



# Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

## **USF versus UCSP: mesmos doentes? Mesmo trabalho?**

Variabilidade das características dos utentes e da carga de trabalho entre as  
diferentes Unidades Funcionais

---

Curso de Especialização em Administração Hospitalar

**Rosana Catarina Costa da Rocha**

**Junho, 2023**



# Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

## **USF versus UCSP: mesmos doentes, mesmo trabalho?**

Variabilidade das características dos utentes e da carga de trabalho entre as  
diferentes Unidades Funcionais

Trabalho de Campo apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à  
obtenção do grau de Especialista em Administração Hospitalar realizado sob a  
orientação científica do Professor Doutor Julian Alejandro Perelman.

**Junho, 2023**

## Agradecimentos

Queria deixar um primeiro agradecimento de mim para mim. Apesar de todas as vicissitudes, principalmente pessoais, nunca perdi a perseverança, o foco e a determinação em organizar todas as etapas que um trabalho acadêmico exige. Considero que é importante o autorreconhecimento, porque se não tivesse acreditado sempre em mim, nas minhas capacidades como pessoa e como profissional este caminho tinha tido várias quedas.

Agradeço ao meu orientador, Professor Julian Perelman que apesar das inúmeras atividades que tem em mãos, pude sempre contar com o seu apoio, orientação e praticidade que sempre explicou e que muito combinou com a minha forma de estar.

Um agradecimento especial ao Diretor Executivo do ACES, que, de imediato, se disponibilizou para colaborar no presente estudo e paralelamente manifestou interesse em “fazer parte” de um construto potencialmente útil para o ACES.

Agradecer à premissa que esteve sempre presente no meu caminho e que me permitiu elaborar este trabalho com a leveza que considero ser imprescindível na sua prossecução: *“menos é mais”*.

## Resumo

**Introdução:** Em Portugal, os cuidados de saúde primários têm dois tipos de Unidades Funcionais, umas com melhores condições para os utentes e profissionais do que as outras, podendo, assim, gerar desigualdades em saúde. O objetivo principal do estudo é identificar as características dos utentes e a carga de trabalho dos profissionais entre Unidades Funcionais selecionadas.

**Metodologia:** Realizou-se um estudo transversal retrospectivo, com a seleção de uma semana aleatória do ano 2022 na extração de dados relativos aos profissionais; e a seleção do mês de outubro do ano 2022 para obtenção de dados sobre os utentes e programas de saúde. Foram selecionadas três Unidades Funcionais (USF A, USF B e UCSP) de um ACES.

**Resultados:** É na UCSP onde se encontram o maior número de utentes sem médico de família – quase metade do volume total de utentes inscritos nesta Unidade Funcional. É nos grupos etários mais envelhecidos que a UCSP se destaca com menor número de utentes com atribuição de médico de família. Na USF B há mais consultas realizadas e mais horas trabalhadas. Na UCSP há mais consultas realizadas e menos horas trabalhadas. A UCSP dedica-se à prestação de cuidados de saúde sob diagnósticos mais complexos e a USF B a diagnósticos mais do foro preventivo. Os domicílios realizados pelos profissionais de enfermagem têm peso praticamente exclusivo na UCSP.

**Conclusão:** Verificou-se que existem diferenças entre as Unidades Funcionais selecionadas - na UCSP é onde se regista o maior número de utentes sem médico de família e nas USF são os grupos etários mais jovens que têm médico de família atribuído. Relativamente à carga de trabalho dos profissionais, na USF B houve menos consultas realizadas e mais horas trabalhadas, contrariamente à UCSP.

**Palavras-chave:** cuidados de saúde primários; reforma; desigualdades; *inverse care*.

## Abstract

**Introduction:** In Portugal, primary healthcare has two types of Functional Units, some with better conditions for users and professionals than the others, thus potentially generating health inequalities. The main objective of the study is to identify the characteristics of users and the workload of professionals among selected Functional Units.

