolver os cidadãos/utente/doentes.	3.4	1	5	4	1.11
Utilizar mecanismos e estratégias de comunicação ajustados à realidade e à linguagem local.	3.22	1	5	4	1.4
Desenvolver as competências dos/as representantes dos cidadãos/doentes para a sua participação nas decisões relacionadas com a saúde.	3.22	1	5	4	1.23
Assegurar uma adequada representatividade das associações.	3.22	1	5	3	1.13
Disponibilizar informação relevante sobre a Saúde e serviços de Saúde em tempo útil.	3	1	5	3	1.25

ARS do Algarve

	Média	Min	Máx	Mediana	Desvio Padrão
Sensibilizar os decisores para o envolvimento dos/as representantes dos cidadãos/doentes na tomada de decisão.	4.1	1	5	4	0.89
Reconhecer formalmente as estruturas de envolvimento e participação dos cidadãos.	4	1	5	4	0.9
Disponibilizar informação sobre como envolver os cidadãos/utente/doentes.	3.98	1	5	4	0.92
Desenvolver as competências dos/as representantes dos cidadãos/doentes para a sua participação nas decisões relacionadas com a saúde.	3.84	1	5	4	0.98
Utilizar mecanismos e estratégias de comunicação ajustados à realidade e à linguagem local.	3.81	1	5	4	0.98
Assegurar uma adequada representatividade das associações.	3.75	1	5	4	0.96
Disponibilizar informação relevante sobre a Saúde e serviços de Saúde em tempo útil.	3.6	1	5	4	0.95

Verifica-se uma certa consistência na valorização das várias iniciativas promotoras do envolvimento do cidadão entre as várias ARS, sendo que as mais mencionadas são “Disponibilizar informação relevante sobre a Saúde e serviços de Saúde em tempo útil”, “Utilizar mecanismos e estratégias de comunicação ajustados à realidade e à linguagem local”, “Desenvolver as competências dos/as representantes dos cidadãos/doentes para a sua participação nas decisões relacionadas com a saúde”, “Sensibilizar os decisores para o envolvimento dos/as representantes dos cidadãos/doentes na tomada de decisão” e “Disponibilizar informação sobre como envolver os cidadãos/utente/doentes”. Mais a sul (ARS Alentejo e ARS Algarve), é mais frequente a valorização de iniciativas como “Reconhecer formalmente as estruturas de envolvimento e participação dos cidadãos”, e na ARS LVT verifica-se alguma importância atribuída a “Assegurar uma adequada representatividade das associações”, iniciativa menos frequente nas restantes ARS.

H14 (Por Modelo – Mod. A) – Qual a importância que atribui à existência de iniciativas promotoras do envolvimento do cidadão no âmbito dos cuidados de saúde primários em Portugal?

Nota: foi pedido ao coordenador que atribuisse a cada um dos itens um valor entre 1 e 5 de acordo com a sua importância: 1 – nada importante a 5 – muito importante).

	Média	Min	Máx	Mediana	Desvio Padrão
Disponibilizar informação relevante sobre a Saúde e serviços de Saúde em tempo útil.	4.03	1	5	4	0.89
Utilizar mecanismos e estratégias de comunicação ajustados à realidade e à linguagem local.	3.96	1	5	4	0.91
Disponibilizar informação sobre como envolver os cidadãos/utente/doentes.	3.88	1	5	4	0.91
Desenvolver as competências dos/as representantes dos cidadãos/doentes para a sua participação nas decisões relacionadas com a saúde.	3.82	1	5	4	0.96
Sensibilizar os decisores para o envolvimento dos/as representantes dos cidadãos/doentes na tomada de decisão.	3.78	1	5	4	0.97
Reconhecer formalmente as estruturas de envolvimento e participação dos cidadãos.	3.74	1	5	4	0.96
Assegurar uma adequada representatividade das associações.	3.55	1	5	4	0.96

H15 (Por Modelo – Mod. B) – Qual a importância que atribui à existência de iniciativas promotoras do envolvimento do cidadão no âmbito dos cuidados de saúde primários em Portugal?

Nota: foi pedido ao coordenador que atribuisse a cada um dos itens um valor entre 1 e 5 de acordo com a sua importância: 1 – nada importante a 5 – muito importante).

	Média	Min	Máx	Mediana	Desvio Padrão
Disponibilizar informação relevante sobre a Saúde e serviços de Saúde em tempo útil.	4.15	1	5	4	0.88
Disponibilizar informação sobre como envolver os cidadãos/utente/doentes.	4.06	1	5	4	0.92
Utilizar mecanismos e estratégias de comunicação ajustados à realidade e à linguagem local.	4.03	1	5	4	0.9
Desenvolver as competências dos/as representantes dos cidadãos/doentes para a sua participação nas decisões relacionadas com a saúde.	3.85	1	5	4	1
Sensibilizar os decisores para o envolvimento dos/as representantes dos cidadãos/doentes na tomada de decisão.	3.83	1	5	4	0.99
Reconhecer formalmente as estruturas de envolvimento e participação dos cidadãos.	3.76	1	5	4	0.96
Assegurar uma adequada representatividade das associações.	3.65	1	5	4	0.94

Nas USF A e nas USF B, a disponibilização de informação relevante sobre a Saúde e serviços de Saúde em tempo útil foi consensualmente tida como a iniciativa mais importante de promoção do envolvimento do cidadão, seguida da utilização de mecanismos e estratégias de comunicação ajustados à realidade e à linguagem local. Nas USF B, a disponibilização de informação sobre como envolver os cidadãos/utente/doentes foi igualmente muito valorizada. Os restantes itens receberam valores expressivos de valorização, mas de forma menos destacada.

H6 (Geral) – Enquanto coordenador de uma USF como classifica a satisfação da sua equipa na articulação com as diferentes estruturas da comunidade servida pelos ACES a que a sua USF pertence?

	Muito insatisfeito/a (%)	Insatisfeito/a (%)	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a (%)	Satisfeito/a (%)	Muito satisfeito/a (%)
Hospital(is) de referência do meu ACES (se mais do que um tentar responder tendo na ideia a situação geral.	10,30	34,69	26,56	27,10	1,36
Câmara(s) Municipal(is) da área de atuação do meu ACES (se mais do que uma tentar responder tendo na ideia a situação geral.	7,10	20,41	49,41	17,46	5,62
Junta(s) de Freguesia da área de atuação do meu ACES (se mais do que uma tentar responder tendo na ideia a situação geral.	6,25	13,99	47,02	22,32	10,42
Equipamentos e estruturas disponíveis na comunidade (bibliotecas, escolas, ginásios, equipamentos culturais.	2,97	14,54	45,10	31,75	5,64
Projetos sociais, grupos comunitários, atividades no terreno que contribuam para uma melhor reinserção social e qualidade de vida das pessoas.	3,24	15,29	43,53	31,47	6,47

No conjunto dos cinco tipos de estruturas da comunidade, os Hospitais de referência são os que geram maior insatisfação junto das equipas das USF. As Câmaras Municipais apresentam uma distribuição relativamente equitativa entre satisfeitos e insatisfeitos, ao passo que as restantes estruturas tendem a gerar mais satisfação, com uma proporção elevada de casos neutros.

H10 (Por ARS) – Enquanto coordenador de uma USF como classifica a satisfação da sua equipa na articulação com as diferentes estruturas da comunidade servida pelos ACES a que a sua USF pertence?

		ARS do Norte (%)	ARS do Centro (%)	ARS de LVT (%)	ARS do Alentejo (%)	ARS do Algarve (%)
Hospital(is) de referência do meu ACES (se mais do que um tentar responder tendo na ideia a situação geral.	Muito insatisfeito/a	9,79	6,12	7,0	41,67	10,30
	Insatisfeito/a	40,21	28,57	26,0	33,33	34,69
	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	26,29	26,53	30,0	16,67	26,56
	Satisfeito/a	22,16	38,78	35,0	8,33	27,10
	Muito satisfeito/a	1,55	0,0	2,0	0,0	1,36
Câmara(s) Municipal(is) da área de atuação do meu ACES (se mais do que uma tentar responder tendo na ideia a situação geral.	Muito insatisfeito/a	7,43	4,35	6,52	8,33	7,10
	Insatisfeito/a	19,43	30,43	18,48	16,67	20,41
	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	53,14	45,65	43,48	58,33	49,41
	Satisfeito/a	14,86	17,39	26,09	0,0	17,46
	Muito satisfeito/a	5,14	2,17	5,43	16,67	5,62
Junta(s) de Freguesia da área de atuação do meu ACES (se mais do que uma tentar responder tendo na ideia a situação geral.	Muito insatisfeito/a	4,0	8,70	7,61	8,33	6,25
	Insatisfeito/a	14,29	15,22	11,96	16,67	13,99
	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	47,43	47,83	48,91	41,67	47,02
	Satisfeito/a	24,0	21,74	20,65	16,67	22,32
	Muito satisfeito/a	10,29	6,52	10,87	16,67	10,42
Equipamentos e estruturas disponíveis na comunidade (bibliotecas, escolas, ginásios, equipamentos culturais.	Muito insatisfeito/a	3,39	0,0	2,17	20,0	2,97
	Insatisfeito/a	14,69	17,39	9,78	10,0	14,54
	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	46,33	45,65	43,48	60,0	45,10
	Satisfeito/a	29,94	30,43	39,13	0,0	31,75
	Muito satisfeito/a	5,65	6,52	5,43	10,0	5,64
Projetos sociais, grupos comunitários, atividades no terreno que contribuam para uma melhor reinserção social e qualidade de vida das pessoas.	Muito insatisfeito/a	2,73	4,26	2,22	20,0	3,24
	Insatisfeito/a	16,94	10,64	13,33	10,0	15,29
	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	45,90	34,04	41,11	50,0	43,53
	Satisfeito/a	30,05	42,55	33,33	10,0	31,47
	Muito satisfeito/a	4,37	8,51	10,0	10,0	6,47

Relativamente ao(s) hospital(ais) de referência, a insatisfação é expressiva e transversal a todas as ARS, contudo muito mais destacada na ARS Alentejo onde os insatisfeitos e muito insatisfeitos totalizam três quartos dos coordenadores. No caso do poder local, regista-se uma ligeira insatisfação com as Câmaras Municipais mas sem diferenças importantes entre as

cinco ARS, ao passo que com as Juntas se verifica uma satisfação embora pouco expressiva. Com as restantes estruturas não se verificam diferenças relevantes entre as ARS, ocorrendo globalmente uma deslocação para o lado da satisfação, à exceção da ARS Alentejo onde se verifica o oposto.

H16 (Por Modelo) – Enquanto coordenador de uma USF como classifica a satisfação da sua equipa na articulação com as diferentes estruturas da comunidade servida pelos ACES a que a sua USF pertence?

		Modelo A (%)	Modelo B (%)
Hospital(is) de referência do meu ACES (se mais do que um tentar responder tendo na ideia a situação geral.	Muito insatisfeito/a	9,52	11,17
	Insatisfeito/a	39,29	30,96
	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	26,79	25,89
	Satisfeito/a	23,81	29,95
	Muito satisfeito/a	0,60	2,03
Câmara(s) Municipal(is) da área de atuação do meu ACES (se mais do que uma tentar responder tendo na ideia a situação geral.	Muito insatisfeito/a	7,89	6,52
	Insatisfeito/a	22,37	18,48
	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	48,68	50,00
	Satisfeito/a	15,13	19,57
	Muito satisfeito/a	5,92	5,43
Junta(s) de Freguesia da área de atuação do meu ACES (se mais do que uma tentar responder tendo na ideia a situação geral.	Muito insatisfeito/a	5,92	6,59
	Insatisfeito/a	16,45	12,09
	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	46,05	47,25
	Satisfeito/a	21,05	23,63
	Muito satisfeito/a	10,53	10,44
Equipamentos e estruturas disponíveis na comunidade (bibliotecas, escolas, ginásios, equipamentos culturais.	Muito insatisfeito/a	3,27	2,75
	Insatisfeito/a	14,38	14,29
	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	47,71	42,86
	Satisfeito/a	28,76	34,62
	Muito satisfeito/a	5,88	5,49
Projetos sociais, grupos comunitários, atividades no terreno que contribuam para uma melhor reinserção social e qualidade de vida das pessoas.	Muito insatisfeito/a	4,55	2,17
	Insatisfeito/a	16,23	14,67
	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	45,45	41,30
	Satisfeito/a	27,92	34,78
	Muito satisfeito/a	5,84	7,07

A insatisfação com a articulação da equipa da USF com os Hospitais de referência, independentemente do modelo, é notória e ligeiramente mais acentuada nas USF A. Com as restantes estruturas da comunidade verifica-se sempre satisfação, embora com as Câmaras Municipais as respostas se situem num território de quase neutralidade.

H17 (USF integradas em ULS/ USF não integradas em ULS) – Enquanto coordenador de uma USF como classifica a satisfação da sua equipa na articulação com as diferentes estruturas da comunidade servida pelos ACES a que a sua USF pertence?

		USF integradas em ULS (%)	USF não integradas em ULS (%)
Hospital(is) de referência do meu ACES (se mais do que um tentar responder tendo na ideia a situação geral.	Muito insatisfeito/a	6,90	10,51
	Insatisfeito/a	31,03	35,44
	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	31,03	26,13
	Satisfeito/a	27,59	26,73
	Muito satisfeito/a	3,45	1,20
Câmara(s) Municipal(is) da área de atuação do meu ACES (se mais do que uma tentar responder tendo na ideia a situação geral.	Muito insatisfeito/a	11,11	6,89
	Insatisfeito/a	3,70	21,97
	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	48,15	49,51
	Satisfeito/a	25,93	16,39
	Muito satisfeito/a	11,11	5,25
Junta(s) de Freguesia da área de atuação do meu ACES (se mais do que uma tentar responder tendo na ideia a situação geral.	Muito insatisfeito/a	11,11	5,94
	Insatisfeito/a	3,70	14,85
	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	48,15	46,86
	Satisfeito/a	29,63	21,45
	Muito satisfeito/a	7,41	10,89
Equipamentos e estruturas disponíveis na comunidade (bibliotecas, escolas, ginásios, equipamentos culturais.	Muito insatisfeito/a	7,41	2,63
	Insatisfeito/a	3,70	15,13
	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	44,44	45,39
	Satisfeito/a	37,04	31,58
	Muito satisfeito/a	7,41	5,26
Projetos sociais, grupos comunitários, atividades no terreno que contribuam para uma melhor reinserção social e qualidade de vida das pessoas.	Muito insatisfeito/a	7,14	2,94
	Insatisfeito/a	14,29	15,36
	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	46,43	43,14
	Satisfeito/a	25,00	32,35
	Muito satisfeito/a	7,14	6,21

As USF não integradas em ULS acolhem um número um pouco maior de coordenadores insatisfeitos com os Hospitais de referência comparativamente com as unidades integradas em ULS, onde as respostas estão distribuídas de forma mais equitativa entre insatisfeitos, satisfeitos e mesmo neutros. Com as Câmaras Municipais passa-se relativamente o mesmo, com uma satisfação ligeiramente superior nas ULS, não se verificando diferenças importantes na articulação com as restantes estruturas entre uma e outra realidade, e em ambas ocorrendo satisfação.

I. SEGURANÇA E BEM-ESTAR DOS PROFISSIONAIS

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?

2017/2018		
	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?	30,9%	69,1%

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	29,2	23,5	39,2	25,0	33,3
Não	70,8	76,5	60,8	75,0	66,7

I3 (Geral). Se respondeu afirmativamente à questão anterior, qual o tipo de acidente que sofreu Qual o tipo de acidente que sofreu? (pode escolher mais do que uma opção)

	Sim (%)	Não (%)
Picada	44,07	55,93
Queimadura	0,85	99,15
Queda	43,22	56,78
Corte	8,47	91,53
Outro	22,88	77,12

Dos coordenadores respondentes, 30,9% referem que a na sua USF houve pelo menos um acidente nos últimos 12 meses relacionado com o desempenho da atividade profissional, sendo na ARS LVT, seguida da ARS Algarve que esta situação é mais frequente com 39,2% e 33,3%, respectivamente.

A maioria dos acidentes são picadas (aconteceram em 44,07% das USF em que ocorreram acidentes) e quedas (43,22%), seguindo-se os outros (22,88%).

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

	Sim (%)	Não (%)
<u>Violência física</u> ²⁸ contra profissionais de saúde na USF?	12,70	87,30
<u>Ameaça/agressão verbal</u> ²⁹ contra profissionais de saúde na USF?	76,41	23,59
<u>Pressão moral</u> ³⁰ contra profissionais de saúde na USF?	55,86	44,14
<u>Assédio sexual</u> ³¹ contra profissionais de saúde na USF?	2,72	97,28
<u>Discriminação</u> ³² contra profissionais de saúde na USF	11,83	88,17
<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.	18,48	81,52

Os episódios de violência contra profissionais de saúde, ocorreram em pelo menos 76,41% das USF respondentes. Cerca de 76,41% dos casos estão relacionados com situações de **ameaça e agressão verbal**, seguidas de **atos de pressão moral** (55,86%), **violência contra propriedade dos profissionais** (18,48%), **violência física** (12,70%), discriminação (11,83%) e **assédio sexual** (2,72%). Realçar os 2 extremos da violência coma violência física a ocorrer em mais de 12% das USF e a pressão moral em mais de metade das USF.

²⁸ 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.

²⁹ 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

³⁰ 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

³¹ 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

³² 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

17 (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[1] contra profissionais de saúde na USF?</u>	Sim	12,4	8,0	19,0	0,0	0,0
	Não	87,6	92,0	81,0	100,0	100,0
<u>Ameaça/agressão verbal[2] contra profissionais de saúde na USF?</u>	Sim	71,0	70,6	86,4	91,7	91,7
	Não	29,0	29,4	13,6	8,3	8,3
<u>Pressão moral[3] contra profissionais de saúde na USF?</u>	Sim	52,9	51,0	62,4	41,7	83,3
	Não	47,1	49,0	37,6	58,3	16,7
<u>Assédio sexual[4] contra profissionais de saúde na USF?</u>	Sim	2,1	2,0	3,9	0,0	8,3
	Não	97,9	98,0	96,1	100,0	91,7
<u>Discriminação[5] contra profissionais de saúde na USF</u>	Sim	8,9	7,8	21,4	0,0	8,3
	Não	91,1	92,2	78,6	100,0	91,7
<u>Violência contra a propriedade pessoal dos profissionais de saúde na USF?</u> Por exemplo: Danos à viatura própria, roubo de objetos pessoais, assalto ao cacifo.	Sim	18,0	14,0	25,2	0,0	0,0
	Não	82,0	86,0	74,8	100,0	100,0

Quando analisamos os mesmos dados por ARS verificamos que a ARS LVT é a que tem mais casos de violência física com 19%, discriminação contra profissionais com 21,4% e violência contra a propriedade pessoal dos profissionais com 25,2%. A ARS Alentejo e ARS Algarve a que tem mais casos de ameaça/agressão verbal com 91,7% cada. A ARS Algarve é a que tem, ainda, mais casos de pressão moral com 83,3% e assédio sexual com 8,3% dos casos.

18 (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?	73.2%	26.8%

I8. 1. (Geral) Se sim, como classifica a sua satisfação em relação ao procedimento existente na sua USF para abordar a violência: NOVA

	2017/2018
	(%)
Muito insatisfeito	1.16
Insatisfeito	6.56
Nem satisfeito nem insatisfeito	30.89
Satisfeito	52.51
Muito satisfeito	8.88

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	75,90%	86,28%	60,19%	33,34%	25%
Não	24,10%	13,72%	39,81%	66,66%	75%

As USF respondentes afirmam que 73,2% têm procedimentos para abordar a violência contra os profissionais e destes 61,39% estão satisfeitos com o procedimento em vigor na sua USF.

A análise por ARS permite-nos verificar que a ARS Algarve tem, simultaneamente, elevados índices de violência psicológica e o mais baixo resultado de USF com procedimentos para abordar a violência contra os profissionais, seguida ARS Alentejo (com valor acima de 90% de casos de ameaça verbal) e da ARS LVT que também apresenta elevados índices de violência, neste caso de violência física.

J. EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS

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	1,75	4,68	15,79	38,60	39,18
O fim das quotas para constituição de USF modelo A.	3,35	3,07	4,75	27,65	61,17
O fim das quotas para constituição de USF modelo B*	3,06	3,90	5,57	23,68	63,79
Introdução do requisito dos enfermeiros que constituem a USF deterem o título de especialista em enfermagem de saúde familiar	5,25	12,71	22,10	33,15	26,80
Definição dos critérios para manutenção em USF	1,64	3,56	14,52	46,03	34,25

Em relação as diversas 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) iguais ou superiores a 60%. Realça-se **o fim das quotas para modelo A** (88,82%) e modelo B (87,47%), a **definição dos critérios para manutenção em USF** (80,28%) e a **transformação dos incentivos financeiros em atividades específicas** (77,78%). Também com aprovação maioritária, ainda que não tão alta, a introdução do requisito dos enfermeiros que constituem a USF deterem o título de especialista em enfermagem de saúde familiar com quase 60% de concordância.

J2 (Por Modelo- A) -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	3,4%	6,9%	22,1%	43,4%	24,1%
O fim das quotas para constituição de USF modelo A.	1,9%	1,9%	3,7%	30,4%	62,1%
O fim das quotas para constituição de USF modelo B*	1,2%	2,5%	3,1%	24,2%	68,9%
Introdução do requisito dos enfermeiros que constituem a USF deterem o título de especialista em enfermagem de saúde familiar	5,5%	15,2%	28,5%	27,3%	23,6%
Definição dos critérios para manutenção em USF	0,6%	3,6%	15,6%	46,7%	33,5%

J3 (Por Modelo- B) -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	0,5%	3,1%	11,2%	35,2%	50,0%
O fim das quotas para constituição de USF modelo A.	4,6%	4,1%	5,6%	25,5%	60,2%
O fim das quotas para constituição de USF modelo B*	4,6%	5,1%	7,6%	23,4%	59,4%
Introdução do requisito dos enfermeiros que constituem a USF deterem o título de especialista em enfermagem de saúde familiar	5,1%	10,7%	16,8%	37,8%	29,6%
Definição dos critérios para manutenção em USF	2,6%	3,1%	13,8%	45,9%	34,7%

Quando se avalia esta área da evolução das políticas diferenciando as respostas por modelo, vê-se que há simetria de posições em tudo, mas divergências no que toca à intensidade da concordância com a transformação dos incentivos financeiros dos enfermeiros e secretários clínicos, em atividades específicas da USF, como componente salarial mensal estando as USF B mais de acordo com esta medida e o mesmo acontece com a introdução do requisito dos enfermeiros que constituem a USF deterem o título de especialista em enfermagem de saúde familiar.

K. CONTRATUALIZAÇÃO

K1 (Geral) - Por favor, indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações sobre a contratualização no ano de 2017 (notar que esta questão se refere ao ano de 2017)

		2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2016/17	2017/18
A contratualização é um estímulo para trabalhar com maior qualidade.	Em desacordo ou Muito em desacordo	14,90%	22,30%	13,60%	17,00%	37,40%	31,80%	22,80%	19.89%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	11,90%	11,70%	12,80%	17,00%	11,60%	13,60%	22,80%	19.35%
	De acordo ou Muito de acordo	73,10%	66,00%	73,60%	65,90%	51,00%	54,50%	54,40%	60.76%
A contratualização é uma negociação transparente.	Em desacordo ou Muito em desacordo	48,80%	61,20%	65,60%	73,30%	75,90%	63,00%	57,40%	41.60%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	22,00%	22,30%	15,20%	13,30%	14,40%	26,00%	26,90%	30.58%
	De acordo ou Muito de acordo	29,30%	16,50%	19,20%	13,30%	9,70%	11,00%	15,70%	27.82%
O processo de contratualização cumpre os prazos estabelecidos para a sua concretização.	Em desacordo ou Muito em desacordo	-	-	-	-	71,90%	61,80%	81,30%	81.42%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	12,80%	19,10%	10,10%	10.38%
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	15,30%	19,10%	8,60%	8.20%
Os valores de referência e de variação aceitável de desempenho em cada indicador deveriam ter em conta o contexto da unidade que contratualiza.	Em desacordo ou Muito em desacordo	-	-	-	-	5,80%	7,10%	3,80%	10.63%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	1,60%	5,50%	3,50%	7.36%
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	92,70%	87,30%	92,60%	82.02%
Os indicadores têm fundamentação técnico-científica adequada.	Em desacordo ou Muito em desacordo	-	-	-	-	64,80%	56,80%	54,50%	41.27%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	27,60%	27,10%	28,40%	35.18%
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	7,70%	16,20%	17,10%	23.55%

Os valores de referência e de variação aceitável de desempenho em cada indicador têm uma exigência que se pode fundamentar em termos técnico-científicos.	Em desacordo ou Muito em desacordo	-	-	-	-	85,60%	70,10%	60,40%	45.83%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	11,30%	21,80%	28,70%	33.89 %
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	3,10%	8,10%	10,90%	20.28 %
O esforço a que os valores de referência e de variação aceitável de desempenho em cada indicador obrigam não prejudica o restante trabalho que a USF precisa de fazer	Em desacordo ou Muito em desacordo	-	-	-	-	82,20%	75,20%	68,60%	48.90 %
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	8,60%	10,50%	14,80%	28.02 %
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	9,10%	14,40%	16,60%	23.08%
O processo de contratualização, em termos globais, tem vindo a melhorar ao longo dos anos.	Em desacordo ou Muito em desacordo	-	-	-	-	49,20%	33,70%	28,70%	23.76%
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	-	-	-	-	28,70%	28,00%	31,70%	20.17%
	De acordo ou Muito de acordo	-	-	-	-	22,10%	38,30%	39,60%	56.08%

K2 (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	22,4	20,0	36,0	9,1	8,3
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	17,7	22,0	22,0	9,1	25,0
	De acordo ou Muito de acordo	59,9	58,0	42,0	81,8	66,7
A contratualização é uma negociação transparente.	Em desacordo ou Muito em desacordo	22,4	46,9	44,9	36,4	41,7
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	17,7	30,6	29,6	36,4	16,7
	De acordo ou Muito de acordo	59,9	22,4	25,5	27,3	41,7
O processo de contratualização cumpre os prazos estabelecidos	Em desacordo ou Muito em desacordo	78,1	94,0	79,8	90,9	91,7

		ARS Norte (%)	ARS Centro (%)	ARS LVT (%)	ARS Alentejo (%)	ARS Algarve (%)
para a sua concretização.	Nem de acordo/ Nem em desacordo	11,5	6,0	11,1	0,0	8,3
	De acordo ou Muito de acordo	10,4	0,0	9,1	9,1	0,0
Os valores de referência e de variação aceitável de desempenho em cada indicador deveriam ter em conta o contexto da unidade que contratualiza.	Em desacordo ou Muito em desacordo	11,0	8,0	11,9	9,1	8,3
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	9,9	4,0	4,0	0,0	8,3
	De acordo ou Muito de acordo	79,1	88,0	84,2	90,9	83,3
Os indicadores têm fundamentação técnico-científica adequada.	Em desacordo ou Muito em desacordo	41,3	36,0	43,4	45,5	36,4
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	34,4	38,0	34,3	36,4	45,5
	De acordo ou Muito de acordo	24,3	26,0	22,2	18,2	18,2
Os valores de referência e de variação aceitável de desempenho em cada indicador têm uma exigência que se pode fundamentar em termos técnico-científicos.	Em desacordo ou Muito em desacordo	43,9	50,0	43,4	63,6	36,4
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	35,8	32,0	34,3	27,3	27,3
	De acordo ou Muito de acordo	20,3	18,0	22,2	9,1	36,4
O esforço a que os valores de referência e de variação aceitável de desempenho em cada indicador obrigam não prejudica o restante trabalho que a USF precisa de fazer	Em desacordo ou Muito em desacordo	45,8	42,0	57,0	36,4	66,7
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	31,1	32,0	23,0	27,3	8,3
	De acordo ou Muito de acordo	23,2	26,0	20,0	36,4	25,0
O processo de contratualização, em termos globais, tem vindo a melhorar ao longo dos anos.	Em desacordo ou Muito em desacordo	20,6	36,0	24,2	27,3	16,7
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	18,5	22,0	21,2	27,3	25,0
	De acordo ou Muito de acordo	60,8	42,0	54,5	45,5	58,3

K4 (Por Modelo) – Como caracteriza o processo de contratualização?

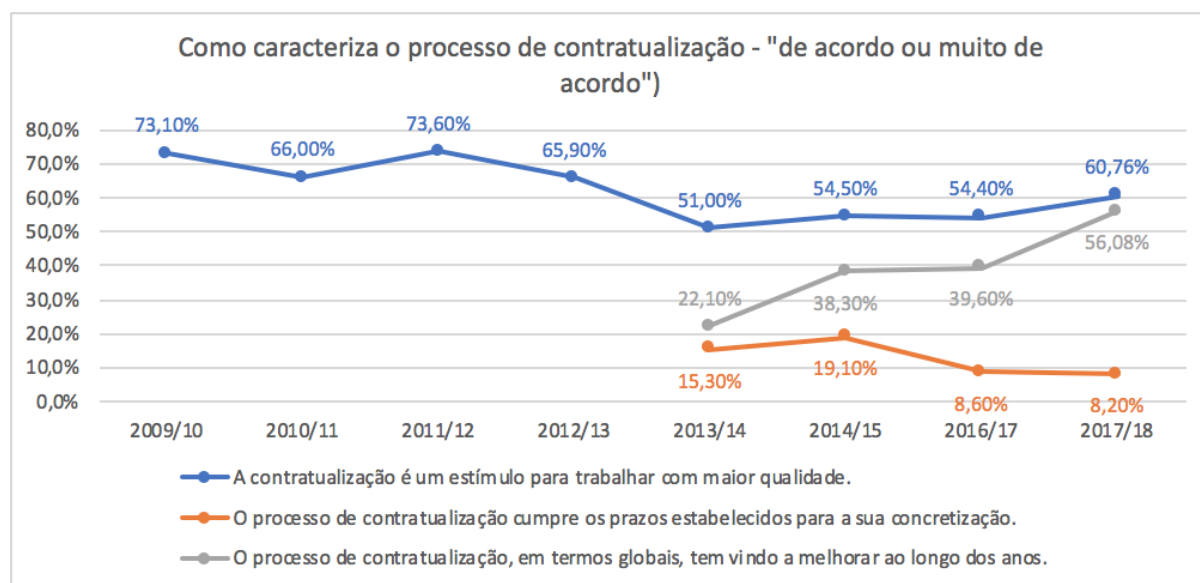
		Modelo A (%)	Modelo B (%)
A contratualização é um estímulo para trabalhar com maior qualidade.	Em desacordo ou		
	Muito em desacordo	22,4	17,7
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	23,0	15,7
	De acordo ou Muito de acordo	54,5	66,7
A contratualização é uma negociação transparente.	Em desacordo ou		
	Muito em desacordo	42,3	40,8
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	33,7	28,1
	De acordo ou Muito de acordo	23,9	31,1
O processo de contratualização cumpre os prazos estabelecidos para a sua concretização.	Em desacordo ou		
	Muito em desacordo	78,7	83,8
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	14,0	7,1
	De acordo ou Muito de acordo	7,3	9,1
Os valores de referência e de variação aceitável de desempenho em cada indicador deveriam ter em conta o contexto da unidade que contratualiza.	Em desacordo ou		
	Muito em desacordo	9,6	11,7
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	9,6	5,1
	De acordo ou Muito de acordo	80,8	83,2
Os indicadores têm fundamentação técnico-científica adequada.	Em desacordo ou		
	Muito em desacordo	42,3	40,0
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	35,6	34,9
	De acordo ou Muito de acordo	22,1	25,1
Os valores de referência e de variação aceitável de desempenho em cada indicador têm uma exigência que se pode fundamentar em termos técnico-científicos.	Em desacordo ou		
	Muito em desacordo	46,0	45,6
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	35,6	32,3
	De acordo ou Muito de acordo	18,4	22,1
O esforço a que os valores de referência e de variação aceitável de desempenho em cada indicador obrigam não prejudica o restante trabalho que a USF precisa de fazer	Em desacordo ou		
	Muito em desacordo	52,1	45,4
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	27,3	29,1
	De acordo ou Muito de acordo	20,6	25,5
O processo de contratualização, em termos globais, tem vindo a melhorar ao longo dos anos.	Em desacordo ou		
	Muito em desacordo	25,8	21,4
	Nem de acordo/	25,2	16,3

		Modelo A (%)	Modelo B (%)
	Nem em desacordo		
	De acordo ou	49,1	62,2
	Muito de acordo		

K5 (USF integradas em ULS/ USF não integradas em ULS) – Como caracteriza o processo de contratualização?

		USF integradas em ULS(%)	USF não integradas em ULS (%)
A contratualização é um estímulo para trabalhar com maior qualidade.	Em desacordo ou Muito em desacordo	20,7	19,6
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	10,3	19,6
	De acordo ou Muito de acordo	69,0	60,7
A contratualização é uma negociação transparente.	Em desacordo ou Muito em desacordo	44,8	41,9
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	20,7	31,2
	De acordo ou Muito de acordo	34,5	26,9
O processo de contratualização cumpre os prazos estabelecidos para a sua concretização.	Em desacordo ou Muito em desacordo	72,4	83,0
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	13,8	9,7
	De acordo ou Muito de acordo	13,8	7,3
Os valores de referência e de variação aceitável de desempenho em cada indicador deveriam ter em conta o contexto da unidade que contratualiza.	Em desacordo ou Muito em desacordo	20,7	9,7
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	10,3	6,6
	De acordo ou Muito de acordo	69,0	83,7
Os indicadores têm fundamentação técnico-científica adequada.	Em desacordo ou Muito em desacordo	34,5	41,7
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	34,5	35,6
	De acordo ou Muito de acordo	31,0	22,7

Os valores de referência e de variação aceitável de desempenho em cada indicador têm uma exigência que se pode fundamentar em termos técnico-científicos.	Em desacordo ou Muito em desacordo	37,9	46,5
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	27,6	34,5
	De acordo ou Muito de acordo	34,5	19,1
O esforço a que os valores de referência e de variação aceitável de desempenho em cada indicador obrigam não prejudica o restante trabalho que a USF precisa de fazer	Em desacordo ou Muito em desacordo	37,9	49,2
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	20,7	29,2
	De acordo ou Muito de acordo	41,4	21,6
O processo de contratualização, em termos globais, tem vindo a melhorar ao longo dos anos.	Em desacordo ou Muito em desacordo	24,1	23,9
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	13,8	20,5
	De acordo ou Muito de acordo	62,1	55,7

Gráfico 10 - Caracterização do processo de contratualização. Portugal. 2009/2018 -

Na caracterização do processo de contratualização 60,8% dos respondentes está de acordo ou muito de acordo que este processo é um **estímulo para trabalhar com maior qualidade**, um ligeiro crescimento face aos 54,4% obtidos no estudo de 2016/17 mas ainda abaixo dos valores obtidos nos anos 2009-2013. Os coordenadores de USF da ARS Alentejo (81,8%) e, da ARS Alentejo (66,7%) e os do Modelo B (66,7%) são os que mais de acordo estão com esta afirmação.

De entre os coordenadores, 41,6% consideram que a contratualização não é uma **negociação transparente**, embora esta percentagem tenha diminuído consistentemente nos últimos estudos desde o máximo obtido em 2013-14 (75,9%), sendo os coordenadores de USF da ARS Centro (46,9% em desacordo ou muito em desacordo) e da ARS LVT (44,9% em desacordo ou muito em desacordo), e os das USF modelo A (42,3%) os que mais discordam desta transparência. Na ARS Norte a maioria dos coordenadores (59,9%) está de acordo ou muito de acordo que a **contratualização é uma negociação transparente**.

Relativamente ao **cumprimento dos prazos estabelecidos**, 81,4% discordam que o processo **cumpra os prazos estabelecidos** para a sua concretização (um valor muito semelhante ao obtido o ano passado: 81,3%), com maior desacordo ou muito desacordo nas USF da região Centro (94%), Algarve (91,7) e Alentejo (90,9%) e os das USF modelo B (83,8%).

Dos coordenadores, 82% está de acordo ou muito de acordo que **os valores de referência deveriam ter em conta o contexto da unidade** que contratualiza. Esta é a afirmação mais consensual entre as formuladas relativamente à contratualização embora com um decréscimo face aos últimos anos, particularmente nas ARS Alentejo (90,9% de acordo ou muito de acordo) e Centro (88,0% de acordo ou muito de acordo) e nas USF Modelo B (83,2%).

No que se refere aos indicadores de contratualização, 41,3% 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 54,5% do estudo 2016/17. As USF das regiões Alentejo (45,5%) e LVT (43,3%) e ARS Norte (41,3%) são as que mais discordam, assim como as USF de modelo A (42,3%).

Simultaneamente, 45,8% dos coordenadores discorda que **valores de referência e de variação aceitável de desempenho têm uma exigência que se pode fundamentar em termos técnico-científicos**, seguindo a tendencia decrescente verificada nos últimos anos, sendo as ARS Alentejo (63,6% em desacordo ou muito em desacordo) e Centro (50% em desacordo ou muito em desacordo).-Apenas 23,1% concorda que o **esforço a que as metas dos indicadores contratualizados obrigam não prejudica o restante trabalho que a USF precisa de fazer** (um aumento em relação aos 16,6% do estudo de 2016/17, mantendo a tendência crescente dos últimos anos). A discordância com esta afirmação é maior nas regiões do Algarve (66,7% em desacordo ou muito em desacordo) e LVT (57% em desacordo ou muito em desacordo).

De entre os coordenadores das USF, 56,1% está de acordo ou muito de acordo que o processo de **contratualização tem vindo a melhorar ao longo dos anos**, o melhor resultado de sempre e pela primeira vez acima dos 50%. A nível regional 60,8% dos coordenadores da região Norte, 58,3% da região do Algarve e 54,5% da região LVT estão de acordo ou muito de acordo. As USF modelo B parecem ser as mais satisfeitas com esta evolução (62,2%).

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 recuperação para os 60,8% neste estudo.

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%, mas no ano seguinte desceu para 8,6 e neste estudo alcançou um mínimo histórico de 8,2%.

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). 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. Nos últimos dois estudos a contratualização saiu do top 5, ficando pelo 6º lugar com score de 3,95 em 2016/17 e neste estudo com um score de 3,7 ficou na segunda metade da lista de preocupações. Este novo modelo de contratualização, alicerçada na evolução positiva nos últimos anos poderá estar relacionada com este facto.

K5 (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	2.17	5.96	19.24	57.99	14.63
Comissão Técnica Nacional para apuramento de valores de referência nacional e avaliação da qualidade dos bilhetes de identidade (BI) dos indicadores contratualizados	1.37	4.93	13.42	53.97	26.30
Criação das Comissões (regionais) de Acompanhamento Externo	1.64	7.95	20.82	53.70	15.89
O plano de ação incluir estratégias e atividades para melhorar/qualificar/sustentar o desempenho	1.63	3.53	14.40	63.86	16.58
Divisão dos incentivos institucionais em 3 níveis	2.03	7.83	35.36	43.19	11.59
Não se contratualizarem indicadores	7.52	27.02	27.02	24.51	13.93
Não se contratualizarem Metas	7.46	30.39	27.07	21.55	13.54
Todas as unidades funcionais terem os mesmos indicadores	9.54	30.79	14.17	34.06	11.44
Todas as unidades funcionais terem os mesmos valores de referência e de variação aceitável para os indicadores	12.81	35.69	14.17	29.70	7.63
Intervenção Conselho Clínico Saúde se IDG inferior a 50	2.75	6.04	18.13	52.75	20.33
A matriz multidimensional de contratualização interna incluir no futuro uma Dimensão dedicada à Saúde da Família*	2.82	6.20	29.58	47.61	13.80
O Plano de Ação incluir no futuro indicadores que traduzem medidas de saúde e bem-estar da família (enquanto grupo alvo de cuidados*)	2.79	6.15	25.14	52.23	13.69

K6 (Por ARS) - Por favor, indique o seu grau de concordância com a implementação dos seguintes elementos:

		ARS Norte (%)	ARS Centro (%)	ARS LVT (%)	ARS Alentejo (%)	ARS Algarve (%)
Auditorias à atividade das unidades relacionada com os indicadores contratualizados	Em desacordo ou Muito em desacordo	9,8	25,0	6,0	25,0	0,0
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	20,1	8,3	16,0	8,3	16,7
	De acordo ou Muito de acordo	70,1	66,7	78,0	66,7	83,3
Comissão Técnica Nacional para apuramento de valores de referência nacional e avaliação da qualidade dos bilhetes de identidade (BI) dos indicadores contratualizados	Em desacordo ou Muito em desacordo	6,8	7,8	3,1	16,7	9,1
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	12,0	13,7	15,3	25,0	9,1
	De acordo ou Muito de acordo	81,3	78,4	81,6	58,3	81,8
Criação das Comissões (regionais) de Acompanhamento Externo	Em desacordo ou Muito em desacordo	12,5	7,8	6,1	8,3	8,3
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	21,4	13,7	17,3	41,7	16,7
	De acordo ou Muito de acordo	66,1	78,4	76,5	50,0	75,0
O plano de ação incluir estratégias e atividades para melhorar/qualificar/sustentar o desempenho	Em desacordo ou Muito em desacordo	5,7	2,0	4,0	16,7	8,3
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	13,5	20,0	12,0	25,0	16,7
	De acordo ou Muito de acordo	80,8	78,0	84,0	58,3	75,0
Divisão dos incentivos institucionais em 3 níveis	Em desacordo ou Muito em desacordo	13,1	6,4	5,4	0,0	18,2
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	32,2	29,8	42,4	45,5	36,4
	De acordo ou Muito de acordo	54,6	63,8	52,2	54,5	45,5
Não se contratualizarem indicadores	Em desacordo ou	34,8	32,0	36,1	25,0	41,7