**Methodology:** A retrospective cross-sectional study was conducted, selecting a random week of the year 2022 for the data extraction regarding professionals and October was chosen to obtain data on users and existing health programs. Three Functional Units (USF A, USF B, and UCSP) of the ACES were selected.

**Results:** The UCSP has the largest number of users without a family doctor accounting for almost half the total users enrolled in this functional unit. In the oldest age groups, the UCSP stands out with the lowest number of users with a family doctor. In USF B there are more consultations and more hours worked. At the UCSP there are more consultations and fewer hours worked. The UCSP is dedicated to healthcare under more complex diagnoses while USF B focused more on preventive diagnoses. Visits by nursing professionals are almost exclusively in the UCSP.

**Conclusion:** It was found that there are differences between the selected Functional Units - the UCSP has the highest number of users without a family doctor and the youngest age groups have a family doctor in the USF. Regarding the professionals' workload, in the USF B there were fewer consultations and more hours worked, contrary to the UCSP.

**Keywords:** primary health care; reform; inequalities; inverse care.

## Índice

Introdução .....	1
Capítulo I – Cuidados de Saúde Primários .....	3
1.1. Sistema de Saúde Português: papel dos CSP .....	3
1.2. Enquadramento do estudo nos CSP .....	4
Capítulo II – Reforma dos CSP .....	7
2.1. Contextualização da Reforma de 2005 .....	7
2.2. Dois tipos de cuidados? – USF e UCSP .....	8
2.3. Evolução e desafios da Reforma .....	12
Objetivos .....	15
Metodologia.....	17
Tipo de estudo .....	17
População e critérios de inclusão.....	17
Instrumento de recolha de dados.....	18
Variáveis .....	19
Análise Estatística.....	20
Apresentação dos resultados .....	23
Discussão dos resultados.....	33
Principais Resultados.....	33
Interpretação dos resultados.....	33
Limitações do estudo .....	37
Implicações para políticas e administração em saúde .....	37
Conclusão .....	41
Bibliografia.....	43
Anexos .....	47
Anexo I – Diagnósticos Principais por Unidade Funcional .....	47
Anexo II – Nº de consultas realizadas, nº de consultas realizadas por ETC e nº de consultas realizadas por hora por pessoal de enfermagem.....	49

## Índice de tabelas

Tabela 1- Nº utentes inscritos e nº utentes com e sem médico de família atribuído .....	23
Tabela 2 - Nº de profissionais e ETC existentes .....	24
Tabela 3 - Sexo e idades dos utentes inscritos .....	24
Tabela 4 - Sexo e idades dos utentes com MF .....	25
Tabela 5 - Sexo e idades dos utentes sem MF .....	25
Tabela 6 - Nº horas trabalhadas, nº de ETC por nº de profissionais e nº de horas pelo nº de ETC .....	29
Tabela 7 - nº de consultas realizadas, nº de consultas realizadas por ETC e nº de consultas realizadas por hora por pessoal médico.....	30
Tabela 8 - nº de consultas realizadas, nº de consultas realizadas por ETC e nº de consultas realizadas por hora por pessoal de enfermagem .....	32

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Unidades Funcionais ACES em Portugal .....	9
Gráfico 2 - Grupo etário utentes inscritos .....	26
Gráfico 3 - Grupo etário utentes com MF .....	26
Gráfico 4 - Grupo etário utentes sem MF .....	27

## Abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ADR – Áreas Dedicadas para Doentes Respiratórios

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DE – Direção Executiva

ETC – Equivalentes a Tempo Completo

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MF – Médico de família

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

RH – Recursos Humanos

RHV – Recursos Humanos e Vencimentos

SIARS – Sistema Integrado das ARS

SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

UAG – Unidade de Apoio à Gestão

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidade Funcional

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

UP: Unidades Ponderadas      USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

## Introdução

O trabalho de campo que se apresenta surge no âmbito da concretização do 52º Curso de Especialização em Administração Hospitalar.

O tema do trabalho é USF versus UCSP: mesmos doentes, mesmo trabalho? - variabilidade das características dos utentes e da carga de trabalho entre as diferentes Unidades Funcionais. O objetivo geral do estudo é identificar as características dos utentes e a carga de trabalho dos profissionais entre as diferentes Unidades Funcionais.

O setor da saúde encontra-se em mudança e torna-se importante o apuramento de fatores que possam estar associados à fragilidade no acesso aos cuidados de saúde, à garantia da equidade e à divergência de gestão dos recursos. A mudança efetiva só se proporcionará em ambientes responsáveis e participativos.

Entende-se por cuidados de saúde primários os cuidados basilares, sendo o primeiro nível de cuidados e por conseguinte de maior proximidade com a comunidade <sup>1</sup>. Considera-se que os CSP são mais eficazes na mitigação das desigualdades em saúde, dado que uma intervenção durante o ciclo de vida é mais eficaz <sup>2</sup>.

Preconiza-se que os CSP devem-se pautar pela equidade na saúde. Com a compreensão das desigualdades em saúde podem ser formuladas políticas equitativas, de forma a promover a saúde de todos os indivíduos, através de uma gestão racional de recursos, de acordo com as necessidades da população. O acesso deve ser assegurado ao nível da oferta, independentemente das diferenças económicas, sociais, organizacionais ou culturais <sup>3</sup>.

O presente trabalho debruça-se sobre três modelos de cuidados de saúde primários: USF A, USF B e UCSP. As USF A e as UCSP diferenciam-se, essencialmente, pelo grau de autonomia da primeira, e da obrigatoriedade de esta ter todos os utentes com médico de família atribuído. Os profissionais não recebem incentivos, apenas recebem remuneração por trabalho extraordinário, similar ao que acontece nas UCSP. As USF B são diferenciadas sobretudo pelo nível de contratualização e de desempenho ser mais exigente e têm um regime retributivo particular, prevendo remuneração base, suplementos e incentivos individuais. Digamos que as UCSP ficam com “o que sobra” das USF <sup>4</sup>.

O trabalho encontra-se estruturado com exploração dos temas acima elencados, nomeadamente: o papel dos CSP, o enquadramento do presente estudo nos CSP, contextualização da reforma de 2005, descrição dos dois tipos de cuidados existentes (USF e UCSP) e evolução e desafios da reforma. Seguidamente são apresentados os

objetivos do trabalho, a metodologia proposta, os resultados, discussão e conclusões do estudo.

Este trabalho prevê a articulação com os objetivos de desenvolvimento sustentável e por isso estará implícito o objetivo 10 “*Reduzir as desigualdades*”. Ao ser efetuada uma análise sobre as características dos utentes nas diferentes UF e também ao ser analisada a carga de trabalho dos profissionais entre as diferentes Unidades Funcionais poderão, eventualmente, ser encetadas ações de melhoria para que se permita o acesso a todos os utentes da área de influência de cada UF. Considerando que se as UCSP têm pessoas mais desfavorecidas, a precisarem de maiores cuidados de saúde que conseqüentemente traz mais trabalho aos profissionais, não se justifica a sua pior remuneração, que, por efeito, irá também criar desigualdades entre utentes.

Os cuidados de saúde primários assumem funções diferenciadas dos outros níveis de cuidados, relacionadas com a promoção da saúde, prevenção e continuidade de cuidados. Assim, é essencial que este nível de cuidados seja prioritário nas políticas/estratégias em saúde e que esta fase de criação da Direção Executiva do SNS, seja uma curva de mudança resultante das avaliações e experiências dos últimos anos.

## Capítulo I – Cuidados de Saúde Primários

### 1.1. Sistema de Saúde Português: papel dos CSP

Em 1978, na Conferência da Alma-Ata os CSP foram designados como a principal estrutura do sistema de saúde, quer pela abrangência dos problemas de saúde que resolvem, quer pela variedade de tipo de intervenções que garantem. Estão localizados próximos da população, o que possibilita a promoção da participação ativa dos indivíduos na sua própria saúde <sup>3</sup>.