		ARS Norte (%)	ARS Centro (%)	ARS LVT (%)	ARS Alentejo (%)	ARS Algarve (%)
	Muito em desacordo					
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	27,8	22,0	27,8	41,7	16,7
	De acordo ou Muito de acordo	37,4	46,0	36,1	33,3	41,7
Não se contratualizarem Metas	Em desacordo ou Muito em desacordo	36,0	36,0	38,8	41,7	66,7
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	28,0	24,0	27,6	33,3	16,7
	De acordo ou Muito de acordo	36,0	40,0	33,7	25,0	16,7
Todas as unidades funcionais terem os mesmos indicadores	Em desacordo ou Muito em desacordo	42,0	40,8	39,0	25,0	41,7
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	14,0	16,3	14,0	16,7	8,3
	De acordo ou Muito de acordo	44,0	42,9	47,0	58,3	50,0
Todas as unidades funcionais terem os mesmos valores de referência e de variação aceitável para os indicadores	Em desacordo ou Muito em desacordo	45,8	54,0	52,0	25,0	58,3
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	14,1	18,0	12,0	25,0	8,3
	De acordo ou Muito de acordo	40,1	28,0	36,0	50,0	33,3
Intervenção Conselho Clínico Saúde se IDG inferior a 50	Em desacordo ou Muito em desacordo	5,8	17,6	9,1	10,0	16,7
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	13,1	29,4	20,2	30,0	25,0
	De acordo ou Muito de acordo	81,2	52,9	70,7	60,0	58,3
A matriz multidimensional de contratualização interna incluir no futuro uma Dimensão dedicada à Saúde da Família*	Em desacordo ou Muito em desacordo	8,5	6,1	10,5	10,0	18,2
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	29,6	24,5	32,6	50,0	9,1

		ARS Norte (%)	ARS Centro (%)	ARS LVT (%)	ARS Alentejo (%)	ARS Algarve (%)
	De acordo ou Muito de acordo	61,9	69,4	56,8	40,0	72,7
O Plano de Ação incluir no futuro indicadores que traduzem medidas de saúde e bem-estar da família (enquanto grupo alvo de cuidados*)	Em desacordo ou Muito em desacordo	8,5	4,1	10,4	9,1	25,0
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	26,5	20,4	26,0	36,4	8,3
	De acordo ou Muito de acordo	65,1	75,5	63,5	54,5	66,7

K7 (Por Modelo)- Por favor, indique o seu grau de concordância com a implementação dos seguintes elementos:

		Modelo A (%)	Modelo B (%)
Auditorias à atividade das unidades relacionada com os indicadores contratualizados	Em desacordo ou Muito em desacordo	10,1	6,6
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	26,8	13,1
	De acordo ou Muito de acordo	63,1	80,3
Comissão Técnica Nacional para apuramento de valores de referência nacional e avaliação da qualidade dos bilhetes de identidade (BI) dos indicadores contratualizados	Em desacordo ou Muito em desacordo	7,8	5,1
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	17,4	9,7
	De acordo ou Muito de acordo	74,9	85,1
Criação das Comissões (regionais) de Acompanhamento Externo	Em desacordo ou Muito em desacordo	9,5	9,8
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	23,8	18,0
	De acordo ou Muito de acordo	66,7	72,2
O plano de ação incluir estratégias e atividades para melhorar/qualificar/sustentar o desempenho	Em desacordo ou Muito em desacordo	5,3	5,1
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	18,8	10,3
	De acordo ou Muito de acordo	75,9	84,6
	Em desacordo ou Muito em desacordo	8,5	11,1

		Modelo A (%)	Modelo B (%)
Divisão dos incentivos institucionais em 3 níveis	Nem de acordo/ Nem em desacordo	34,0	36,0
	De acordo ou Muito de acordo	57,5	52,9
Não se contratualizarem indicadores	Em desacordo ou Muito em desacordo	32,7	36,4
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	29,6	25,1
	De acordo ou Muito de acordo	37,7	38,5
Não se contratualizarem Metas	Em desacordo ou Muito em desacordo	37,8	38,3
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	30,5	24,5
	De acordo ou Muito de acordo	31,7	37,2
Todas as unidades funcionais terem os mesmos indicadores	Em desacordo ou Muito em desacordo	42,5	38,4
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	15,0	13,6
	De acordo ou Muito de acordo	42,5	48,0
Todas as unidades funcionais terem os mesmos valores de referência e de variação aceitável para os indicadores	Em desacordo ou Muito em desacordo	49,1	47,5
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	16,2	12,6
	De acordo ou Muito de acordo	34,7	39,9
Intervenção Conselho Clínico Saúde se IDG inferior a 50	Em desacordo ou Muito em desacordo	10,4	7,1
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	24,4	13,2
	De acordo ou Muito de acordo	65,2	79,7
A matriz multidimensional de contratualização interna incluir no futuro uma Dimensão dedicada à Saúde da Família*	Em desacordo ou Muito em desacordo	8,8	9,3
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	31,4	28,5
	De acordo ou Muito de acordo	59,7	62,2
	Em desacordo ou Muito em desacordo	7,9	9,9

		Modelo A (%)	Modelo B (%)
O Plano de Ação incluir no futuro indicadores que traduzem medidas de saúde e bem-estar da família (enquanto grupo alvo de cuidados*)	Nem de acordo/ Nem em desacordo	26,8	24,1
	De acordo ou Muito de acordo	65,2	66,0

K8 (Por USF integradas em ULS/ USF não integradas em ULS)- Por favor, indique o seu grau de concordância com a implementação dos seguintes elementos:

		USF integradas em ULS	USF não integradas em ULS
Auditorias à atividade das unidades relacionada com os indicadores contratualizados	Em desacordo ou Muito em desacordo	8,7	3,4
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	19,5	13,8
	De acordo ou Muito de acordo	71,9	82,8
Comissão Técnica Nacional para apuramento de valores de referência nacional e avaliação da qualidade dos bilhetes de identidade (BI) dos indicadores contratualizados	Em desacordo ou Muito em desacordo	6,3	6,9
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	13,3	10,3
	De acordo ou Muito de acordo	80,4	82,8
Criação das Comissões (regionais) de Acompanhamento Externo	Em desacordo ou Muito em desacordo	10,3	3,4
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	19,6	27,6
	De acordo ou Muito de acordo	70,1	69,0
O plano de ação incluir estratégias e atividades para melhorar/qualificar/sustentar o desempenho	Em desacordo ou Muito em desacordo	5,4	3,4
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	13,5	17,2
	De acordo ou Muito de acordo	81,1	79,3
Divisão dos incentivos institucionais em 3 níveis	Em desacordo ou Muito em desacordo	10,5	3,8
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	35,1	30,8
	De acordo ou Muito de acordo	54,3	65,4

		USF integradas em ULS	USF não integradas em ULS
Não se contratualizarem indicadores	Em desacordo ou Muito em desacordo	34,2	41,4
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	27,1	24,1
	De acordo ou Muito de acordo	38,8	34,5
Não se contratualizarem Metas	Em desacordo ou Muito em desacordo	37,6	41,4
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	27,2	24,1
	De acordo ou Muito de acordo	35,2	34,5
Todas as unidades funcionais terem os mesmos indicadores	Em desacordo ou Muito em desacordo	41,3	31,0
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	14,5	10,3
	De acordo ou Muito de acordo	44,3	58,6
Todas as unidades funcionais terem os mesmos valores de referência e de variação aceitável para os indicadores	Em desacordo ou Muito em desacordo	49,1	41,4
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	13,9	17,2
	De acordo ou Muito de acordo	37,0	41,4
Intervenção Conselho Clínico Saúde se IDG inferior a 50	Em desacordo ou Muito em desacordo	9,1	6,9
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	18,2	10,3
	De acordo ou Muito de acordo	72,6	82,8
A matriz multidimensional de contratualização interna incluir no futuro uma Dimensão dedicada à Saúde da Família*	Em desacordo ou Muito em desacordo	9,7	3,6
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	29,3	32,1
	De acordo ou Muito de acordo	61,1	64,3
O Plano de Ação incluir no futuro indicadores que traduzem medidas de saúde e bem-estar da família (enquanto grupo alvo de cuidados*)	Em desacordo ou Muito em desacordo	9,3	3,4
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	25,1	27,6
	De acordo ou Muito de acordo	65,6	69,0

Na caracterização do grau de concordância da implementação de alguns elementos na contratualização, 80,4% dos respondentes está de acordo com **o plano de ação incluir Estratégias e atividades para melhorar/qualificar/sustentar o desempenho**; 80,3% concordam com **criação da Comissão Técnica Nacional para apuramento de valores de referência nacional e avaliação da qualidade dos bilhetes de identidade (BI) dos indicadores contratualizados** e 72,6% com as **auditorias à atividade das unidades relacionada com os indicadores contratualizados**.

Por outro lado, 48,5% dos coordenadores estão em desacordo ou muito em desacordo (versus 37,3% de acordo ou muito de acordo) com o facto de **todas as unidades funcionais terem os mesmos valores de referência e de variação aceitável para os indicadores**, o facto de **todas as unidades funcionais terem os mesmos indicadores** dividiu os coordenadores, 40,3% estão em desacordo ou muito em desacordo enquanto que 45,5% estão de acordo ou muito de acordo. De realçar ainda que 37,8% dos coordenadores estão em desacordo ou muito em desacordo com facto de **não se contratualizarem metas** (35,1% de acordo ou muito de acordo) e 34,5% também de desacordo ou muito em desacordo com **não se contratualizarem indicadores** (com 38,4% de coordenadores de acordo ou muito de acordo).

K9 (Geral) - Em 2018 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?	37.99	62.01

K10 (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	39,78	29,03	41,76	18,18	22,22
Não	60,22	70,97	58,24	81,82	77,78

K11 (Por Modelo) – Foram consideradas as especificidades da vossa USF na avaliação efetuada pelo Departamento de Contratualização?

	Modelo A (%)	Modelo B (%)
Sim	38,10	38,55
Não	61,90	61,45

K12 (Por ACES-ULS) – Foram consideradas as especificidades da vossa USF na avaliação efetuada pelo Departamento de Contratualização?

	USF integradas em ULS/	USF não integradas em ULS
Sim	35,59	57,14
Não	64,41	42,86

De entre os coordenadores, 62% consideram que não foram **consideradas as suas especificidades** na avaliação efectuada pelo Departamento de Contratualização, um número inferior aos 70,2% obtidos no estudo de 2016/17, o que é especialmente evidente nas regiões Alentejo (em que 81,8% referem não ter sido consideradas as especificidades da USF) e Algarve (77,8%). Por outro lado, 41,8% dos coordenadores de USF da ARS LVT consideram que as suas especificidades foram tidas em conta na avaliação. Em 57,14% das USF integradas em ULS o coordenador refere que foram tidas em consideração as especificidades da USF na avaliação realizada pelo Departamento de Contratualização, o que contrasta com as 35,59 das não integradas em ULS.

K13. A sua USF tem Incentivos Institucionais em dívida?

	Sim (%)	Não (%)
A sua USF tem Incentivos Institucionais em dívida?	79.56	20.44

K13.1. Se SIM, relativo a que ano:

2013	2014	2015	2016	2017
45.51%	58.47%	74.75%	80.07%	61.13%

K14 (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	49,07	35,00	45,57	18,18	33,33	45,51
	Não	50,93	65,00	54,43	81,82	66,67	54,49
A sua USF teve direito a Incentivos Institucionais em 2014?	Sim	57,76	55,00	63,29	40,00	55,56	58,47
	Não	42,24	45,00	36,71	60,00	44,44	41,53
A sua USF teve direito a Incentivos Institucionais em 2015?	Sim	73,91	80,00	73,42	80,00	66,67	74,75
	Não	26,09	20,00	26,58	20,00	33,33	25,25
A sua USF teve direito a Incentivos Institucionais em 2016?	Sim	83,85	77,50	77,22	50,00	77,78	80,07
	Não	16,15	22,50	22,78	50,00	22,22	19,93
A sua USF teve direito a Incentivos Institucionais em 2017?	Sim	73,29	45,00	50,63	20,00	55,56	61,13
	Não	26,71	55,00	49,37	80,00	44,44	38,87
A sua USF tem Incentivos Institucionais em dívida?	Sim	82,72	78,00	75,26	81,82	72,73	79,56
	Não	17,28	22,00	24,74	18,18	27,27	20,44

K15 (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?	90.84	9.16

K16 (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	93.98	6.02
Não foi possível custear a melhoria das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional	93.40	6.60
Não foi possível custear a melhoria das amenidades de acolhimento dos utentes	89.10	10.90
Não foi possível custear a participação em conferências, simpósios, colóquios, cursos de formação e seminários	67.82	32.18
Não foi possível custear o desenvolvimento de processos de melhoria da qualidade e de acreditação	63.64	36.36
Não foi possível custear apoio à investigação	67.70	32.30
Outras	66.67	33.33

A percentagem de USF com direito a incentivos institucionais teve um grande descréscimo este último ano. Depois de 3 anos com um aumento consecutivo: 45,5% em 2013 (sendo a região Norte a que regista maior percentagem de USF com direito a incentivos), 58,47% em 2014 (maior percentagem na região LVT) e 74,75% em 2015 (com a região Centro e Alentejo com uma maior percentagem de USF com direito a incentivos) e 80,07 em 2016 em 2017 esse valor baixou para 61% (maior percentagem na ARS Norte - 73,29%). Contudo, 79,56% das USF têm incentivos institucionais em dívida, das quais as USF da região Norte (82,7%) e Alentejo (81,82%) são as que mais têm incentivos em dívida.

Simultaneamente, mais de 90% dos coordenadores refere que a sua USF teve algum tipo de impedimento na utilização dos incentivos para aquisição de material e equipamento: cerca de 94% dos coordenadores referem ter tido impedimentos na atualização, manutenção e aquisição de equipamentos para o funcionamento da unidade funcional, 93,4% na aquisição de melhoria das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional e 89,1% amenidades de acolhimento dos utentes.

K17 (Geral) Por favor, indique o seu grau de satisfação com os seguintes instrumentos:

		2017/2018 (%)
A plataforma BI-CSP (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários)	Muito insatisfeito/a	5.69
	Insatisfeito/a	13.55
	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	26.02
	Satisfeito/a	47.43
	Muito satisfeito/a	7.32
PAUF - plataforma eletrónica que suporta a construção do Plano de Ação pelas Unidades Funcionais	Muito insatisfeito/a	6.22
	Insatisfeito/a	21.35
	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	27.57
	Satisfeito/a	39.19
	Muito satisfeito/a	5.68
Estrutura atual do Plano de Ação das unidades funcionais	Muito insatisfeito/a	7.67
	Insatisfeito/a	16.44
	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	32.33
	Satisfeito/a	38.90
	Muito satisfeito/a	4.66

K18 (Por ARS) Por favor, indique o seu grau de satisfação com os seguintes instrumentos:

		ARS Norte (%)	ARS Centro (%)	ARS LVT (%)	ARS Alentejo (%)	ARS Algarve (%)
A plataforma BI-CSP (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários)	Muito Insatisfeito ou Insatisfeito	17,10	26,00	17,82	41,67	16,67
	Nem de satisfeito/ Nem insatisfeito	28,50	24,00	23,76	16,67	25,00
	Satisfeito ou Muito satisfeito	54,40	50,00	58,42	41,67	58,33
PAUF - plataforma eletrónica que suporta a construção do Plano de Ação pelas Unidades Funcionais	Muito Insatisfeito ou Insatisfeito	25,39	32,00	32,35	16,67	16,67
	Nem de satisfeito/ Nem insatisfeito	27,98	28,00	26,47	33,33	25,00
	Satisfeito ou Muito satisfeito	46,63	40,00	41,18	50,00	58,33
Estrutura atual do Plano de Ação das unidades funcionais	Muito Insatisfeito ou Insatisfeito	19,27	36,00	29,59	16,67	16,67
	Nem de satisfeito/ Nem insatisfeito	36,46	22,00	29,59	50,00	16,67
	Satisfeito ou Muito satisfeito	44,27	42,00	40,82	33,33	66,67

K19 (Por Modelo) Por favor, indique o seu grau de satisfação com os seguintes instrumentos:

		Modelo A (%)	Modelo B (%)
A plataforma BI-CSP (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários)	Em desacordo ou Muito em desacordo	23,53	15,31
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	31,18	21,94
	De acordo ou Muito de acordo	45,29	62,76
PAUF - plataforma eletrónica que suporta a construção do Plano de Ação pelas Unidades Funcionais	Em desacordo ou Muito em desacordo	28,24	26,90
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	32,35	23,35
	De acordo ou Muito de acordo	39,41	49,75
Estrutura atual do Plano de Ação das unidades funcionais	Em desacordo ou Muito em desacordo	25,90	22,45
	Nem de acordo/ Nem em desacordo	34,34	30,61
	De acordo ou Muito de acordo	39,76	46,94

Quanto ao grau de satisfação com a plataforma BI-CSP. 54% dos coordenadores revelaram-se satisfeitos ou muito satisfeitos. As ARS com uma percentagem mais elevada são a ARAS LVT e Algarve, ambas com mais de 58% dos coordenadores satisfeitos ou muito satisfeitos. No Alentejo a opinião dos coordenadores está dividida com 41,67 dos coordenadores satisfeitos ou muito satisfeitos, existindo o mesmo número de coordenadores insatisfeitos ou muito insatisfeitos. As USF Modelo B são aquelas em que os coordenadores se mostram mais satisfeitos com 62,76%. No que diz respeito à plataforma electrónica que suporta a construção do plano de acção, 44,87% dos coordenadores revelaram-se satisfeitos ou muito satisfeitos. A nível regional, no Algarve 58,33% dos coordenadores estão satisfeitos ou muito satisfeitos. Também aqui as USF Modelo B têm uma percentagem de coordenadores satisfeitos (49,75%) superior às Modelo A (39,41%) A estrutura do Plano de Acção das Unidades Funcionais apresenta 43,56% de coordenadores satisfeitos ou muito satisfeitos. A nível regional destaca-se o Algarve com 66,67% de coordandores satisfeitos ou muito satisfeitos, por outro lado no Alentejo esse valor é de 33,3%. Na análise por modelo, os coordenadores das USF Modelo B apresentam 46,94% dos coordenadores satisfeitos ou muito satisfeitos enquanto nas Modelo A esse valor baixa para 39,76%.

L- ESTÁGIOS DE FORMAÇÃO

L1 (Geral) - A sua USF acolhe estágios de formação?

		2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018
A sua USF acolhe estágios de formação?	Sim	99,0%	97,1%	98,94%	98,24%	97,85%
	Não	1,0%	2,9%	1,06%	1,76%	2,15%

L2 (Geral) – Se sim assinale quais:

		2014/2015 (%)	2015/2016 (%)	2016/2017 (%)	2017/2018 (%)
Internato de MGF	Sim	90,3	87,86	87,46	85,83
	Não	9,7	12,14	12,54	14,17
Alunos de Medicina	Sim	93,6	97,50	94,03	96,98
	Não	6,4	2,50	5,97	3,02
Alunos de enfermagem	Sim	91,3	92,86	91,34	95,03
	Não	8,7	7,14	8,66	4,97
Estágios profissionais para Secretários Clínicos	Sim	11,7	13,57	12,24	18,53
	Não	88,3	86,43	87,76	81,47
Ano Comum de Medicina	Sim	-	-	91,64	93,09
	Não	-	-	8,36	6,91
Outros	Sim	-	-	19,40	44,36
	Não	-	-	80,60	55,64

Aproximadamente 98% das USF acolhem os estágios de formação. No ano de 2018, 85,83% das unidades receberam internos do Internato de Medicina Geral e Familiar, 96,98% receberam alunos de Medicina e 95,3% alunos do curso de Enfermagem. A percentagem de unidades que acolhem estágios profissionais para Secretários Clínicos (18,53%) aumentou em relação ao estudo do ano anterior. Destacam-se, ainda, estágios para ano comum de medicina em 93,09% das USF e cerca de 45% destas unidades ainda acolhem estágios de outras profissões.

L3 (USF integradas em ULS/ USF não integradas em ULS) – Se sim assinale quais:

		USF integradas em ULS (%)	USF não integradas em ULS (%)
Internato de MGF	Sim	89,29	85,63
	Não	10,71	14,37
Alunos de Medicina	Sim	93,10	97,26
	Não	6,90	2,74
Alunos de enfermagem	Sim	100,00	94,50
	Não	0,00	5,50
Estágios profissionais para Secretários Clínicos	Sim	29,63	17,48
	Não	70,37	82,52
Ano Comum de Medicina	Sim	92,86	92,99
	Não	7,14	7,01
Outros	Sim	56,52	43,15
	Não	43,48	56,85

Quando se analisam os resultados da tabela anterior tendo em conta a integração ou não das USF em ULS, percebemos que ambos os contextos são global e frequentemente muito receptivos a estágios de formação em todas as áreas.

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;
- USF e ACES - Agrupamentos Centrais de Saúde;
- Profissões e Profissionais;
- Instalações e Equipamentos;
- Sistema de Informação;
- Processo de Contratualização de Serviços;
- Relação com a Comunidade e Poder Local.

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 no total da amostra, evidenciando as diferenças por Modelo de USF, antiguidade e integração em ULS, deixando a análises regional para a secção seguinte.

A avaliação do atual ciclo governamental está patente nos últimos dois estudos e não podia ser mais bipolar. No espaço de um ano a apreciação que os coordenadores fazem do momento atual da reforma e do Ministério da Saúde deteriorou-se de um modo muito marcado. Se analisarmos os muito insatisfeitos neste espaço de dois anos, estes aumentaram 4 vezes na sua apreciação em relação ao **Ministério da Saúde** (de 8,5% no ano passado para 35,2% atualmente), cerca de 2 vezes em relação ao **momento atual da Reforma dos CSP** (de 7% para 16,8%; nunca houve tantos muito insatisfeitos desde o início da Reforma; é de notar ainda que há mais coordenadores muito insatisfeitos e Insatisfeitos do que muito satisfeitos e satisfeitos), **ACSS** (de 13,2% para 30,5%) e **DGS** (de 4,4% para 9,1%), e cerca de 1,5 vez para a **SPMS** (de 20,6% para 33,7%).