Cuidados de Saúde Primários bem organizados e assentes numa filosofia de prevenção da doença e manutenção da saúde, constituem uma componente fundamental na promoção da saúde. Estudos indicam que cerca de 90% dos problemas de saúde podem ser resolvidos, de alguma forma, através da intervenção dos CSP, nomeadamente com o médico de família, assim como com o envolvimento da equipa multidisciplinar de saúde <sup>5</sup>.

De acordo com a autora Bárbara Starfield, calcula-se que sistemas de saúde que deem primazia à sustentabilidade dos CSP obtêm melhores resultados, quer ao nível da efetividade, como da eficiência <sup>6</sup>.

Os CSP são uma peça fundamental e imprescindível num sistema de saúde, com impacto positivo na saúde comunitária, podendo mesmo se afirmar como um contributo essencial para o acesso aos restantes níveis de cuidados. Os CSP promovem a eficiência no sistema, no seu todo e circunstancialmente a diminuição das despesas em saúde e iniquidades que possam existir <sup>7</sup>.

Importa especificar a importância que os CSP têm no sistema de saúde e na saúde da população. Assim, identifica-se três princípios que os CSP assentam: desenvolvimento de cuidados equitativos e universais de forma a satisfazer as necessidades de saúde ao longo do ciclo de vida; inclusão em estratégias de melhoria de segurança sanitária abordando os determinantes de saúde sociais, económicos e ambientais; e capacitar os cidadãos e os profissionais na otimização da saúde, de recursos, de comunicação e utilização de tecnologias de informação <sup>8</sup>.

Uma baixa qualidade em saúde e de bem-estar é o reflexo de causas e fatores que os CSP podem e devem atuar sob uma visão global da saúde do indivíduo, promovendo a melhoria da eficiência dos cuidados, com a diminuição do número de internamentos hospitalares, por exemplo. Podemos, pois, afirmar que os CSP permitem melhores resultados em saúde, mais eficiência, qualidade e redução das desigualdades <sup>9</sup>.

Em suma, os CSP devem estar coordenados para que os episódios possam, na generalidade, iniciarem e retornarem aos Cuidados de Saúde Primários.

## 1.2. Enquadramento do estudo nos CSP

A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários ocorreu em 2005. Passados estes 15 anos colocam-se uma série de questões, que precisam de ser repensadas e ajustadas. Existem desafios da experiência desta reforma, nomeadamente: número insuficiente de USF, carência de médicos de família, inadequação dos indicadores que reflitam as características da população portuguesa e a situação epidemiológica, que tem vindo a alterar-se ao longo dos tempos. Uma das principais medidas desta reforma foi a constituição de USF <sup>10</sup>.

Um estudo quantitativo realizado, que teve como objetivo avaliar o impacto da implementação das USF na população portuguesa e considerando os resultados obtidos, questiona a capacidade deste modelo em atingir melhores resultados em saúde, uma vez que não foi encontrado impacto significativo na implementação das USF nos internamentos hospitalares evitáveis <sup>11</sup>.

Numa análise SWOT realizada pelo Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários em 2012, foi possível avaliar fraquezas que importam ser destacadas: satisfação baixa relativamente à organização dos serviços; desigualdades no acesso a Cuidados de Saúde de qualidade e fragilidades ao nível dos Recursos Humanos nos Cuidados de Saúde Primários <sup>12</sup>.

Em 2014, o Tribunal de Contas realizou uma auditoria às Unidades Funcionais dos CSP, abrangendo os anos de 2009 a 2012 e foram ressaltados alguns pontos, a destacar: o trabalho administrativo e os sistemas informáticos devem ser organizados, de forma a subtrair o menos possível as horas de trabalho dos médicos, destinadas à atividade assistencial; a contratualização dos CSP não é atualizada face às necessidades em saúde; não há atualização dos indicadores contratualizados, nem das metas, considerando a lista de utentes inscritos e a situação atual dos fatores geodemográficos <sup>13</sup>.