Em relação ao **momento atual da Reforma dos CSP**, nunca se registaram tantos coordenadores muito insatisfeitos, mais do dobro do ano passado (de 7,0% para 16,8%) e mais insatisfação do que satisfação (54,8% 23,8% de insatisfeitos e muito insatisfeitos e 23,8% de satisfeitos e muito satisfeitos).

O **Ministério da Saúde** é a estrutura que desperta a maior insatisfação em relação a todas as estruturas avaliadas perfazendo 76,1% entre insatisfeitos e muito insatisfeitos que contrasta com 7,6% satisfeitos e muito satisfeito, sendo que estes últimos são apenas 0,3%. Nunca houve tantos muito insatisfeitos 35,2% (em 2014 este valor era de 34,2%).

A **Coordenação para a Reforma do SNS na área dos CSP** registou novamente uma distribuição mista, mas mais positiva do que negativa, ainda que menos marcadamente do que no ano passado (30,1% de insatisfeitos e muito insatisfeitos e 33,1% de satisfeitos e muito satisfeitos).

Portanto, a satisfação com as **estruturas da Administração Central** acentuou o registo negativo, com mais insatisfeitos do que satisfeitos, anulando a recuperação que se tinha verificado no ano passado.

Passando para o nível regional, nomeadamente em relação às Administrações Regionais de Saúde (ARS), a satisfação manteve-se num registo negativo, mas sem anular as melhorias do ano anterior, ainda que mais bipolarizada (muito insatisfeitos de 12,7% para 19,9%, mas satisfeitos passaram de 16,5% para 21%). Neste nível regional, os Departamentos de Contratualização Regional (DCARS), novamente mantendo o registo negativo, melhoraram ligeiramente no computo geral (insatisfeitos e muito insatisfeitos passaram de 38,7% para 34,5%). Já as Equipas Regionais de Apoio (ERA), mantiveram o registo positivo que conseguiram nos últimos anos, mas um pouco menos vincado (os muito satisfeitos passaram de 15,8% para 9,3%).

A satisfação em **relação à USF-AN** manteve-se num registo positivo, mas acentuando a deslocação para o centro e para as pontas (nem satisfeitos/ nem insatisfeitos dos 36,4% para os 37,5%, muito satisfeitos dos 11,3% para os 15% e muito insatisfeitos dos 2,4% para os 3,9%).

Em súmula, em termos gerais há mais insatisfação em relação ao processo de reforma e estruturas governativas nacionais, mantém-se a satisfação em relação à estrutura associativa das USF, a USF-AN, e à Coordenação para a Reforma do SNS na área dos CSP. O nível de satisfação mais alto de todas as estruturas avaliadas regista-se, então, em relação à atividade da própria USF, seguindo-se com a USF-AN e com o ACES a que pertence a USF. No sentido inverso, o nível de insatisfação maior é para com o Ministério da Saúde, seguindo-se a SPMS e a ACSS – a satisfação com as **estruturas da Administração Central** acentuou o registo negativo, anulando a recuperação que se tinha verificado no ano passado.

Ao invés do ano passado, este ano há diferenças importantes na satisfação com a Reforma e as entidades governamentais centrais, regionais e locais e, ainda, a própria USF-AN **entre modelos de USF: as USF A lideram a insatisfação**. A exceção é na satisfação com a SPMS (pior nas USF B) e com a DGS (muito sobreponível). A diferença é mais marcada em relação ao momento atual da Reforma dos CSP (62,2% insatisfeitos ou muito insatisfeitos e 14% de satisfeitos ou muito satisfeitos no modelo A e, respetivamente, 48,5% e 32,3% no modelo B) e a atividade da própria USF (28,5% insatisfeito ou muito insatisfeitos e 52,4% de satisfeitos

ou muito satisfeitos no modelo A e, respetivamente, 6,6% e 86,8% no modelo B). Este é dos dados que mais informação dá sobre o momento atual e qual deve ser a evolução nos próximos anos: a evolução para USAF modelo B das USF que cumprirem os critérios para tal.

Centrando a análise por **ano de início de funções**, as USF da primeira vaga (2006) e as de 2016 tendem a ter níveis de satisfação menores com o momento atual da reforma dos CSP, assim como com a atividade da própria USF. Esta insatisfação também existe em relação às estruturas do poder central, mas em relação a estas as USF mais recentes são as mais críticas. As USF mais antigas têm níveis de satisfação superiores em relação à USF-AN e Coordenação para a reforma do SNS na área dos CSP .

A novidade do estudo deste ano é a introdução da diferenciação entre resultados de USF integradas em ULS / USF não integradas em ULS, estando as primeiras globalmente mais satisfeitas ainda que marginalmente do que as segundas em relação ao Momento atual da Reforma dos CSP e mais vincadamente quanto ao modo como decorreu a atividade da sua USF até agora e à atuação do Ministério da Saúde, ARS, Coordenação para a reforma do SNS na área dos CSP e Poder Local . Apenas em relação ao ACES a que pertence, a satisfação é ligeiramente menor.

Estas diferenças podem ser o eco das situações que as USF como os principais problemas que carecem de resolução nas USF, assim como da avaliação que fazem da avaliação das políticas.

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

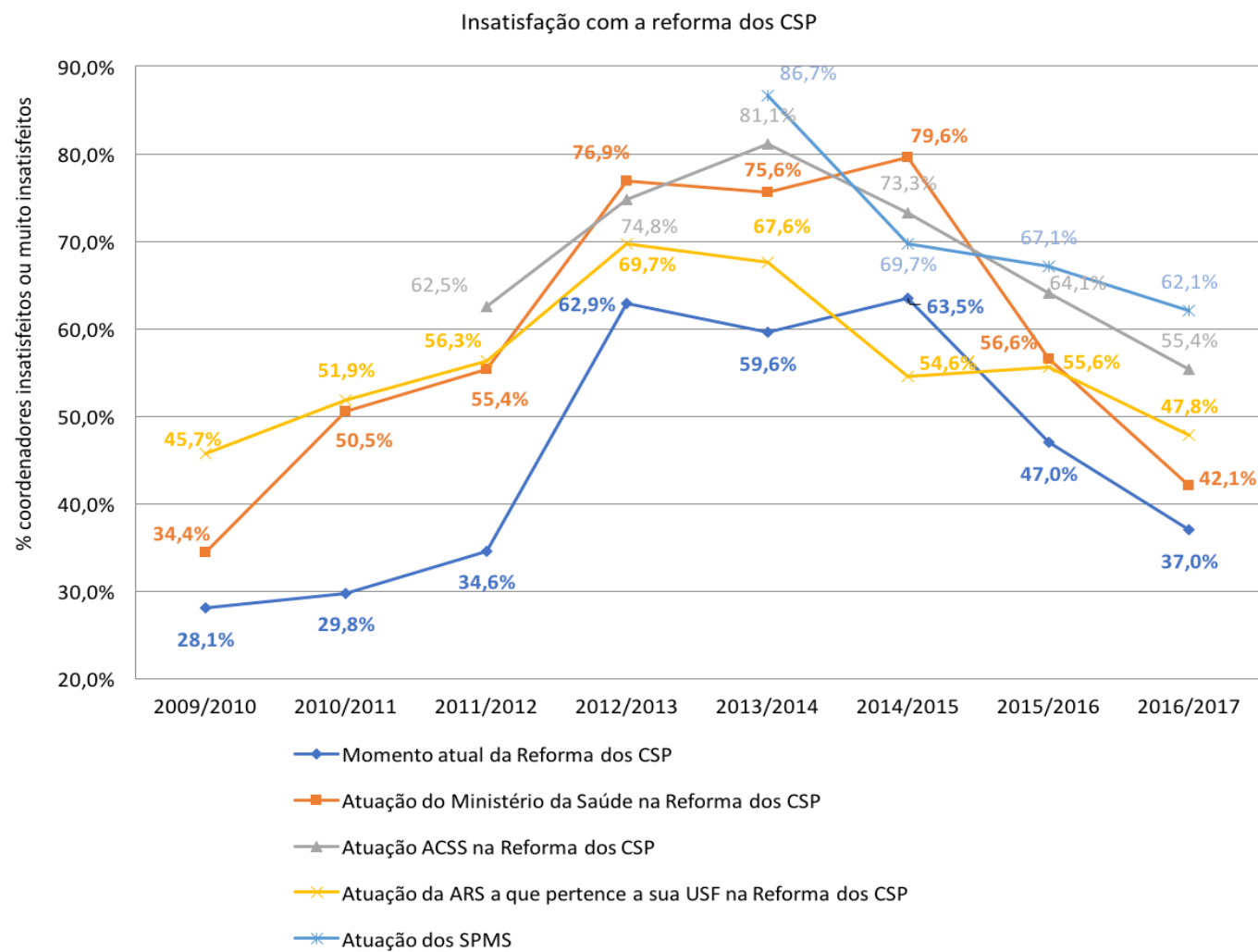
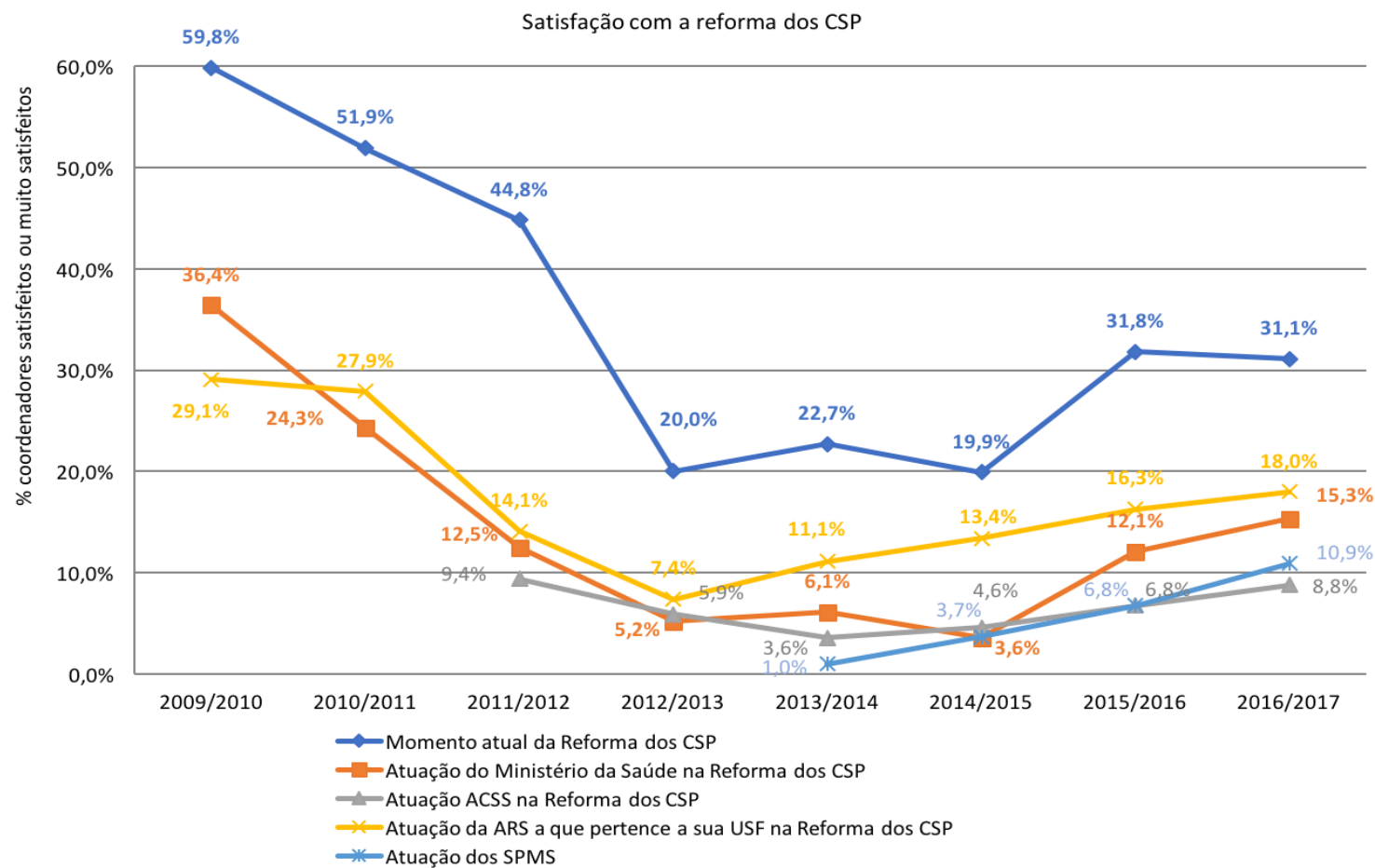


Gráfico 12 – Evolução da satisfação dos coordenadores de USF com a reforma dos CSP e instituições



Quanto aos 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, mas neste ano houve uma revolução. A primeira posição na atual avaliação, como problema mais importante a carecer de resolução, passou a ser o equipamento telefónico (com uma pontuação alta, de 4,33 numa escala de 1- menos importante - até 5) e o segundo a dimensão da lista de utentes (são dois problemas inseridos na avaliação deste ano, e logo para as primeiras posições). O terceiro a ser considerado nesta lista de maiores problemas são os incentivos institucionais (a mesma posição do ano passado), entrando para quarto o desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico (a mesma posição do ano passado), seguindo-se os equipamentos informáticos (o primeiro do ano passado).

Na análise dos cinco problemas mais relevantes ao longo dos últimos 7 anos, vemos que os sistemas de informação têm sido o problema mais relevante, mas na avaliação de 2015/2016 foi considerado como o 4º mais importante, retomando uma posição de destaque no ano seguinte como o 2º problema mais importante e neste ano desaparece do top5 (é sétimo).

A contratualização esteve 2 anos na 3ª posição, e nos dois anos seguintes ocupou a 5ª posição e no ano passado saiu mesmo da lista dos cinco problemas mais importantes (está na posição 18). Os outros equipamentos para além dos informáticos, nomeadamente os clínicos, passaram da 1ª posição há dois anos para a 5ª no ano passado e estão agora na posição 8.

No entanto, vendo os problemas seguintes aos 5 principais, temos por ordem decrescente de importância a Software – programas informáticos de apoio à atividade e de registo, Sistemas de Informação, Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos. Contratação de novos profissionais para os CSP, o “Acesso a informação importante para a tomada de decisões”, “Substituição de profissionais em ausência prolongada”, este último problema ainda com uma pontuação alta, de 3,94 numa escala de 1 até 5.

Esta lista de problemas são problemas em áreas que afetam fortemente a atividade das USF- sistemas informáticos e telefones – ou têm reflexo direto na carga de trabalho das USF - dimensão das listas – ou representam uma falta de ação das estruturas centrais em áreas fundamentais como as carreiras e os incentivos - incentivos institucionais e o desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico. Não é, portanto, surpresa o nível de insatisfação atual.

9.1 (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	2017/2018
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>	Equipamento Telefónico (central telefónica, linhas telefónicas, Kits de mãos livres*)
(média)	(4,5)	(4,7)	(4,5)	(4,28)	(4,48)	(4,3)	(4,33)
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	Dimensão da lista de utentes*
(média)	(4,5)	(4,6)	(4,1)	(4,14)	(4,47)	(4,28)	(4,25)
3º Problema mais relevante	Remunerações relativas às actividades específicas*	Contratualização	Contratualização	Incentivos institucionais	Equipamentos informáticos	Incentivos Institucionais	Incentivos Institucionais
(média)	(4,4)	(4,5)	(4,0)	(3,95)	(4,36)	(4,2)	(4,16)
4º Problema mais relevante	Incentivos institucionais	Incentivos institucionais	Equipamentos	Outros equipamentos além dos informáticos	Sistemas de Informação	Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico	Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico
(média)	(4,2)	(4,4)	(3,9)	(3,85)	(4,2)	(4,09)	(4,09)
5º Problema mais relevante	Incentivos financeiros	Incentivos financeiros	Incentivos financeiros	Contratualização	Contratualização	Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos	Equipamentos informáticos (que inclui Software e Hardware que se isolaram para saber qual o que representa um problema maior) <i>Software – programas informáticos de apoio à atividade e de registo</i>
(média)	(4,2)	(4,4)	(3,8)	(3,78)	(3,98)	(3,99)	(4,06)

Em relação às evoluções políticas já implementadas, planeadas ou que estão em discussão, realça-se o fim das quotas para modelo A (com uma aprovação de 88,82%) e modelo B (87,47%), a definição dos critérios para manutenção em USF (80,28%) e a transformação dos incentivos financeiros em atividades específicas (77,78%). Também com aprovação maioritária, ainda que não tão alta, a introdução do requisito dos enfermeiros que constituem a USF deterem o título de especialista em enfermagem de saúde familiar com quase 60% de concordância. O não avanço destas políticas para a sua implementação efetiva pode ser, também, umas das causas da insatisfação, em particular a não efetivação do fim das quotas para USF modelo A e B, num contexto em que a maior parte das USF modelo A quer evoluir para B e há mais candidaturas a USF do que autorizações para as constituir.

Quando se avalia esta área da evolução das políticas diferenciando as respostas por modelo, vê-se que há simetria de posições em tudo, mas divergências no que toca à intensidade da concordância com a transformação dos incentivos financeiros dos enfermeiros e secretários clínicos em atividades específicas da USF como componente salarial mensal, estando as USF B mais de acordo com esta medida e o mesmo acontece com a introdução do requisito dos enfermeiros que constituem a USF deterem o título de especialista em enfermagem de saúde familiar.

Portanto, se se quisesse fazer uma agenda política baseada nos problemas que os profissionais identificam como mais importantes e nas políticas que recolhem mais aprovação, deveria acabar as quotas para a constituição de USF A e B. Deveria, igualmente, haver uma aposta muito forte nos sistemas de informação, em todo o equipamento informático e no apoio a esta área e uma revisão de toda a estratégia relativa aos equipamentos telefónicos. 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 revisão do sistema remuneratório de enfermeiros e secretários clínicos, aproximando-o do dos médicos. Um sistema que prevenisse as falhas de material para a atividade das unidades é igualmente essencial. 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.

A divisão dos resultados por USF integradas ou não em ULS (Unidades Locais de Saúde) foi uma das novidades nesta edição do estudo "O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal". Como súmula geral, nas USF integradas em ULS há mais satisfação com a reforma, a atividade da própria USF, instalações e equipamentos, menos falta de material e melhor resposta aos problemas que surgem, mas nos serviços disponibilizados e a satisfação com estes, esta vantagem já não é clara, dependendo do tipo de serviço e a satisfação com o hospital de referência é apenas ligeiramente superior nas ULS. Estas duas últimas dimensões são as mais relacionadas com a opção por este modelo de gestão e deveriam ter uma superioridade em termos de disponibilização de serviços e satisfação com o hospital de referência mais evidentes. No mesmo sentido, quando se compara a lista dos problemas que carecem de resolução na opinião dos coordenadores, nas USF integradas em ULS a referência hospitalar surge na 15ª posição (em 33 problemas; média 3,69 numa escala de 1 a 5) enquanto que nas não integradas surge em 18ª (média 3,76). Portanto, não parece haver uma grande diferença naquilo que seria esperado poder estar mais facilitado com a integração de gestão. Ainda, quando se avalia a satisfação com o Hospital(is) de referência do ACES, nas USF integradas em ULS a satisfação é apenas ligeiramente superior à das que não estão integradas em ULS (satisfeitos e muito satisfeitos 31,4% nas ULS e 27,9% nas não integradas em ULS; insatisfeitos e muito insatisfeitos 37,93% contra 45,95% respetivamente), naquela que deveria ser uma das dimensões mais relacionada com a opção por este modelo de gestão.

Será que a integração da gestão não favorece a integração de cuidados, que é o grande objetivo destas alternativas de gestão? Por outro lado, para todas as USF a questão "Integração de USF em Unidades Locais de Saúde" é o problema menos valorizado de todos para uma resolução urgente, mas com uma média maior nas USF integradas em ULS (2,54) do que nas não integradas (2,32).

Uma conclusão possível é que direções que estão mais próximas das USF (no fundo, a gestão das ULS com a sua autonomia acrescida em relação aos ACES e estando mais próxima das

unidades do que as ARS, fruto da concentração de serviços e direções num mesmo espaço) e com mais capacidade de resposta, podem fazer a diferença para a resolução dos problemas das unidades e na disponibilização de melhores serviços de apoio, reforçando a ideia de que os ACES integrados ou não em ULS deveriam ter mais autonomia e capacidade de resposta.

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 património próprio. As ARS têm como principais funções: planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de atividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e ainda de avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde³³.

Nesta secção tentou-se encontrar as especificidades de cada região de saúde para assim poder direcionar 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 foi a que mais ativamente participou deste estudo, sendo responsável por mais da metade das respostas obtidas (51,73% dos coordenadores respondentes), com uma taxa de resposta de 81,07% (a segunda mais alta desta edição). Em relação ao Momento Atual da Reforma dos CSP, 27,4% encontram-se satisfeitos ou muito satisfeitos, e 51% constituem o grupo dos insatisfeitos ou muito insatisfeitos. Relativamente ao ano passado verificou-se uma queda da satisfação e um aumento considerável dos insatisfeitos, ainda que longe dos valores de 2012 (63%).

73% dos coordenadores desta região estão satisfeitos em relação ao modo como decorreu a atividade da sua própria USF até agora, apesar de tudo um valor inferior ao ano de 2017 (80,7%). A satisfação com o Ministério da Saúde ainda assume valores negativos (74,1% insatisfeitos ou muito insatisfeitos), assim como com a ACSS com 66,6% de insatisfeitos e muito insatisfeitos e apenas 6,2% de satisfeitos e muito satisfeitos e também com a SPMS (insatisfeitos e muito insatisfeitos – 69,9% e satisfeitos e muito satisfeitos – 7,8%). Os índices

³³ [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Administra%C3%A7%C3%B5es_Regionais_de_Sa%C3%BAde_\(ARS\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Administra%C3%A7%C3%B5es_Regionais_de_Sa%C3%BAde_(ARS))

de satisfação são positivos para a ERA, a DGS, os ACES e a USF- AN. Em relação ao ACES a satisfação atingiu novamente, o nível mais elevado considerando todas as edições deste estudo (59,4% de satisfeitos e muito insatisfeitos, mais 0,8% que na anterior edição) e apresenta valores superiores a 40% em níveis de satisfação em relação a todas as unidades dos ACES, nomeadamente, UAG, URAP, USP, UCC e outras USF do ACES, e também ao conselho clínico e diretor executivo. A exceção é com as UCSP que se situa nos 30,20%, mas ainda assim, com valores muito baixos de insatisfeitos e muito insatisfeitos (16,78%), sendo que apenas superados pelos valores de insatisfação para com as outras USF do ACES (4,75%).

O departamento de contratualização, a coordenação nacional para a reforma dos CSP e o poder local têm valores mistos de satisfação e insatisfação. No que toca à satisfação com a ARS os respondentes consideram maioritariamente insatisfeitos e muito insatisfeitos (37,5%).

Considerando as profissões/consultas/serviços de saúde oferecidos pelo ACES da ARS Norte as atividades profissionais de Higienista Oral, Medicina Dentária e Técnico de Cardiopneumologia são as que existem em menos ACES com os respondentes a assumirem que não existem estes recursos em 85,79%, 82,90% e 73,20% dos ACES, respectivamente.

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

- 1º) Equipamento Telefónico
- 2º) Software de apoio à atividade e de registo
- 3º) Equipamentos Informáticas
- 4º) Dimensão da Lista de utentes
- 5º) Incentivos Institucionais.

9.2.2. ARS Centro

A ARS Centro teve uma taxa de resposta de 74,63%, com 51 coordenadores respondentes ao estudo do Momento Atual 2016/2017 das 63 USF existentes. Em relação ao Momento Atual da Reforma dos CSP 21,6% encontram-se satisfeitos e 0% muito satisfeitos, o que traduz um redução não só quantitativa (em 2017 – 39,50%, satisfeitos e muito satisfeitos), mas também

qualitativa atendendo que os atuais 21,6% apenas se referem ao nível mais baixo de satisfação, sendo que os muito insatisfeitos (25,5%) superam os satisfeitos, que o total de insatisfação (insatisfeitos e muito insatisfeitos) perfaz mais de metade dos respondentes (60,80%), destacando-se o crescendo de insatisfação face ao ano anterior com 23,20% de insatisfeitos e muito insatisfeitos. Considerando o ano de 2012, período de maior insatisfação (78,5%) o nível de insatisfeitos ou muito insatisfeitos, caiu para valores inferiores a 50% nos anos de 2015/2016 e 2016/2017, mas este ano voltou a subir para valores acima dos 60%.

70,60% dos coordenadores desta região estão satisfeitos ou muito satisfeitos em relação ao modo como decorreu a atividade da sua própria USF até agora. Este valor apresenta uma quebra de quase 15% face ao ano transato (84,10%).

A satisfação com o Ministério da Saúde ainda assume valores negativos (78,50% de insatisfeitos ou muito insatisfeitos). 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.

Em relação à ERA, a ARS Centro destaca-se por ser a que maior satisfação apresenta (satisfeitos e muito satisfeitos – 62,7%).

Em relação aos ACES, a evolução voltou a apresentar uma quebra, sendo a percepção dos respondentes bastante negativa com mais 50% a considerar-se insatisfeitos e muito insatisfeitos com o seu ACES.

Os índices de satisfação são positivos para 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 e 41,10%, respectivamente.

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 à URAP, USP e UCC, e também ao diretor executivo. Contudo, vale destacar que, ao contrário do ano passado, a UAG e o Conselho Clínico têm valores de satisfação (satisfeitos e muito satisfeitos) inferiores a 35% com 17,65% e 33,33%. Importa ainda destacar que todas as unidades apresentam valores acima dos 40% no que toca a nem satisfeito, nem insatisfeito, exceto nos casos do diretor executivo e UCC com 27,45% e 25,49%, respectivamente.

Considerando as profissões/consultas/serviços de saúde oferecidos pelo ACES da ARS Centro, as atividades profissionais que menos são oferecidas nos ACES são o Técnico de cardiopneumologia (inexistente em 94% dos ACES), as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (68,18%). São a segunda e as consultas de Medicina Dentária ocupam o terceiro lugar (64%).

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

- 1º) Equipamentos Telefónico
- 2º) Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico
- 3º) Substituição de profissionais em ausência prolongada
- 4º) Dimensão da lista de utentes
- 5º) Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos

9.2.3. ARS LVT

A ARS LVT é a segunda maior em número de USF (158), mas apresenta a taxa de resposta mais baixa desta edição do estudo (65,82%). Apesar de tudo continua a ser a segunda com mais respostas (103 respondentes).

Em relação ao Momento Atual da Reforma dos CSP, 18,40% encontram-se satisfeitos ou muito satisfeitos, o segundo valor mais baixo comparado as outras ARS. Apesar do aumento no passado ano (27,10%), em 2017/2018 este valor voltou a cair quase 9%.

69,9% dos coordenadores desta região estão satisfeitos ou muito satisfeitos em relação ao modo como decorreu a atividade da sua própria USF até agora. Destes 49,50% estão satisfeitos, valor que se manteve aproximadamente constante em relação aos das últimas 2 edições.

A satisfação com o Ministério da Saúde continua a assumir valores negativos, que no presente ano se situam em valores próximos dos 80% (78,6% de insatisfeitos ou muito insatisfeitos), a segunda maior entre as ARS, e apresenta apenas 6,80% de satisfeitos com a sua atuação.

Quanto ao Departamento de Contratualização, existem 53,2% dos coordenadores da ARS LVT nem satisfeitos nem insatisfeitos, sendo que apenas 6,40% estão satisfeitos e muito

satisfeitos. Em relação à ERA a tendência é similar pelo que os respondentes nem satisfeitos nem insatisfeitos representam 44,6%. Relativamente à própria ARS, predomina a insatisfação atingindo os 68,90%, o que representa um aumento de 3,3% face à última edição do estudo (65,6%). Em relação aos **ACES**, quase metade (49,00%) dos coordenadores estão satisfeitos ou muito satisfeitos, o que representa apenas 1% de perda face a 2016/2017.

No que se refere à USF-AN, à Coordenação para a reforma do SNS na área dos CSP e à DGS, embora apresentem valores positivos de satisfação superiores a 35%, apresentam também valores superiores a 35% nas respostas nem satisfeito nem insatisfeito.

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 as unidades dos ACES, exceto no caso da UAG, da USP e das UCSP do seu ACES.

Considerando as profissões/consultas/serviços de saúde oferecidos pelo ACES da ARS LVT as que existem em menor número são a Consulta de Nutrição (inexistentes em 71% dos ACES), Equipas Comunitárias de Suporte Paliativo (inexistentes em 56,12% dos ACES) e Técnico de cardiopneumologia (inexistentes em 45,10% dos ACES). As atividades de consultas de Medicina Dentária apresentam as melhores taxas comparadas com as demais regiões (70,59%). O mesmo para as consultas de Higienista Oral (90,29%).

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

- 1º) Dimensão da lista de utentes
- 2º) Equipamento Telefónico
- 3º) Incentivos Institucionais
- 4º) Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico
- 5º) Contratação de novos profissionais para os CSP

9.2.4. ARS Alentejo

A região Alentejo apresentou uma taxa de resposta de 70,59% com 12 respostas em 17.

Em relação ao Momento Atual da Reforma dos CSP 16,70% encontram-se satisfeitos ou muito satisfeitos o que representa uma descida superior a 25% face ao ano transato (42,9%). Por outro lado, 66,7% estão os insatisfeitos ou muito insatisfeitos. Perante estes dados podemos

afirmar que este ano foi batido o recorde de insatisfação que anteriormente se situava nos 50% e correspondia ao ano 2015/2016.

50% dos coordenadores desta região estão satisfeitos em relação ao modo como decorreu a atividade da sua própria USF até agora, o que apesar de positivo, significa uma descida superior a 7% face ao ano transato. Em relação ao Ministério da Saúde foram batidos todos os recordes, com 0% de satisfação e apenas 8,3 de nem satisfeitos nem insatisfeitos, o que representa uma taxa de insatisfação (insatisfeitos e muito insatisfeitos) superior a 90 % (91,70%). Os índices de satisfação são positivos para a DGS, ACES e a USF- AN. Em relação à ERA e ao departamento de contratualização a satisfação é residual com 9,1% e 16,7% de satisfeitos. Importa realçar que o poder local apresenta 0% de insatisfação!

Em relação ao ACES, a satisfação atingiu o segundo valor mais elevado desta edição do estudo (50% de satisfeito) e apresenta níveis de satisfação positivos em relação USP e UCC, embora com valores sobreponíveis de indefinição (nem satisfeitos nem insatisfeitos).

Considerando as profissões/consultas/serviços de saúde oferecidos pelo ACES da ARS Alentejo as atividades profissionais com valores mais baixos são a Medicina Dentária (inexistente em 66,67% dos ACES), o técnico de cardiopneumologia (inexistente em 66,67% dos ACES) as ELI (equipas locais de intervenção), inexistente em 44,44% dos ACES). As demais atividades listadas existem em valores iguais ou superiores a 63% de acordo com os coordenadores.

Quanto à satisfação com a atuação da respetiva ARS, 66,70% de coordenadores estão insatisfeitos e muito insatisfeitos.

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

- 1º) Dimensão da lista de utentes
- 2º) Implementação da especialidade de enfermagem de saúde familiar
- 3º) Referenciação hospitalar
- 4º) Equipamentos informáticos (que inclui software e hardware)
- 5º) Equipamento telefónico

9.2.5. ARS Algarve

O Algarve foi a região em que a taxa de participação foi maior, com 85,71% (12 em 14 USF) de respondentes. Em relação ao Momento Atual da Reforma dos CSP 25% encontram-se

satisfeitos (mais 7% que em 2016/2017) e 58,30% constituem o grupo dos insatisfeitos (insatisfeitos e muito insatisfeitos).

66,6% dos coordenadores desta região estão satisfeitos em relação ao modo como decorreu a atividade da sua própria USF até agora, o que apesar de tudo representa menos 15% que no ano transato. A satisfação com o Ministério da Saúde ainda assume valores negativos (63,7% insatisfeitos e muito insatisfeitos versus 0% de satisfeitos). Os índices de satisfação são superiores a 50% apenas no caso da USF- NA (satisfeitos e muito satisfeitos – 58,4%). Em relação à ERA a satisfação atingiu os 36,4% (satisfeitos e muito satisfeitos), o que representa uma decida de 27% face a 2016/2017 (63,7) e apresenta valores superiores a 70% em níveis de satisfação em relação às UCC.

Das restantes unidades dos ACES, apenas o diretor executivo, têm um nível de satisfação superior a 50% (54,54%).

Considerando as profissões/consultas/serviços de saúde oferecidos pelo ACES da ARS Algarve as que menos estão representadas nos ACES da ARS Algarve são os Técnicos de Cardiopneumologia (inexistentes em 65,86% dos ACES), as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (inexistentes em 64,62% dos ACES) e as consultas de Medicina Dentária (inexistentes em 62,97% dos ACES). Por outro lado, relativamente às UCC a cobertura alcança os valores de quase 98%.

Quanto à satisfação com a atuação da respetiva ARS, são as do Algarve as mais insatisfeitas (75%). 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 66,6% de insatisfeitos ou muito insatisfeitos.

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

- 1º) Outros equipamentos (clínicos e outros) para além dos informáticos
- 2º) Referenciação hospitalar
- 3º) Incentivos Financeiros
- 4º) Contratação de novos profissionais para os CSP
- 5º) Equipamento Telefónico.

9.3 USF E ACES - AGRUPAMENTOS DOS CENTROS DE SAÚDE

Os ACES - Agrupamentos Centrais de Saúde são a estrutura do Serviço Nacional de Saúde que as USF integram³⁴ e, portanto, aquela que mais interações com elas tem e que potencialmente mais podem influenciar a sua atividade. Assumem, por isso, uma importância vital para o desempenho das USF. No entanto, as melhorias vindas que se verificaram no ano passado na satisfação das USF em relação aos ACES reverteram com maior insatisfação (31,5% de insatisfeitos ou muito insatisfeitos contra os 21,4% do ano passado), estando as USF modelo A e as das ARS do Algarve e Centro mais insatisfeitas.

A Reforma dos CSP em 2005 tinha duas grandes áreas de evolução³⁵: 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^{36,37}. 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.

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.

Analisando, em maior detalhe, a satisfação para com as **estruturas dirigentes dos ACES**, o diretor executivo e o Conselho Clínico, manteve-se uma tendência de queda na satisfação ao

³⁴ Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto; Portaria n.º 1368/2007, de 18 de Outubro.

³⁵ 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).

³⁶ 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.

³⁷ Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro.

longo dos anos, mas havendo mais satisfação (53,55%) do que insatisfação (19,95%). A satisfação das USF com as outras estruturas do ACES é menor do que com o diretor executivo e com o Conselho Clínico e de Saúde, mas todas mais positivas do que negativas. De realçar a satisfação das USF com outras USF do ACES, tanto pela satisfação (quase 48%), como pela reduzida insatisfação (inferior a 6%).

A satisfação (satisfeitos ou muito satisfeitos) é em todas as áreas superior na ARS Norte, com excepção da UCC, sendo nesta unidade, que se regista o valor mais elevado de satisfação ao nível da ARS do Algarve com 72,73%. No que se refere às UCSP e USF os valores de nem satisfeito/nem insatisfeito rodam em ambos os casos os 50%, sendo que no caso das USF os valores de satisfação são ligeiramente mais altos. Quanto aos órgãos de gestão e apoio à gestão: diretor executivo, conselho clínico e da saúde e unidade de apoio à gestão, os valores de satisfação são mais elevados na ARS Norte, nos dois primeiros casos com valores próximos dos 60% e no terceiro com valores que rondam os 45%.

Os anos de 2017/18 registam uma inversão face aos anteriores no que toca aos ACES com plano de desempenho, aliás em 2017 regista-se o valor mais baixo, com 10,5 dos respondentes a afirmarem que o ACES a que a sua USF pertence não tem plano de desempenho.

O mesmo sucede com o relatório de atividades, em que 12,7% dos respondentes a afirmarem que o ACES a que as suas USF pertencem não têm relatório de atividades do ano de 2016. Quanto à discussão do relatório de atividades do ACES com a USF, também aqui se regista uma redução dos ACES que efetuaram a discussão dos relatórios com as equipas, ainda que ligeiro (inferior a 1%) face ao ano anterior (2015 – 65,6%; 2016 – 66,2%).

No que toca ao plano de ação importa referir que com a introdução do PAUF e a alteração da metodologia da contratualização levou a maioria dos ACES a inverter a sua atuação nesta área. Assim passamos de 35% e 38% em 2015/2016 e 2016/2017, respetivamente para 83,1% dos respondentes a afirmarem que o seu plano de ação foi discutido com o Conselho Executivo do ACES.

A autonomia ficou muito distante do planeado e isso é evidente também nos resultados deste estudo. No que se refere à **autonomia real** vs **autonomia desejada**, 90% dos coordenadores considera que o ACES deveria ter uma **autonomia maior da que tem atualmente**, um

aumento de mais 4% que em 2016/2017, sendo que praticamente não há diferenças entre as USF integradas em ULS e as que não estão. Na mesma linha, 93,3% dos coordenadores considera que **a autonomia do ACES afeta a autonomia da USF**, representando um aumento de quase 2% face ao ano passado e 5% face a 2015/2016.

Analisando agora a abrangência da capacidade de resposta dos ACES, Os recursos identificados como existentes em maior número nos ACES dos respondentes são as UCC (97,85%), seguidas da **saúde pública** e do **serviço social** (ambos com 97,84%) e a **ECCI** com 95,39%. Por outro lado, os identificados como em menor número são o **técnico de cardiopneumologia** (34,14%), as **equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos e consulta de medicina dentária** (35,38%).

A ARS LVT é a que de um modo geral obtém os melhores resultados relativos, tendo os valores mais elevados das outras profissões da Saúde / consultas / serviços existentes, no que se refere a **saúde pública** (99,03%), **consulta de higienista oral** (90,29%), **consulta de cessação tabágica** (89,22%), **consulta de medicina dentária** (70,59%) e **técnico de cardiopneumologia** (54,9%).

A ARS Alentejo, por sua vez, é a que de um modo geral obtém os piores resultados relativos, tendo os valores mais baixos das outras profissões da Saúde / consultas / serviços existentes, nomeadamente na unidade de cuidados na comunidade (91,67%), **equipa de cuidados continuados integrados** (91,67%), **serviço social** (91,67%), **saúde pública** (83,33%), **consulta de psicologia** (75%), **consulta de cessação tabágica** (66,67%), **equipas locais de intervenção** (55,56%) e **consulta de medicina dentária** (33,33%).

Importa ainda destacar, o valor mais baixo registado que se refere aos técnicos de cardiopneumologia (54,9%) na ARS Centro com apenas 6% e o valor mais elevado que se refere ao **serviço social** na ARS Centro com 100%.

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** (61,94%), **técnico de cardiopneumologia** (57,03%) e **saúde pública** (56,39%). No que toca à Insatisfação (Insatisfeito e Muito Insatisfeito) indicam sentir-se mais insatisfeitos com a consulta de **psicologia** (37,43%), a consulta de **nutrição** (35,11%) e a consulta de **medicina dentária** (23,59%).

São dois perfis diferentes de serviços entre as USF integradas ou não em ULS. Nas não integradas em ULS há mais frequentemente consultas de psicologia, higienista oral ou consultas de cessação tabágica ou Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Nestas, a satisfação é maior do que a insatisfação para todas as valências, mas um pouco menos para as consultas de psicologia, medicina dentária e nutrição. Nas que fazem parte de ULS, há mais frequentemente equipas de cuidados paliativos, consultas de nutrição ou técnicos de cardiopneumologia. Nestas, a satisfação é maior que a insatisfação, sendo apenas um pouco menos vincada para as consultas de psicologia. De um modo geral há maior satisfação com estas valências nas USF integradas em ULS do que nas não integradas.

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 21ª e a 28ª mais importantes num total de 33, quando antes ocupavam as posições entre a 14ª e a 18ª.

9.4. PROFISSÕES E PROFISSIONAIS

A força de trabalho da saúde é um elemento crítico e integral do fortalecimento e desempenho do sistema de saúde e da cobertura de saúde nas suas múltiplas dimensões: disponibilidade, distribuição, qualidade e desempenho. Enfrentar estes desafios no contexto de sistemas complexos requer ação composta de vários elementos do sector da saúde e das políticas públicas em geral, incluindo coordenação intersectorial e colaboração entre as partes interessadas nos recursos humanos da saúde^{38,3940} Isso é necessário para garantir que profissionais de saúde operam num ambiente propício, com a motivação e o apoio necessário da parte sistema para desempenhar bem as suas funções⁴¹

Nos primeiros anos do estudo do Momento Atual os aspetos relacionados com os **recursos humanos/contratos precários** apareciam em 2º lugar nos problemas a carecer de solução. Esta questão acabou por sair do top cinco dos problemas, passando a ocupar a 30ª posição, numa lista de prioridades com 33 itens. O que demonstra que os vínculos de trabalho tornaram-se satisfatórios na opinião dos profissionais.

Assim como no estudo do ano anterior, este ano o aspecto relativo ao **Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico** permaneceu na 4ª posição. Necessidades como a **contratação de novos profissionais para os CSP e substituição de profissionais em ausência prolongada** aparecem na 9ª e na 11ª posição. Seguidos pela **Formação e Mobilidade dos profissionais para a USF** em 12ª e 16ª lugar. Evidências que denotam fragilidades que têm de ser superadas no campo dos Recursos Humanos da Saúde (RHS).

Na lista das necessidades a temática dos RHS aparece 4 vezes no conjunto dos 15 principais problemas mais relevantes e urgentes.