Os CSP têm a primazia da proximidade com o utente e com a possibilidade de realizarem uma intervenção mais preventiva, de rastreios, de vigilância de doentes crónicos. Esta intervenção sobressai-se através dos ganhos em saúde que se o acesso tiver garantido, pode possibilitar <sup>1</sup>. Um sistema orientado para os CSP é, notoriamente uma estratégia política de extrema relevância devido ao seu impacto positivo na prevenção e progressão da doença e nos ganhos em saúde <sup>14</sup>.

Existem, de facto evidências de que garantir o acesso aos CSP melhora os resultados em saúde e por sua vez, o acréscimo de médicos de medicina geral e familiar conduz à melhoria de tais resultados, em comparação com os médicos de outras especialidades<sup>15</sup>.

Contudo, estudos indicam que a existência de USF e UCSP são promotoras de desigualdade no acesso aos cuidados de saúde, pelo facto de nas USF estar garantida a atribuição de médico de família, maior remuneração e condições de trabalho, quando na realidade não trabalham mais, nem tratam os utentes com maiores necessidades. Colocam como hipótese ao invés de alargar a implementação de USF se não seria mais útil as UCSP ficarem dotadas de ferramentas que permitissem a melhoria do desempenho. Referem que uma das áreas mais pertinentes a ser analisada é a dos recursos humanos, no sentido de promoção de capacidade de gestão<sup>13</sup>.

Os profissionais de saúde têm o desafio de promover a equidade na saúde, porque todos os indivíduos devem ter a oportunidade de ser o mais saudáveis quanto possível<sup>16</sup>.

Numa determinada área geográfica de influência das Unidades de Saúde, a garantia de acesso aos cuidados de saúde em tempo útil e com condições de efetiva igualdade atendendo às necessidades da população são critérios essenciais para assumir a presença do princípio da equidade<sup>17</sup>. A “*inverse care law*” proposta por Tudor Hart faz precisamente alusão de que a oferta de serviços de saúde e sociais de qualidade tem tendência a variar de forma inversa às necessidades da população, ou seja as USF oferecem mais aos utentes que menos precisam. Neste sentido, as políticas de saúde devem ser encaminhadas para os cuidados primários de proximidade de forma a mitigar as vulnerabilidades da comunidade, reduzindo assim as iniquidades em saúde<sup>18</sup>. O estudo proposto procura evidenciar se as características da população variam entre UF, para que, a Instituição onde foi realizado o estudo possa mitigar possíveis vulnerabilidades, reduzindo assim, iniquidades em saúde.

Os CSP mostram-se mais eficazes na mitigação das desigualdades em saúde, dado que uma intervenção durante o ciclo de vida é mais eficaz, nomeadamente na infância onde se vivem determinadas experiências que se podem perpetuar na vida adulta. Considera-se que a intervenção o mais precoce possível é a forma mais económica de quebrar o padrão da desigualdade<sup>2</sup>.

Após a Reforma dos CSP, a Portaria n.º 212/2017 de 19 de julho, procedeu à revisão dos critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais às USF. Contudo, no que respeita à adaptação dos indicadores às necessidades em saúde e

características dos utentes, bem como, relativamente à organização do trabalho dos profissionais nas USF e UCSP, não houve, até ao momento nenhuma revisão, ou até diria mesmo nenhuma integração de políticas que assentem em tais desafios <sup>19</sup>.

Assim, o estudo desenvolvido ao se debruçar na análise das características dos utentes, bem como na forma como os profissionais organizam o seu tempo de trabalho, pretende-se perceber se podemos ter um modelo a duas velocidades, uns que têm médico de família (USF) e os que não têm (UCSP), por exemplo.

A questão que se coloca e que se pretende responder através da caracterização dos utentes inscritos nas UF é se as pessoas que estão inscritas nas UCSP têm características semelhantes aos utentes inscritos nas USF, isto é, se o modelo que vigora atualmente é promotor da equidade e acesso. Através da pesquisa bibliográfica e muito embora existam vários estudos que se debruçam na matéria dos Cuidados de Saúde Primários do seu acesso e viabilidade dos modelos, assim como sobre a comparação das características das áreas onde se encontram as USF e as UCSP, não foi encontrado nenhum estudo que incida sobre a comparação das características dos utentes inscritos nas USF A e B e UCSP selecionadas. Com este estudo há a hipótese de se verificar que de facto existem diferenças entre as características dos utentes das diferentes UF e que, por os utentes inscritos nas UCSP não terem médico de família e apresentarem maiores vulnerabilidades, podem ficar à “margem”, promovendo assim desigualdades no acesso, ou seja os que mais precisam terem menos acesso (*inverse care*).

Com o estudo realizado foi pretendido também entender se o número de utentes atendidos diverge entre as diferentes UF, e entender assim o impacto no acesso e equidade aos programas de saúde.

Quando se procurou definir um tema de trabalho surgiu a estratégia de incluir um ACES neste planeamento, considerando as lacunas que identificavam no seu território, e, por isso, há o objetivo de que os resultados deste estudo possam favorecer a aplicação de uma melhor regulação na dinâmica organizacional no ACES, constituindo uma mudança ao nível da gestão dos recursos humanos, nomeadamente na reestruturação/realocação dos mesmos para as UCSP, onde há maior necessidade ou, porventura, transformar as UCSP em USF B, de uma forma mais célere.

Com a melhoria desta gestão pode facilitar a integração de outros programas de saúde.

## Capítulo II – Reforma dos CSP

### 2.1. Contextualização da Reforma de 2005

A reforma dos CSP em 2005 teve como objetivos reestruturar os Centros de Saúde com a criação das USF, reforçar e desenvolver serviços que integrem as USF e reforçar os incentivos e formação dos profissionais médicos. A par disto, criou-se um organismo – a Missão para os Cuidados de Saúde Primários – que visava monitorizar, coordenar e acompanhar esta reconfiguração <sup>20</sup>.

Pouco tempo depois com a publicação do Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de fevereiro as USF foram regulamentadas, ao nível dos termos, condições e procedimentos de implementação <sup>21</sup>.

Em 2007, foi publicado o Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto que prevê o regime jurídico da organização e funcionamento das USF, atendendo à existência dos três modelos. Os critérios para a classificação das USF ao respetivo modelo são definidos pela MCSP em articulação com as ARS e ACSS. Este Decreto-Lei define o regime de incentivos e remunerações a atribuir às USF Modelo B. É neste ano que surgem as primeiras USF. O modelo de USF pressupõe autonomia, organização funcional e técnica, eficiência, qualidade e articulação com outras UF. É suposto que a equipa coopere para a concretização dos objetivos contratualizados. No caso da USF modelo B para a obtenção dos incentivos implica a concretização dos objetivos. No caso da USF modelo A, o princípio de incentivos não se aplica. As USF modelo C ainda não se encontram em prática, em Portugal <sup>21</sup>.

Ainda no último Decreto-Lei mencionado estava definido quem monitorizava, avaliava e atribuía acreditação às USF, estando sob competência das ARS. Atualmente, e muito recentemente, com a publicação do Decreto-Lei nº 61/2022, de 23 de setembro que assenta no Novo Estatuto do SNS prevê-se que estas competências sejam atribuídas à Direção Executiva do SNS, mas ainda sem regulamentação própria <sup>21</sup>.

A 22 de outubro do ano 2007 a publicação do Despacho nº 24 101/2007 preconizou os modelos de desenvolvimento das USF, como também quais os processos para a respetiva atribuição (A, B ou C). Para a designação do modelo, tem de ser considerado o grau de autonomia organizacional, diferenciação da retribuição e de incentivos aos profissionais e o modelo de financiamento. Anualmente é publicado o número previsto de abertura de USF, com concordância entre o Ministério da Saúde e Finanças <sup>21</sup>.