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

³⁸ Global Health Workforce Alliance (2012). Advancing the Health Workforce Agenda within Universal Health Coverage. The Global Health Workforce Alliance Strategy 2013-2016. Available from: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ghwastrat20132016/en/index.html> accessed on 26/08/2018

³⁹ Who. World Health Organization: Working Together for Health – World Health Report 2006, In World Health Report. Geneva, Switzerland: World Health Organization.2006

⁴⁰ Portugal. Ministério da Saúde. Recursos Humanos da Saúde – SNS [Internet]. 2017 [citado 21 de outubro de 2018]. Available at: <https://www.sns.gov.pt/profissional/recursos-humanos-da-saude/>

⁴¹ Anand S, Bärnighausen T. Health workers at the core of the health system: framework and research issues. Health Policy; 105(2): 185-191.2012

91,3% e os 85,3%, passou a oscilar entre 84% e 89,1% nos anos seguintes (2014-2018), apresentando este ano o valor de 89,1%. Em linha com este dado, a percentagem **sem mobilidade consolidada**, que no ano anterior atingiu um máximo histórico de quase 10%, este ano foi de 6,3%, a menor de sempre, desde 2013-2014, quando este item passou a ser avaliado.

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, atingindo o máximo valor de sempre no ano passado - 9,8% -, este ano reduziu-se ao menor valor já obtido nas edições do estudo - 5%; 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) atingindo 90,1% neste ano. 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) atingindo 84%, como uma redução importante de 9,4% no ano anterior para 5,6% nos **profissionais sem mobilidade consolidada** neste ano.

De acordo com o estudo “Health System in Transition”⁴², 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.

⁴² 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

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 capitais⁵. 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 habitantes.

Apesar do desequilíbrio regional observado, a retenção do RHS – e particularmente de médicos em áreas rurais - permanece um grande desafio a ser enfrentado em diversos países do mundo⁴³. Aproximadamente, metade da população global vive em áreas rurais e é servido por menos de um quarto do total de médicos HRH⁴⁴

Estudos de avaliação são cruciais para perceber as inter-relações entre os fatores determinantes dos desequilíbrios geográficos e sugerir estratégias viáveis para corrigi-los⁶. Fatores individuais tem influência imediata sobre a distribuição geográfica do pessoal de saúde. Incentivos financeiros são descritos na literatura como importantes, mas não essenciais na determinação da escolha dos profissionais médicos, por exemplo⁶. Já fatores ligados à comunidade e ao ambiente organizacional têm uma influência intermediária entre as decisões. O apoio à abertura de USF em ambiente rural poderia ser uma estratégia que melhoraria os aspectos remuneratórios (se puderem aceder ao modelo B) e as condições de trabalho.

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)⁴⁵. Nesse contexto a formação dos profissionais é listada sempre entre as 10 principais necessidades das ARS do Norte, Centro, Algarve, Alentejo e entre as 15 principais na ARS LVT.

⁴³ Sirili N, Frumence G, Kiwara A, Mwangi M, Anaeli A, Nyamhanga T, et al. Retention of medical doctors at the district level: a qualitative study of experiences from Tanzania. [cited 2018 Aug 26]; Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3059-0>

⁴⁴ Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. Hum Resour Health. 2006;4(1):12.

⁴⁵ 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

A compreensão sobre os elementos, competências e capacidades que os profissionais de saúde devem desenvolver não se apresenta como 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.

As unidades de cuidados de saúde primários como cenários de complexidade em saúde ampliam o seu potencial de resolutividade 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 potenciam dinâmicas criativas de operacionalizar o trabalho colaborativo⁴⁶.

Neste contexto este estudo incidiu sobre os recursos do ACES referentes a outras modalidades de consultas e atendimentos em saúde. A grande maioria possui **Consulta de Psicologia** (92,45%) e de **Nutrição** (77,26%), mas apenas 37,3% consulta de **Medicina Dentária** e apenas 35,38% **Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativo**. Especificamente, em relação à oferta de consultas de medicina dentária, mais de 62% em todas as ARS, à exceção da ARS LVT, não disponibilizam este serviço aos seus usuários. Os recursos que geram mais insatisfação quanto à articulação da equipa da USF e às diferentes estruturas do ACES são a **Consulta de Psicologia** (37,43%), a **Consulta de Nutrição** (35,11%), a **Consulta de Medicina Dentária** (33,59%). 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. 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

⁴⁶ 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: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>.

valores muito baixos, praticamente irrelevantes, entre 1,1 e 4,3% do total (mais nos médicos). Se compararmos com o ano passado podemos verificar que não houve diferença significativa nos médicos (de 4,2% para 4,3%). A tendência de redução no tempo parcial foi visível nas três categorias profissionais. Com destaque maior entre os Secretários Clínicos (-0,8%) e nos enfermeiros (-0,4%). 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 serviços⁴⁷. 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)⁴⁸

O controlo biométrico da assiduidade dos profissionais ativo tem vindo a aumentar desde 2014 até ao momento, com um impacto mais significativo neste último ano (94,9%), aproximadamente o dobro do ano anterior. De entre as 94,9% das USF que tem ativo um **método de controlo biométrico da assiduidade dos profissionais**, apenas 9% dos coordenadores considera que este método tem **impacto positivo** (de acordo e muito de acordo) na prestação de cuidados e 49,4% considera que piora a gestão da unidade (só 10,6% 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 65,2% considera que o **tempo que despende para dar resposta aos**

⁴⁷ Ver secção G- Recursos Humanos.

⁴⁸ WHO WHOHWA. Strategy 2013-2016 ADVANCING THE HEALTH WORKFORCE AGENDA WITHIN UNIVERSAL HEALTH COVERAGE The Global Health Workforce Alliance Abbreviations and acronyms [Internet]. Geneva; 2016 [cited 2018 Aug 26]. Available from: www.schuerch.info

2. Crisp N, Chen L. Global Supply of Health Professionals. N Engl J Med [Internet]. 2014;370(10):950–7. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMr1111610>
3. Strategy RB, Consultants. The current situation of gender equality in Portugal – Country Profile. 2013; Available from: http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/epo_campaign/country-profile_germany_en.pdf
4. Rifkin SB. Examining the links between community participation and health outcomes: A review of the literature. Health Policy Plan [Internet]. 2014 [cited 2017 Jun 3];29:ii98-ii106. Available from: 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
5. Basu A, Dutta MJ. The Relationship Between Health Information Seeking and Community Participation: The Roles of Health Information Orientation and Efficacy. Health Commun [Internet]. 2008;23(1):70–9. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10410230701807121>

requisitos do controlo biométrico da assiduidade dos profissionais é excessivo e perturba a sua atividade enquanto coordenador da USF (valor superior aos 52,7% registados no ano passado). Apenas 7,1% consideram esse tempo é adequado⁴⁹.

Outro setor do estudo vinculado ao campo dos Recursos Humanos refere-se à **violência sofrida pelos profissionais de saúde no ambiente de trabalho**. Cerca de 76,5% dos casos estão relacionados com situações de ameaça e agressão verbal, seguidas de atos de Pressão Moral (55,86%, cerca de 10% mais de casos em relação ao estudo do ano anterior - 45,4%). Violência contra propriedade dos profissionais aconteceu em 18,48% das USF. A violência física tem também uma importante expressão - 12,70%. Casos de discriminação tiveram um registo maior que o ano anterior (de 8,8% para 11,83%). Os relatos de assédio sexual são os tipos de violência menos frequentes (2,72%). A maioria das USF (73,2%) refere ter procedimentos para abordar a violência contra os profissionais de saúde e cerca de 61,4% estão satisfeitos com os procedimentos existentes⁵⁰.

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 e estão alinhados com outros estudos realizados em Portugal⁵¹ e internacionalmente e devem levar a uma abordagem renovada e reforçada do problema.

Em relação aos **acidentes de trabalho**, 30,9% dos coordenadores referem que a na sua USF houve pelo menos 1 acidente nos últimos 12 meses. A maioria deles são picadas (em 44,07% das USF em que ocorreram acidentes) e quedas (43,22%), seguindo-se os cortes (8,47%). 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 e a oferta desses materiais é percebido como indispensável e um ato de ética e responsabilidade profissional.

⁴⁹ Ver secção G- Recursos Humanos.

⁵⁰ Ver secção I - Acidentes de Trabalho e Violência contra os Profissionais de Saúde e Ausências ao Trabalho

⁵¹ [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.](#)

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 a necessidade para a ocorrência de novos estudos, 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 multiplicar-se com a incorporação de outras profissões, que neste momento existem em 44,36% das unidades. A formação tradicional de medicina e enfermagem dominam a participação: internatos de Medicina Geral e Familiar (85,83%), alunos de Medicina (96,98%), ano comum de Medicina (93,09%) e alunos de enfermagem (95,03%). O campo para estágios dos secretários clínicos ainda que escasso (18,53%), apresentou um aumento de mais de 6% em relação ao ano anterior. Da mesma forma, todas as categorias de estágio de formação tiveram ampliação em sua representatividade nas unidades de saúde.

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.

No que se refere ao papel e as funções dos **Secretários Clínicos** ressalta-se a mudança do perfil e das competências necessárias para a prática do exercício profissional concomitante às transformações dos períodos da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários no país. A função do Secretário Clínico não se esgota nas ações de assistente técnico. Vai mais além. Configura-se a primeira linha de contacto do utente e sua família com o serviço de saúde, a qual é crucial para o seguimento do cuidado.

O secretário clínico é como um gestor das necessidades dos cidadãos, propondo as respostas mais adequadas de acordo com a carteira de serviços da unidade funcional e o respetivo

encaminhamento para a equipa médica e/ou de enfermagem⁵². Para tal, faz-se necessário o reconhecimento público e político do papel, cada vez mais ativo, que estes profissionais desempenham nas unidades de saúde, não só na comunicação com os cidadãos mas também na gestão da unidade e nas tomadas de decisão da equipa multidisciplinar.

Atualmente 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. Contudo, parte da complexidade das atividades está, em sua maioria, associada à especificidade do atendimento no contexto de saúde, nomeadamente a vulnerabilidade desencadeada, nos utentes pelas alterações do seu bem-estar, exigindo uma formação técnica específica. Exigindo um conjunto de “*soft skills*” e competências sociais, comunicacionais e relacionais.

O estudo do Momento Atual demonstra a importância dessa categoria profissional para as equipas de cuidados primários. Já no relatório do estudo do ano passado (2017) o “Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico” foi 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. Neste ano, “Desenvolvimento da carreira de Secretário Clínico” permanece como 4º problema na lista de necessidades que carecem de soluções. Com destaque ainda para as ARS do centro e de LVT, regiões que dão maior destaque a necessidade do desenvolvimento da carreira profissional do Secretário Clínico.

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 é dependente dos esforços e atuação de todos os recursos humanos envolvidos. 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 configura-se como uma urgência para os CSP.

Segundo a definição da OMS é função do **Enfermeiro de Família** “*Ajudar indivíduos e famílias a lidar com doenças e incapacidade crónica, ou em períodos de stresse, passando uma grande*

⁵² <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/PerfilFuncoesCompSecClinicoCSP.pdf>

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.”⁵³

A Enfermagem é uma das profissões da área da saúde com papel central para a consolidação dos Cuidados de Saúde Primários, sobretudo pelo potencial inovador, criativo e versátil dos profissionais. O trabalho na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na oferta de cuidados são atributos destacados em documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)⁵⁴. O profissional enfermeiro tem agregado conhecimentos, habilidades e atitudes para atuar em diferentes áreas (a saber: a assistência, a gestão, o ensino, a pesquisa e o controle social, etc) aumentando o seu âmbito de atuação e a complexidade da sua responsabilidade como força de trabalho em saúde.

O potencial criativo e inovador da enfermagem tem ganhado imenso destaque na agenda internacional com o movimento *Nursing Now*⁵⁵, com base no relatório do Triplo Impacto⁵⁶. O documento sugere contribuições singulares da enfermagem na melhoria da condição de saúde das populações, tendo como meta para 2020 o estabelecimento de liderança política da enfermagem e o incentivo à formação de redes de investigação com abrangência mundial⁵⁷.

⁵³ - http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/53860/E92341.pdf?ua=1

⁵⁴ Thumé, E; Fehn, A.; Acioli, S.; Fassa, E. Formação e prática de Enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde – avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Revista Saúde em Debate. Cebes - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.(prelo). Rio de Janeiro, 2018.

⁵⁵ Nursing Now - raising the profile and status of nursing worldwide - Nursing Now [Internet]. [citado 14 de julho de 2018]. Available at: <http://www.nursingnow.org/>

⁵⁶ World Health Organization (WHO); All-Party Parliamentary Group on Global Health (APPG). Triple Impact - How developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth. [Internet]. London; 2016 [citado 14 de julho de 2018]. Available at: <http://www.appg.globalhealth.org.uk/>

⁵⁷ World Health Organization (WHO). Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [citado 14 de julho de 2018]. 56 p. Available at: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/global-strategic-midwifery2016-2020.pdf

Durante os últimos anos em Portugal a especialidade de enfermagem em saúde familiar tem sofrido avanços e recuos sistemáticos, tanto no nível político como no profissional. No país está a ser reestruturada a implementação e desenvolvimento das especialidades (inclusive da Enfermagem em Saúde Familiar) pela Ordem dos Enfermeiros. A especialidade já é realidade em alguns países com sistemas de saúde universais como no Brasil, por exemplo, onde há tanto a formação em Programa de residência multiprofissional como o Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família do município do Rio de Janeiro (PRESF)⁵⁸.

Em Lisboa, através da articulação com a ARS LVT intercâmbios de formação profissão deverão colaborar com o amadurecimento dessa discussão. Inicialmente, a interface prevê a realização de estágios de curta duração, partilha de métodos de aprendizagem, treino de enfermeiros em fase de especialização, partilha de materiais didáticos, bem como a formação metodológica de preceptores/orientadores de formação por meio da metodologia desenvolvida e aplicada no município do Rio de Janeiro.⁵⁹

A enfermagem de saúde familiar teve o seu lançamento em Portugal em 2006 com o início da Reforma dos CSP, a procura de experiências bem-sucedidas em outros países corrobora com o fortalecimento da categoria internacionalmente, além de permitir diálogos de amadurecimento do que se pretende efetivar como especialidade em Portugal.

Em relação aos **Médicos De Família (MF)**, de acordo com o BI Reforma CSP existem atualmente 5448 MF em Portugal continental (3247 dos quais em USF, 59,6% do total). Cerca de 43% dos MF têm entre 55 e 64 anos o que somando os 13% que têm 65 ou mais anos nos faz concluir que mais de 50% dos MF tem mais de 55 anos, o que coloca desafios em termos de reformas nos próximos anos.

Um terço dos médicos possui um vínculo de 42h com exclusividade e 28% de 40 horas sem exclusividade.

Também pela consulta dos dados oficiais do MS, em Janeiro de 2017 o SNS necessitava de mais 524 MF de forma a cobrir a totalidade dos utentes sem MF. A ARS com mais necessidade de MF é a LVT que necessitava de 83 MF. Por outro lado, a ARS Alentejo apenas necessitava de mais 15 MF para que todos os utentes dessa ARS tenham total cobertura por MF.

⁵⁸ referência

⁵⁹ http://www.arslvt.min-saude.pt/frontoffice/pages/2?news_id=1521

Estes dados, em conjunto com as informações recolhidas neste estudo, reforçam a importância de uma gestão adequada dos recursos humanos. Por um lado, temos a necessidade de dar resposta aos utentes que ainda não têm equipa de saúde familiar, alguns deles em USF (aproximadamente por cada 2 USF falta 1 médico, para o número previsto da equipa), por outro são necessários mecanismos que permitam diminuir a dimensão das listas de utentes (o segundo maior problema a necessitar de ser resolvido, identificado neste estudo) e, igualmente, dar resposta, de forma atempada, à ausência de profissionais das unidades por doença ou outros motivos legais. Quando questionados se **na sua USF nos últimos 12 meses, houve algum profissional com ausência ao trabalho superior a 30 dias**, 73,1% dos coordenadores respondem que sim; e, ainda, que, em média faltaram mais de 30 dias entre 4 e 5 profissionais (4,67). Estas ausências na maioria das vezes são supridas pelos profissionais da equipa (em 62, 8% de forma exclusiva e em 28,36% em conjunto com profissionais fora da equipa). Essa resposta por parte da equipa acaba por acrescer ao número de horas, sendo que mais de metade dos profissionais tem um vínculo com 40 ou mais horas e apenas um terço tem exclusividade com o SNS, contribuindo para os elevados níveis de sobrecarga existentes nos profissionais de saúde em Portugal. A nível nacional, entre 2011 e 2013, 21,6% dos profissionais de saúde apresentaram burnout moderado e 47,8% burnout elevado

(<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/6460/4534>).

Os recém-especialistas a aguardar concurso são muitas vezes utilizados para suprir de forma temporária as ausências nas equipas, no entanto com a agilização dos períodos de recrutamento de MF, se por um lado permite a cobertura mais célere de mais utentes sem MF, por outro lado reduzirá a possibilidade de utilização para estas substituições temporárias. Tendo em consideração que as ausências temporárias não possibilitam a abertura de vagas em concurso, novas formas de minimizar este problema deverão ser ensaiadas.

Face também à pressão que vai existir aquando da reforma de 50% dos MF existentes nos próximos 10 anos, é , necessário melhorar a taxa de retenção de recém-especialista dando melhores condições de trabalho, assim como possibilitar o acesso ao modelo remuneratório em exclusividade, com a consequente melhoria das condições remuneratórias ou e a sua inclusão em USF modelo B.

9.5. INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

Uma estrutura adequada nas USF favorece a oferta de serviços oportunos e de qualidade, além de possuir potencial para aumentar a probabilidade de um bom processo de trabalho dos profissionais e, por conseguinte, de bons resultados em saúde dos utentes e seus familiares. A estrutura de um serviço de saúde refere-se às condições relativamente estáveis (instalações, instrumentos, recursos materiais e humanos, contexto físico e organizacional, etc) e é um dos elementos da tríade: estrutura, processo e resultado, proposta por Donabedian para avaliação da qualidade⁶⁰.

A relação da estrutura com os demais elementos dos pilares de avaliação da qualidade é essencial para serviços e sistemas de saúde que procuram continuamente a melhoria na oferta dos serviços e no impacto na saúde das populações.

O estudo do Momento Atual, nesta secção, coleta elementos que possam colaborar para este debate, dando indicação às instituições políticas e gestoras sobre as necessidades das USF a nível nacional. Neste contexto, a maioria dos coordenadores considera que as instalações das USF são adequadas para o exercício (49,47%), mas este número é menor do que no início do Estudo do Momento Atual em 2009/2010 (54,5%) e muito mais pequeno do que o anos de 2012/2013 (63%), anos em que se registou o maior valor de concordância com a adequação das estruturas das unidades de saúde.

No que se refere aos equipamentos informáticos (hardware, servidor, largura de banda...) adequados para a atividade dos profissionais de saúde a taxa de insatisfação tem a segunda maior percentagem desde sempre (70,47%).

Quando se pergunta especificamente sobre o Software, a discordância (em desacordo ou muito em desacordo) diminuiu relativamente ao ano passado (63,34%), situando-se atualmente nos 50,27%. Pela primeira vez no estudo perguntou-se sobre os computadores e terminais e sobre a rapidez de funcionamento dos computadores, para ambos os coordenadores manifestam-se em desacordo com a adequação dos equipamentos disponíveis em 38,6% e 58,71% respectivamente.

⁶⁰ Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA 1988; 260:1743-8. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/374139> . Acesso em 24/10/2018.

Novas questões foram incorporadas neste ano do estudo. A interoperabilidade das aplicações e o modo como se articulam também foi um elemento de insatisfação importante para os coordenadores (73,26%). Além disso, a segurança dos dados informáticos desperta descontentamento em 43,57% dos coordenadores.

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 87,19%, a segunda maior desde sempre e a que apresenta o menor índice de satisfação em comparação com os outros anos do estudo (neste ano 5,99%)

Quanto à rapidez da resposta da ARS aos problemas que dependem da sua intervenção, importa referir que 73,57% dos coordenadores considera que a ARS não responde de forma rápida aos problemas que dependem da intervenção dela, o maior valor desde 201/2015, quando a questão foi incorporada ao estudo. Estes resultados chocam com os obtidos em relação ao ACES e a rapidez com que responde aos problemas que dependem da intervenção dele – 49,60% de desacordo quanto ao ACES contra 73,57% das ARS e concordância de 28,84% nos ACES contra 7,08% nas ARS. No que se refere ao apoio técnico informático dos ACES e da ARS ambos mantêm valores semelhantes de insatisfação 54,59% para os ACES e 59% para a ARS. Para o apoio do Servicedesk da SPMS, 48,32% dos coordenadores considera estar em desacordo com as condições para as atividades dos profissionais de saúde.

Ao analisar os resultados por ARS verificamos que a ARS Norte tem os piores resultados que no que se refere aos computadores e terminais (47,94% consideram que não têm as condições necessárias para a atividade), rapidez de funcionamento dos computadores (71,13%), software adequado (60,82%), interoperabilidade (74,23%), assim como as respostas por parte dos ACES (65,10%), sendo que neste caso o resultado de concordância da ARS LVT (38,83%) é mais do dobro do da ARS Norte (16,67%). Nas restantes áreas é a ARS Algarve que obtém maior concordância sobre a sua adequação (computadores e terminais – 83,33; rapidez de funcionamento dos computadores - 50%; software adequado – 41,67%), excetuando-se a interoperabilidade em que a ARS Alentejo obtém o maior grau de concordância com 16,67% sobre a sua adequação. Neste caso concreto é de realçar que todas as ARS obtêm resultados marcadamente maus e que esta área é da responsabilidade da SPMS, assim como a segurança dos dados onde os valores de concordância com a sua adequação variam entre 10% (ARS Alentejo) e 36,36% (ARS Algarve).