Em 2008, surgem os ACES com novos desafios de planeamento de estratégias e gestão da prestação dos cuidados, alicerçados pela autonomia administrativa, tendo como

missão garantir a prestação de cuidados de saúde à população da sua área de abrangência. Os ACES são constituídos por USF, UCSP, UCC, USP e URAP <sup>22</sup>.

Por sua vez a Portaria número 301/2008, de 18 de abril regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos, especificando quais os indicadores empregados na contratualização.

Com a Reforma de 2005 abriu-se um processo de crescimento, de amadurecimento da organização dos CSP, destacando-se algumas características como a gestão, a desburocratização, a autonomia, melhoria da qualidade, contratualização, trabalho em equipa, responsabilização e sustentabilidade <sup>23</sup>.

## 2.2. Dois tipos de cuidados? – USF e UCSP

A reestruturação dos cuidados de saúde previam a criação de USF, caracterizadas, essencialmente pela sua autonomia organizativa, técnica e funcional e também pela componente de contratualização interna, tendo presentes os objetivos de acessibilidade, efetividade, qualidade, eficiência e adequação <sup>3</sup>.

A estrutura das UCSP são semelhantes às USF divergindo, principalmente quanto à autonomia organizativa, ao facto de nem todos os utentes terem médico de família e pela ausência de suplementos remuneratórios.

A matriz multidimensional e indicadores estabelecidos pela ACSS são comuns quer para USF como UCSP, englobando áreas sobre o acesso, gestão da saúde, gestão da doença, qualificação da prescrição, satisfação dos utentes, serviços assistenciais e não assistenciais, qualidade, segurança, centralidade no cidadão, formação interna e externa e atividade científica. Para a consulta dos indicadores atualizados de contratualização há um documento designado como “BI-CSP”, criado pela ACSS. Esta plataforma possibilita a monitorização do desempenho das UF <sup>24</sup>.

Os indicadores a serem definidos devem ser estruturados com a categoria de processos, resultados e ganhos em saúde e devem abranger diferentes dimensões.

De acordo com os dados do BI-CSP, atualizados em dezembro de 2022, existem no total 1294 UF, sendo 55 USP, 55 URAP, 309 UCSP, 293 USF A, 314 USF B e 268 UCC.

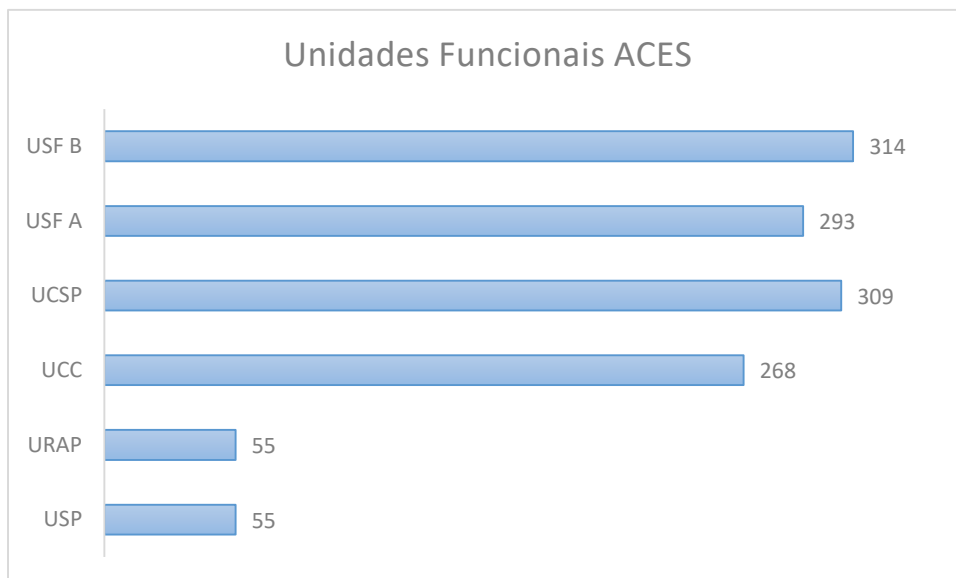


Gráfico 1 - Unidades Funcionais ACES em Portugal

Embora que estas duas UF (USF e UCSP) tenham a mesma finalidade, há características que as diferenciam, que se descreve na tabela 1.