No que toca à ARS Algarve, os piores resultados são: instalações (75% a considerarem que não são adequadas), equipamento clínico (75%), consumíveis para procedimentos (66,67%), materiais de uso clínico (41,67%), central telefónica (91,67%, mas de realçar que todas as ARS obtêm maus resultados, inferiores a 10%, exceto na ARS do Alentejo onde os valores de concordância se situam nos 33,33%) e higiene e limpeza das instalações (66,67%). Os melhores resultados ou mais concordantes com as afirmações de que são adequados são: instalações (ARS Alentejo com 66,67%, mas excetuando a ARS Algarve, todas as restantes ARS obtêm resultados a rondar os 50%), equipamento clínico (ARS Alentejo com 50%), consumíveis para procedimentos (ARS Alentejo com 75%, sendo de destacar que a ARS que a segue apenas consegue 53% de concordância), materiais de uso clínico (ARS Alentejo com 75%) e higiene e limpeza das instalações (ARS Centro com 45,10%).

Importa ainda destacar que de um modo geral todas as USF respondentes revelam elevada discordância sobre a resposta rápida por parte das ARS (valores que variam entre 0% na ARS Algarve e Alentejo e 9,80% na ARS Centro).

De um modo geral podemos verificar que todas as ACES e ARS respondem de forma deficitária e lenta quando há problemas que necessitam da intervenção deles, inclusive a nível informático. O mesmo sucede com a resposta por parte da SPMS nas suas áreas de competência.

O estudo do momento atual destaca ainda que quase 90% das USF (89,35) tiveram falta de material básico, pelo menos uma vez durante o ano. Ressalta-se ainda que o número de faltas de material tenha caído em relação ao ano anterior, o tempo de solução do problema mantém-se alto: 48 horas ou mais (72,1% dos casos).

Por estes resultados de insatisfação global podemos concluir que as “Orientações para instalações e equipamentos das Unidades de Saúde Familiar”⁶¹ não têm sido respeitadas, nem na construção nem ao equipar as USF.

Dessa forma, este estudo sugere que outras análises devam ser incorporadas ao elemento “estrutura” a fim de que especificidades regionais/locais possam ser identificadas. Indicadores de desenvolvimento, vulnerabilidade das populações, dados demográficos entre

⁶¹ www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/instalacoes_equipamentos_usf.pdf

outros constituem dados contextuais importantes que merecem ser analisados conjuntamente.

Na sequência da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários de Portugal, melhorar sempre foi e é um lema. Avancemos!

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 verificada até ao estudo do ano passado (a primeira avaliação desta instituição foi na edição 2013/14 em que obteve 1% de satisfeitos ou muito satisfeitos), tendo paulatinamente subido até aos 10,9% (2016/17), tendo este ano descido para os 8,9% de satisfeitos ou muito satisfeitos e 67,1% de insatisfeitos ou muito insatisfeitos (versus 62,1% em 2016/17), sendo a par da ACSS as instituições que mais insatisfação geram abaixo do Ministério da Saúde (76,1%).

A área dos sistemas de informação liderou 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 2º lugar, atrás dos Equipamentos informáticos (2016/17). Este ano desceu para o 7º posto, no entanto os Equipamentos informáticos e o Software (programas informáticos de apoio à atividade e de registo) manteve-se no top 5, na lista dos principais problemas que carecem de resolução nas USF, mas passando da liderança em 2016/17 para o 5º lugar.

Neste momento o Vitacare já não é utilizado em nenhuma USF, pelo que coexistem apenas 2 aplicações informáticas de apoio à consulta – Medicine One (8,6% dos respondentes) e Sclinico (91,4% dos respondentes). O Medicine One, tem uma parcela estável no conjunto aplicações, entre os 9 e os 12%, de acordo com os últimos estudos. Dentro das unidades que alteraram o seu aplicativo para Sclinico nos últimos 5 anos, verifica-se que o número das que referem que o Sclinico é melhor ou muito melhor que a aplicação anterior é igual ao número de respondentes que afirma que o Sclinico é pior ou muito pior que a anterior aplicação.

Analisando a satisfação com estas aplicações, podemos observar que a diferença de satisfação entre ambas diminuiu. Enquanto que no estudo do ano anterior o Sclinico tinha cerca de 36% de coordenadores satisfeitos ou muito satisfeitos, contrastando com quase 61% quando falamos no Medicine One, no estudo deste ano a satisfação para com o Sclinico passou para 42,98% a do Medicine One desceu para 46,52%

A totalidade dos respondentes tem acesso à PEM, no entanto, cerca 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), conseguindo este ano ficar ligeiramente abaixo dos 50% de insatisfação (49,87%), mantendo-se no entanto como a aplicação que mais insatisfação gera.

Desta forma é possível concluir que apesar de haver melhorias, a SPMS ainda não conseguiu corrigir aquilo que os profissionais entendem como desadequado. Vemos, portanto, um sistema com potencial, mas com poucas evoluções positivas e sem ouvir aqueles que diariamente utilizam as aplicações informáticas.

Analisando a aplicação **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 atualmente nos 37,70%, com estagnação este ano dos valores. A **PDS** tem conseguido, nos últimos anos, reduzir os níveis de insatisfação com o seu funcionamento, mas este ano voltou a aumentar a insatisfação (38,54%, mais 2,5% face ao ano passado) e a reduzir a satisfação (40,70%, menos 4,1%).

Quanto à **interoperabilidade** entre os diversos sistemas e as aplicações de apoio à consulta, exceção feita à PDS e ao Vacinas (com níveis de satisfação respetivamente de 40,70% e 40,06% respectivamente) todos os restantes possuem níveis de satisfação muito baixos, destacando-se o GestCare com 13,97%.

No que toca ao acesso às aplicações informáticas, a totalidade dos respondentes ficou alguma vez **sem acesso às aplicações informáticas** durante o período 2017/2018. 71% dos coordenadores referiram ter ficado sem acesso às aplicações informáticas mais de dez vezes. Destes, em 40,46% dos casos a unidade ficou mais de cinquenta vezes sem acesso às aplicações informáticas. Importa ainda referir que 89,67% dos coordenadores afirma que o problema foi resolvido, mas com atrasos importantes e em quase 8,5% das vezes em 48 horas ou mais, o que é significativo e coloca em causa a prestação de cuidados com segurança.

Apenas 17,2% referem ter computadores/terminais adequados à sua prática profissional, 26,74% referem ter software adequado à sua prática profissional, 9% consideram que a

interoperabilidade dos sistemas que utilizam se adequa à sua prática profissional. Menos de 25% consideram que o apoio técnico informático do ACES, ARS e SPMS é adequado. Desta forma, a melhoria na interoperabilidade, substituição de computadores por outros adequados à sua prática profissional e a melhoria do apoio técnico merecem uma atenção especial por parte dos decisores.

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 2017⁶² 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 60,8% dos respondentes está de acordo ou muito de acordo que este processo é um **estímulo para trabalhar com maior qualidade**, um ligeiro crescimento face aos 54,4% obtidos no estudo de 2016/17 mas ainda abaixo dos valores obtidos nos anos 2009-2013. Os coordenadores de USF da ARS Alentejo (81,8%) e, da ARS

⁶² https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/Contratualizacao_CSP_2017_-_Informacao_2017.03.16_.pdf

Alentejo (66,7%) e os do Modelo B (66,7%) são os que mais de acordo estão com esta afirmação.

O novo processo de contratualização, alicerçado na evolução positiva nos últimos anos conduziu a uma descida deste na posição da lista dos problemas mais importantes. Assim, a contratualização que esteve 2 anos na 3ª posição, e nos dois anos seguintes ocupou a 5ª posição e no ano passado saiu mesmo da lista dos cinco problemas mais importantes encontra-se atualmente na posição 18.

Contudo, há passos importantes e novos desafios. A afirmação mais consensual entre as formuladas relativamente à contratualização refere-se à **integração do contexto da unidade nos valores de referência**. Dos coordenadores, 82% estão de acordo ou muito de acordo com esta afirmação. É nas ARS Alentejo (90,9% de acordo ou muito de acordo) e Centro (88,0% de acordo ou muito de acordo), nas USF Modelo B (83,2%) e nas USF não integradas em ULS (83,7%) que se encontra a maior concordância com esta afirmação.

O **cumprimento dos prazos estabelecidos**, é outra ponto a analisar. 81,4% discordam que o processo cumpra os prazos estabelecidos para a sua concretização (um valor muito semelhante ao obtido o ano passado: 81,3%), a maior insatisfação parece estar nas USF da região Centro (94% em desacordo ou muito desacordo), Algarve (91,7) e Alentejo (90,9%) e os das USF modelo B (83,8%). Pelo contrário é na ARS Norte que existe uma maior concordância com esta afirmação (10,4% de acordo ou muito de acordo). É importante recordar que o melhor resultado alcançado nesta matéria foi de 19,1% em 2014/2015 e nestes últimos 2 estudos a taxa de concordância foi de 8,6 e 8,2% respectivamente, valores que urgem ser melhorados.

De entre os coordenadores, 41,6% consideram que a contratualização não é uma **negociação transparente**, embora esta percentagem tenha diminuído consistentemente nos últimos estudos desde o máximo obtido em 2013-14 (75,9%), sendo os coordenadores de USF da ARS Centro (46,9% em desacordo ou muito em desacordo) e da ARS LVT (44,9% em desacordo ou muito em desacordo), e os das USF modelo A (42,3%) os que mais discordam desta transparência. Na ARS Norte a maioria dos coordenadores (59,9%) está de acordo ou muito de acordo que a **contratualização é uma negociação transparente**.

No que se refere aos indicadores de contratualização, 41,3% 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 54,5% do estudo 2016/17. As USF das regiões Alentejo (45,5%) e LVT (43,3%) e ARS Norte (41,3%) são as que mais discordam, assim como as USF de modelo A (42,3%).

Simultaneamente, 45,8% dos coordenadores discorda que **valores de referência e de variação aceitável de desempenho têm uma exigência que se pode fundamentar em termos técnico-científicos**, seguindo a tendência decrescente verificada nos últimos anos, sendo as ARS Alentejo (63,6% em desacordo ou muito em desacordo) e Centro (50% em desacordo ou muito em desacordo).-Apenas 23,1% concorda que o **esforço a que os valores de referência e de variação aceitável de desempenho contratualizados obrigam não prejudica o restante trabalho que a USF precisa de fazer** (um aumento em relação aos 16,6% do estudo de 2016/17, mantendo a tendência crescente dos últimos anos). A discordância com esta afirmação é maior nas regiões do Algarve (66,7% em desacordo ou muito em desacordo) e LVT (57% em desacordo ou muito em desacordo).

Apesar dos pontos a melhorar, é importante verificar que primeira vez mais de metade dos coordenadores de USF respondentes consideraram que **a contratualização tem vindo a melhorar ao longo dos anos**. Assim, 56,1% está de acordo ou muito de acordo sendo o melhor resultado de sempre. A nível regional 60,8% dos coordenadores da região Norte, 58,3% da região do Algarve e 54,5% da região LVT estão de acordo ou muito de acordo. As USF modelo B parecem ser as mais satisfeitas com esta evolução (62,2%).

Na caracterização do grau de concordância da implementação de alguns elementos na contratualização, 80,4% dos respondentes está de acordo com **o plano de ação incluir Estratégias e atividades para melhorar/qualificar/sustentar o desempenho**; 80,3% concordam com **criação da Comissão Técnica Nacional para apuramento de valores de referência nacional e avaliação da qualidade dos bilhetes de identidade (BI) dos indicadores contratualizados** e 72,6% com as **auditorias à atividade das unidades relacionada com os indicadores contratualizados**.

Por outro lado, 48,5% dos coordenadores estão em desacordo ou muito em desacordo (versus 37,3% de acordo ou muito de acordo) com o facto de **todas as unidades funcionais terem os mesmos valores de referência e de variação aceitável para os indicadores**, o facto de **todas as unidades funcionais terem os mesmos indicadores** dividiu os coordenadores, 40,3% estão em desacordo ou muito em desacordo enquanto que 45,5% estão de acordo ou

muito de acordo. De realçar ainda que 37,8% dos coordenadores estão em desacordo ou muito em desacordo com facto de **não se contratualizarem metas** (35,1% de acordo ou muito de acordo) e 34,5% também de desacordo ou muito em desacordo com **não se contratualizarem indicadores** (com 38,4% de coordenadores de acordo ou muito de acordo). De entre os coordenadores, 62% consideram que não foram **consideradas as suas especificidades** na avaliação efetuada pelo Departamento de Contratualização, um número que decresceu face aos 70,2% obtidos no estudo de 2016/17. Da análise regional sobressai a região do Alentejo (em que 81,8% referem não ter sido consideradas as especificidades da USF) e Algarve (77,8%). Por outro lado, 41,8% dos coordenadores de USF da ARS LVT consideram que as suas especificidades foram tidas em conta na avaliação. Em 57,1% das USF integradas em ULS o coordenador refere que foram tidas em consideração as especificidades da USF na avaliação realizada pelo Departamento de Contratualização, o que contrasta com os 35,6% das não integradas em ULS.

A **percentagem de USF com direito a incentivos institucionais** teve um grande descréscimo este último ano. Depois de 3 anos com um aumento consecutivo: 45,5% em 2013 (sendo a região Norte a que regista maior percentagem de USF com direito a incentivos), 58,47% em 2014 (maior percentagem na região LVT) e 74,75% em 2015 (com a região Centro e Alentejo com uma maior percentagem de USF com direito a incentivos) e 80,07 em 2016 em 2017 esse valor baixou para 61% (maior percentagem na ARS Norte - 73,29%). A este facto poderá estar associado uma maior abrangência dos indicadores incluídos na contratualização, não só ao nível do desempenho assistencial, mas também em outras áreas para além do desempenho clínico.

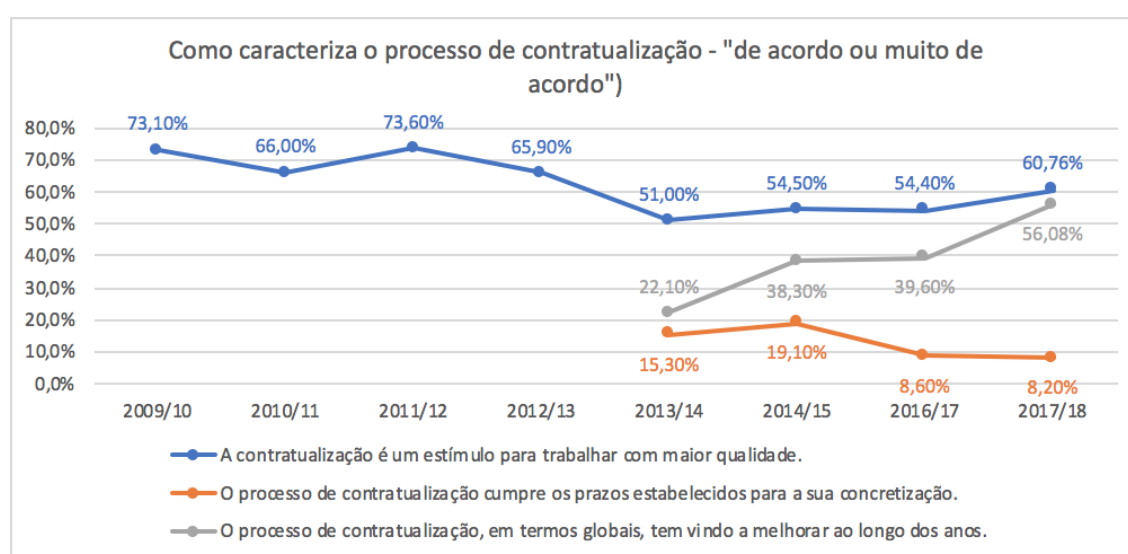
Este estudo conclui no entanto que 79,6% das USF têm incentivos institucionais em dívida, das quais as USF da região Norte (82,7%) e Alentejo (81,82%) são as que mais têm incentivos em dívida, facto que poderá descredibilizar o processo, pelo sentimento de incumprimento de uma das partes do processo.

Noutro ponto a merecer reflexão, verifica-se que mais de 90% dos coordenadores, refere que a sua USF teve algum tipo de **impedimento na utilização dos incentivos** para aquisição de material e equipamento: cerca de 94% dos coordenadores referem ter tido impedimentos na atualização, manutenção e aquisição de equipamentos para o funcionamento da unidade funcional, 93,4% na aquisição de melhoria das amenidades de exercício de funções da equipa

multiprofissional e 89,1% amenidades de acolhimento dos utentes. Um mais claro procedimento nesta área é essencial para que as equipas possam utilizar dentro do seu plano de aplicação de incentivos as verbas atribuídas.

A par da atribuição e utilização dos incentivos, o cumprimento dos prazos estabelecidos e a integração do contexto nos valores de referência e de variação aceitável de desempenho contratualizados são os grandes desafios para os próximos anos.

Gráfico 13- Caracterização do processo de contratualização. Portugal. 2009/2018.



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 cidadão no seu território tem um potencial dinamizador das suas relações com os profissionais de saúde.^{63,64}

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)⁶⁵ 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.

A presente edição do estudo traduziu uma maior preocupação com as questões ligadas à participação dos cidadãos na saúde e nos CSP. Essa preocupação dos autores é objetivamente manifestada por um aumento quer do número de perguntas desta secção, quer pela sua maior abrangência e sensibilidade. Para isso, muito contribuiu – como já referimos – a colaboração da plataforma “MAIS PARTICIPAÇÃO, melhor saúde”, cuja experiência de campo e proximidade às organizações da sociedade civil que representam os utentes dos serviços de saúde, as pessoas portadoras de doença e os consumidores, se revelaram aqui determinantes.

⁶³ 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)

⁶⁴ Starfield, B. 1998. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press.

⁶⁵ 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).

De acordo com os resultados obtidos, é ainda vestigial a realização de **reuniões de prestação de contas com a população**, que ocorreu em apenas 2,5% das USF, confirmando-se uma tendência de descida desta prática desde a edição em que a questão começou a ser colocada (2014/2015). O mesmo parece não ocorrer quando se trata de reunir com as **autarquias**, onde a proporção de casos afirmativos atingiu os 21,7% - embora ligeiramente inferior ao ano passado – ou quando em causa estão outras **entidades da comunidade, como associações culturais ou desportivas**, organismos com os quais 35,1% de USF referiram ter ligações. O número elevado de USF que **organizaram e/ou participaram em iniciativas junto da comunidade** (mais de 75%) expressa bem a sua ligação ao exterior, a qual é manifestamente maior comparativamente à realização de **encontros com outras USF** para troca de experiências e boas práticas, que se ficou nos 23,7%, valor que ainda assim traduz alguma interação entre unidades. A existência formal de **Ligas de Amigos ou de comissões de utentes** confirma uma tendência de subida que este ano atingiu os 14% de casos, sendo no entanto um aspeto que merece mais investimento no contexto de uma cada vez maior preocupação pelo fomento de estratégias mais efetivas de participação cidadã nos CSP.

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)⁶⁶. Também o **Plano Nacional de Saúde**, que norteia todo o Sistema Nacional de Saúde⁶⁷, dispõe de elementos que corroboram a necessidade de uma comunidade mais autónoma, protagonista e com sentimentos de intervenção nos processos decisórios da área da saúde e do bem-estar social.

A leitura destes resultados por ARS não revela diferenças com grande significado, embora se destaque uma ou outra particularidade regional. Destaca-se por exemplo o número nulo de **reuniões de prestação de contas com a população** nas ARS Alentejo e Algarve. A **organização**

⁶⁶ World Health Organization (2013): Regional Office for Europe. Health 2020. A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century. Copenhagen: World Health Organization.

⁶⁷ 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.pdf>

e/ou participação em iniciativas junto da comunidade é uma prática bastante expressiva em todas elas, embora na ARS Algarve essa realidade esteja significativamente menos disseminada, surgindo apenas com 33,3% de casos (nas restantes oscilam entre os 66,7% na ARS Alentejo e os 88% na ARS Centro). A ARS LVT é a mais dinâmica no interface com as **autarquias** (38,8%), logo seguida de perto pelas ARS Centro (26,5%) e Alentejo (25%). Com outras **entidades da comunidade** os valores mantêm-se na casa dos trinta por cento, à exceção das ARS Alentejo e Algarve onde a mesma realidade se situa respetivamente nos 16,7% e nos 18,2%. Em todas as regiões se verificaram **encontros com outras USF** para troca de experiências e boas práticas em valores idênticos, entre os 21,2% (ARS Norte) e os 28,9% (ARS LVT), destacando-se o nulo na ARS Alentejo.

Não se evidenciaram diferenças importantes na maioria dos itens, entre os dois modelos organizacionais, muito embora as USF B apresentem valores consistentemente mais elevados comparativamente às USF A: na criação de Ligas de Amigos (mais 13,2%), na ligação a outras **entidades na comunidade** (mais 11,5%) e ainda na **organização e/ou participação em iniciativas** junto da comunidade (mais 10,7%). Estes diferenciais traduzem uma maior abertura das USF B ao exterior que acaba por ser mais relevante na questão da criação de Ligas de Amigos, onde o valor referente às USF A é objetivamente baixo (6,7%). Esta tendência também se verifica quando comparamos os resultados das USF integradas e não integradas em ULS, sendo que nestas últimas a criação de Ligas de Amigos e de comissões de utentes é cerca de três vezes superior às primeiras.

Os **profissionais de saúde** foram os atores cujo envolvimento foi tido como mais importante no âmbito da construção de política de CSP em Portugal, seguidos pelos cidadãos/cidadãs, associações de utentes, associações de doentes, juntas de freguesia e Câmaras Municipais. Os **académicos e investigadores** surgem a meio da tabela e, curiosamente, os **especialistas em políticas de saúde** recebem valores de importância também pouco expressivos, o que pode significar que os coordenadores das USF não vêm nestas figuras, habitualmente de perfil técnico diferenciado, atores válidos na construção de política de saúde – numa leitura pela negativa – ou então que sendo o seu nível de envolvimento já satisfatório, não traduzem um grupo prioritário a envolver – numa leitura pela positiva. Nas várias ARS, os profissionais de saúde destacam-se sempre como grupo cuja importância em envolver nas políticas é alta

(apenas na ARS Norte isso não acontece), assim como os cidadãos/cidadãs, Juntas de Freguesia, associações de utentes e gestores dos serviços de saúde. Por modelo organizacional, os resultados mantêm-se na mesma linha dos anteriores, sem modificações dignas de relevo. As **seguradoras** são consistentemente os atores que menor importância recebem quanto ao seu envolvimento nas políticas de saúde nos CSP.

Todas as iniciativas que visam promover o envolvimento do cidadão que foram colocadas à consideração dos coordenadores, no questionário utilizado, receberam valores elevados de importância, embora se tenham destacado a disponibilização de informação relevante sobre a saúde e serviços de saúde em tempo útil, a utilização de mecanismos e estratégias de comunicação ajustados à realidade e à linguagem local e a disponibilização de informação sobre como envolver os cidadãos/utente/doentes. Estes resultados são consistentes com o que se encontrou em cada uma das ARS, não se registando grandes diferenças entre elas. No entanto, nas ARS LVT, Alentejo e Algarve nota-se uma maior preocupação dos coordenadores com as questões da representatividade e reconhecimento das estruturas de participação dos cidadãos, aspetos menos focados nas restantes ARS. Por modelo, não se registam novamente diferenças com grande significado, tendo-se verificado valores elevados de importância atribuída à disponibilização de informação sobre como envolver os cidadãos/utente/doentes.

Os **Hospitais de referência** do ACES geraram valores elevados de insatisfação junto dos coordenadores das USF, tendo sido ligeiramente mais notória nas USF A e de certo modo transversal as todas as ARS, com um franco destacamento na ARS Alentejo (75% de insatisfeitos e muito insatisfeitos). Nas USF integradas em ULS a satisfação é apenas ligeiramente superior nas ULS (satisfeitos e muito satisfeitos 31,4% nas ULS e 27,9% nas não integradas em ULS; insatisfeitos e muito insatisfeitos 37,93% contra 45,95% respetivamente), naquela que deveria ser uma das dimensões mais relacionada com a opção por este modelo de gestão. Na articulação com as **restantes estruturas da comunidade**, os coordenadores tendem a situar-se no território da satisfação, muito embora na ARS Alentejo se verifique consistentemente uma maior insatisfação, não muito acentuada, com aquelas estruturas, tendência apenas invertida quando se tratam das **Juntas de Freguesia**. Ainda quanto ao poder local, é evidente a maior insatisfação com as Câmaras Municipais e, por outro lado, a maior satisfação com as Juntas de Freguesia.

Identificar os elementos de sucesso e de maior envolvimento social é essencial para a garantia da participação da comunidade. Molyneux et al. (2012)⁶⁸ identifica como mecanismo mais popular de responsabilidade e empoderamento social as comissões relacionadas 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.⁶⁹

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 Utentes 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 Utentes⁷⁰.

⁶⁸ 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.

⁶⁹ 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>.

⁷⁰ Ver o Protocolo USF-AN / DECO em <https://app.box.com/s/mrcot41r09hfhy0f5zm5gxcxydy0f50p>

Outra iniciativa neste sentido é o projeto **“Mais Participação, Melhor Saúde”**⁷¹, 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, Mais 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 comunidade⁷²(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 ativa 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 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.

⁷¹ Para saber mais sobre o projeto: http://www.gatportugal.org/projetos/mais-participacao-melhor-saude_12

⁷² 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>.

10. SWOT

FORÇAS

Existem já 501 USF, abrangendo mais de 9000 profissionais e que prestem cuidados a quase 6 milhões de pessoas.

Iniciaram atividade em 2017 16 USF modelo A e há 41 candidaturas ativas para novas USF.

Número recorde de respondentes – 372 coordenadores e uma taxa de resposta de 75%, também a 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 anos (este ano 70,7%, mas menor do que no ano passado).

O número de USF que realizou ou iniciou o processo de **acreditação** tem crescido nos últimos anos, apresentando neste estudo o valor mais alto – 19,7%.

A maioria das USF considera que o processo de contratualização tem vindo a melhorar (56,08%, mas 16 % do que o ano passado)

A maioria das USF teve direito a Incentivos Institucionais nos últimos anos (o que representa que conseguem cumprir as metas), ainda que esse número tenha caído dos 80 para os 61%.

Quase todas as USF acolhem **estágios de formação**.

Forte participação das USF em **iniciativas da comunidade**.

Quase todos os ACES têm **planos de desempenho e relatórios de atividade**.

A grande maioria das USF (97,6%) tem **manuals de boas práticas**.

FRAQUEZAS

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.

Os **ACES registaram uma quebra com maior insatisfação**, mas ainda com mais satisfeitos do que insatisfeitos. Verifica-se que a grande maioria dos coordenadores considera que a **contratualização não cumpriu os prazos**.

A percentagem de USF com direito a **incentivos institucionais** teve um grande decréscimo este último ano.

A **satisfação em relação às ARS** e estruturas regionais manteve-se num registo negativo, mas sem anular as melhorias do ano anterior, ainda que mais bipolarizada.

85% das USF referem não ter realizado **uma avaliação de fornecedores**.

Em 80,2% das USF registaram-se nos últimos 12 meses casos 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 profissionais de saúde como dentistas, higienistas orais ou técnicos de cardiopneumologia).

95% 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.

41,27% dos coordenadores afirmam que em “algumas vezes” os **profissionais mantiveram a sua atividade mesmo estando doentes**. 22,16% afirmam que “frequentemente” isso ocorreu.



AMEAÇAS

A **manutenção das quotas para USF modelo A e B**, quando há candidaturas para novas USF A e B e **91,4% das USF Modelo A querem passar a B**.

O **número de novas USF modelo A** a iniciar atividade em cada ano tem uma tendência de decréscimo consistente desde 2009 e atingiu o nível mais baixo de sempre com 16 este ano. Este dado e a não abertura de nenhuma USF modelo B durante 2017 é um sinal muito forte de desinvestimento e a maior ameaça desde o início da Reforma.

Insatisfação com a reforma dos CSP como processo global, que se acentuou no último ano, com mais coordenadores insatisfeitos ou muito insatisfeitos (54,8%), que satisfeitos ou muito satisfeitos (23,8%).

Insatisfação com a atuação do **Ministério da Saúde** e suas instituições centrais e regionais que se acentuou neste último ano de uma modo marcado, invertendo o sentido do ano anterior.

90% 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 e ainda mais que essa falta de autonomia afeta a atividade da USF.

81,4% discordam que o **processo de contratualização cumpre os prazos** estabelecidos. Mais de 90% dos coordenadores refere que a sua USF teve algum tipo de impedimento na utilização dos incentivos institucionais.

O equipamento telefónico passou a ser o problema mais importante a carecer de resolução – um aspeto essencial na comunicação das unidades; o 2º é a dimensão das listas de utentes, que sugere que a carga de trabalho está a ser excessiva; o terceiro são os incentivos institucionais e, logo, a capacidade de investimento das USF; e como 4º o desenvolvimento da carreira de secretário clínico. Os **equipamentos informáticos e os sistemas de Informação** que lideravam a lista no ano passado, mantêm-se como um problema relevante.

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 71% mais de 10 vezes (e destas 30,5% mais de 50 vezes).

Diminuição do universo de aplicações informáticas de apoio à consulta em uso que passaram a apenas 2, com um quase monopólio do Sclinico (91,4%), sem aparente melhoria na satisfação dos profissionais com as aplicações informáticas. Insatisfação PEM (49,87%) uma aplicação de uso constante na consulta.

A **interoperabilidade e rapidez do funcionamento** são as maiores fontes de insatisfação em relação às aplicações informáticas. A **segurança dos dados informáticos** também preocupa 43,57% dos coordenadores

89,3% USF teve **falta de material considerado básico pelo menos 1 vez no ano**. Em 72,1% o problema demorou 48 horas ou mais para ser resolvido.

Elevada insatisfação (87,19%) relativa à **central telefónica** das USF.

Os hospitais de referência geram mais insatisfação do que satisfação.

Percepção de **falta de apoio e resposta rápida por parte dos ACES (49,6%) e principalmente das ARS (73,57%)** aos problemas que dependem da sua intervenção

OPORTUNIDADES

Continuam a registar-se **novas candidaturas** por parte dos profissionais.

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.

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.

Com a introdução da nova metodologia do **plano de ação da unidade funcional (PAUF)** e a alteração da metodologia da contratualização, registou-se, pela primeira vez, uma maioria de USF a ter o seu plano de ação discutido com o ACES (de 38% para 83,1% das USF).

Direções que estão mais próximas das USF (como a gestão das ULS com a sua autonomia acrescida em relação aos ACES e estando mais próxima das unidades do que as ARS, fruto da concentração de serviços e direções num mesmo espaço) e **com mais capacidade de resposta**, podem fazer a diferença para a resolução dos problemas das unidades e na disponibilização de melhores serviços de apoio, reforçando a ideia de que os ACES integrados ou não em ULS deveriam ter **mais autonomia e capacidade de resposta**.

Processo de **contratualização** é considerado pela maioria como um **estímulo para trabalhar com maior qualidade**.

Criação da Coordenação Nacional para a Reforma dos CSP, (e manutenção da satisfação dos coordenadores em relação a esta estrutura), assim como da dos Cuidados Continuados, dos Cuidados de Saúde Hospitalares e da task force para a Reforma da Saúde Pública.

A **satisfação em relação à USF-AN** manteve-se num registo positivo, mas acentuando a deslocação para o centro e para as pontas.

Ter um instrumento como este do Momento Atual da Reforma de 2005 dos CSP a fornecer dados em tempo útil para a monitorização do processo.

Aumento da percentagem de **profissionais providos em lugar do quadro** em todos os grupos profissionais.

11. SIMPLEX DO CSP

Na Edição anterior do estudo foram apresentadas as propostas dos sócios da USF-AN no âmbito do programa Simplex.

No presente ano decidiu-se efetuar uma avaliação das propostas que foram atendidas e das que não foram atendidas pelo ministério da saúde e se sim até que ponto foram implementadas.

Assim de acordo com o quadro abaixo identifica-se, tal como no ano passado quais as grandes áreas, as áreas, sub-áreas e soluções propostas, mas também se identifica as medidas atendidas e implementadas ou não.

Grandes áreas de intervenção	Área	Sub – área de intervenção	Ordenar por solução	Implementação
Contratação de recursos e/ou de serviços	Aquisição de recursos/contratação de serviços	Aquisição de recursos/contratação de serviços	Automatizar a atualização da farmacia e armazém das UF	×
		Aquisição de recursos/contratação de serviços	Criar um formato standardizado de armazenamento de dados	×
		Aquisição de recursos/contratação de serviços	Central telefónica	×
		Aquisição de recursos/contratação de serviços	Criar referencias MB para dividas	✓
		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	X
		Rever/aplicar Legislação	Responsabilizar os CSS pela realização dos exames que prescrevem (inclusive na comunidade)	X
		Rever/aplicar Legislação	Responsabilizar os CSS pelo pedido de consultas para outras especialidades que considerem necessárias	X
		Rever/aplicar Legislação	Terminar com atestados de saúde/doença	X
		Rever/aplicar Legislação	Terminar com atestados de saúde/doença - (Amamentação)	X
Sistemas de Informação	Adquirir/desenvolver/implementar	Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Criar funcionalidade de apoio à equipa nos SI	X
		Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Criar funcionalidade de apoio à equipa nos SI	X
		Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Desmaterialização dos MCDT	✓ (Parcialmente)
		Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Informatizar gestão e movimentos dos armazéns	X
		Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Integrar sistema de análise de dados no Sclínico com acesso aos dados no momento	X
		Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Sistema de assiduidade biométrico mais <i>user friendly</i>	X
		Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Terminar com atestados de saúde/doença - (Automatizar a emissão)	X
		Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Contactos individualizados no RNU com possibilidade de atualização por todos os profissionais	X
		Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Criar campo no RNU para inscrição do EF	X
		Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Espaço para cada UF criar o seu website com domínio do MS	X
		Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Substituição do SINUS e MARTA pelo SONHO CSP ou outro similar	X
		Adquirir/desenvolver/implementar Sistema de Informação	Substituição do SINUS e MARTA pelo SONHO CSP ou outro similar (integrar agendas dos profissionais)	X
	Apoio à resolução de problemas	Apoio à resolução de problemas	Lista de FAQ's com soluções dos helpdesk	X
	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)	X

	Cruzar dados de Isenções	Cruzar dados de Isenções	Cruzamento de dados	X
	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.	X
	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	X
	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	X
		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)	X
		Integração dos dados independentemente da sua origem	Integrar registo de vacinação no Sclínico	X
		Integração dos dados independentemente da sua origem	Carregar no RNU comprovativo de benefícios	X
	Integração dos Sistemas de Informação	Integração dos Sistemas de Informação	Integração de todos os SI em uso	X
	Nova Funcionalidade	Nova Funcionalidade	Criar aplicação para contar o nº de embalagens.	X
		Nova Funcionalidade	Criar módulo de prescrição de cuidados de enfermagem	X
	Parametrização	Parametrização	Agrupar intervenções de enfermagem	X
	Sistemas de Informação <i>user friendly</i>	Sistemas de Informação <i>user friendly</i>	Alterar visualização da informação	X
		Sistemas de Informação <i>user friendly</i>	Criar alertas de aviso nos SI de apoio à consulta para todos os SI em uso	X
		Sistemas de Informação <i>user friendly</i>	Interface Sclínico para todos os Prog. De Saúde como sucede com o de SI	X
		Sistemas de Informação <i>user friendly</i>	Permitir digitalizar documentos para o processo clínico do utente	X
		Sistemas de Informação <i>user friendly</i>	Possibilidade de registo dos contactos telefónicos nos Sistemas de apoio à consulta	X
		Sistemas de Informação <i>user friendly</i>	Tipificar documentos no Sclínico	X



Analisando a tabela podemos verificar que das 46 medidas propostas, apenas 2 foram implementadas e uma implementada parcialmente (desmaterialização dos MCDT's), atendendo que a medida apenas foi implementada nos serviços que dependem diretamente do estado, ficando de fora o sector privado convencionado que não desmaterializou os resultados.

Ora isto representa apenas a implementação completa de 2,17% das medidas, ou seja apenas 1 medida.

13. O MAPA DA MELHORIAS

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 parecia 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. No entanto, os resultados deste ano confirmam uma degradação marcada e generalizada na satisfação com a reforma, principalmente com a administração central para níveis muito baixos. A frustração de boas expectativas pode ter um efeito ainda mais devastador do que o mal que se antecipa.

Apesar de a maioria dos coordenadores estar descontente com o atual momento da reforma e com grande parte das instituições, o facto de o número de participantes no estudo ser muito elevado nas últimas edições (neste ano em particular) 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 quanto à 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.

As USF são uma parte importante da Reforma dos CSP, 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, acompanhamento 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, outras Unidades Funcionais do Centro de Saúde 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. No entanto, há melhorias que há que aprofundar.

Estas melhorias poderiam/deveriam 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 saúde família a trabalhar em condições otimizadas.

2 – Expandir a autonomia de gestão dos ACES e diminuir a dimensão dos mega-ACES para aproximar a decisão do terreno, dos problemas e das soluções. Implementar imediatamente o processo de transferência de competências das ARS para os ACES assim como os recursos para o exercício dessas competências e dar resposta aos desafios da prestação de cuidados de saúde.

3 – Apostar mais fortemente no desenvolvimento da Governação Clínica e de Saúde, redimensionando os Conselhos Clínicos e de Saúde, dotando-os de mais profissionais com mais tempo dedicado 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. É, igualmente, essencial melhorar os rácios dentro das equipas, com mais enfermeiros e secretários clínicos. Recrutar **mais secretários clínicos** é essencial e depois garantir que permaneçam na profissão através da criação de uma carreira e condições remuneratórias aliantes. 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 clínica, medicina dentária, higiene oral, terapia ocupacional, terapia da fala, nutrição clínica 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 com ausências prolongadas, criando mecanismos que permitam a substituição de elementos das UF com ausências prolongadas que não assentem apenas na inter-substituição por elementos da equipa, porque esta leva à exaustão das equipas e consequente perda de produtividade e qualidade no trabalho.

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

6 - É necessário **rever a arquitetura dos sistemas de informação, centrando esse sistema no cidadão e num processo clínico único** 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 e que possam facilmente ser substituídos se não cumprirem os seus contratos. 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. Deve haver igualmente um investimento em sistemas redundantes que permitam alternativas de acesso, assim como reforçar os serviços de apoio para a resolução de eventuais problemas que devem estar operacionais durante todo o tempo de funcionamento das unidades (para que não aconteça que os profissionais só

possam ter acesso aos processos clínicos e fazer os seus registos quando o técnico entre de serviço).

7 – Repensar e reorganizar os **serviços telefónicos disponíveis** porque é essencial que funcionem adequadamente e porque, atualmente, 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) e publicá-la 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 inclua 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 – **Implementar modelos de integração dos cuidados** centrados nas necessidades do cidadão e não na integração da gestão, mas que verdadeiramente articulem as várias unidades e instituições, a Segurança Social, as Câmaras e Juntas de Freguesia.

11 - **Reforçar os Serviços de Segurança e Saúde no Trabalho / Saúde Ocupacional** e a sua atuação nos ACES com intervenções estruturadas, integradas e efetivas de prevenção e gestão dos acidentes de trabalho e da violência contra os profissionais de saúde. Este tem de ser um projeto prioritário das ARS.

12 - **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 de projetos como “A Minha Saúde, a Minha Comunidade”, parceria entre a USF-AN e a DECO ou projetos como o “Mais Participação, Melhor Saúde”. Neste campo, ainda, aprofundar as relações com o Poder Local e as estruturas da comunidade. Tornar mais eficaz a transmissão de informação simples e útil sobre o funcionamento das unidades, a sua oferta assistencial e formas específicas de envolvimento das populações nas suas decisões estratégicas ou outras, trazendo a comunidade para dentro das USF, são estratégias que podem trazer muitos ganhos para todos.

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. Não se pode perder a oportunidade de se realizar um salto significativo, um novo impulso para uma **melhor saúde em Portugal**.

Portugal, 28 de Outubro de 2018

USF-AN

14. ANEXOS

A - PROBLEMA-SOLUÇÃO SIMPLEX – RESULTADOS DA AUSCULTAÇÃO DO FÓRUM DA USF-AN

Auscultação efetuada em 2017 ao Fórum na Internet da USF-NA.

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 interoperacionalidade directa (ex: no hospital é impossível aceder aos dados registado em centros de saúde com	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/openehr/). 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 / SPMS (a informação contida nos processos clínicos não é propriedade das empresas mas sim dos utentes a que dizem respeito; os custos

Grandes áreas de intervenção	Área de solução	Ordenar por solução	Problema	Solução proposta pelos profissionais
			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 comunicação, resultando em pior “desempenho” nas unidades com o MedicineOne).	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 maduras que as actuais, resultando criação de emprego e riqueza para o país (no seguimento do ponto anterior; as aplicações

Grandes áreas de intervenção	Área de solução	Ordenar por solução	Problema	Solução proposta pelos profissionais
			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 referenciação 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 MedicineOne faz parte mas no fim somos forçados a usar o outro programa).	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
	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 tempos 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 email de comprovativos de presença, divulgação de informações, panfletos e

Grandes áreas de intervenção	Área de solução	Ordenar por solução	Problema	Solução proposta pelos profissionais
				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
		(inclusive 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 existencia 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 Glintt, 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 Glintt 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 Glintt.	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	Atualização 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 IEF / 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 Sclinico sem ter de haver nova introdução. notificação directa dos resultados no Sclinico, 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 referênciação, 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 SClinico só podem ser consultadas no SOAP.	Seria útil que as "notas de agendamento" do SClinico 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 o 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 micrálb de 2016; - foi operária fabril > freq lombalgias já estudadas; - operada incontinência urinária > por vezes ITUs; - nódulos tiroideais 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 SClínico para lembrar-me das coisas; Ah, e junto com uma fotografia da pessoa!!!
	Sistemas de Informação user friendly	Interface Sclínico 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 Sclínico 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 clínico único, apenas um sítio para um registo, Comum à equipa.
	Sistemas de Informação user friendly	Permitir digitalizar documentos para o processo clínico 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 éticas do aconselhamento dado.	Permitir e generalizar a nível 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 SClínico	Tipificar todos os documentos (relatórios, atestados, declarações, cartas, para todos os GP)

B – QUESTIONÁRIO UTILIZADO