Comparação USF vs UCSP		
ÁREAS	USF	UCSP
<b>Princípios de atuação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acessibilidade, qualidade, globalidade;</li> <li>- Personalização, efetivação e continuidade dos cuidados;</li> <li>- Cooperação entre as equipas;</li> <li>- Avaliação para implementação de medidas corretivas.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autonomia organizacional na aplicação do Plano de Ação;</li> <li>- Participação da equipa.</li> </ul>	
<b>Missão e atividade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestação de cuidados individuais e familiares, por uma equipa multidisciplinar;</li> <li>- Desenvolvimento da atividade em rede.</li> </ul>	
<b>Equipas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizadas tendo em conta as diretrizes de um dos modelos (A, B ou C).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Composta por médicos, enfermeiros e administrativos.</li> </ul>
<b>Utentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médico: 1550 utentes (mínimo 1917 UP);</li> <li>- Enfermeiro: 300/400 famílias;</li> <li>- Administrativo: 2000 utentes de uma lista padrão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médico: 1550 utentes para um horário de 35h/semanais, que pode variar conforme a carga horária;</li> <li>- Enfermeiro: 300/400 famílias e cerca de 1550 utentes;</li> <li>- Administrativo: 2025 utentes inscritos.</li> </ul>
<b>Agendamentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médico: sim</li> <li>- Enfermagem: Sim</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médico: sim</li> <li>- Enfermagem: Não</li> </ul>

<b>Comparação USF vs UCSP</b>		
<b>ÁREAS</b>	<b>USF</b>	<b>UCSP</b>
	- Agudos: Integrado no planejamento das consultas programadas	- Agudos: para além do tempo dedicado às consultas programadas
<b>População</b>	- Entre 3000 e 18000 utentes; - Inscritos com MF.	- Entre 4000 e 18000 utentes; - Inscritos com e sem MF; - Inclui utentes esporádicos.
<b>Organização e estrutura</b>	- Exigência da existência de regulamento interno; - Coordenador, conselho técnico e conselho geral; - Coordenador designado pelo DE com competências académicas (MGF e grau de consultor) e profissionais (experiência mínima de 5 anos).	
	- Horário: 8h-20h dias úteis, com possíveis ajustamentos.	- Horário: 8h-20h dias úteis, com possíveis ajustamentos até às 24h e também fins-de-semana/feriados.
<b>Plano de Ação e compromisso</b>	- Carteira assistencial prevista na Portaria número 1368/2007, de 18 outubro	
	- Contrato-Programa: prevê as regras de avaliação e controlo; - Carta de compromisso: compromisso assistencial entre o coordenador e ACES com homologação dos conselhos técnicos da USF, pelo conselho clínico do ACES e pelo departamento de contratualização da ARS; - Carteira de serviços com objetivos, indicadores e metas; - Articulação com outras UF; - Contratualização anual.	- Plano de Ação com compromisso assistencial de acessibilidade, desempenho, qualidade e eficiência; - Contratualização de 3 anos, metas revistas anualmente.
<b>Recursos</b>	- RH: afetos pelo Centro de Saúde; - Financeiros: negociados entre USF e o Centro de Saúde, anualmente e que se encontra na carta de compromisso. Se o CS não disponibilizar a USF desresponsabiliza-se pelo possível não cumprimento do Plano de Ação. - Intersubstituição de RH.	- RH: UAG e URAP partilhadas no ACES;
<b>Remunerações e compensações</b>	- Médicos: remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho, atividades de formação e coordenação; - Enfermeiros e administrativos: remuneração base,	- Médicos. Remuneração base considerando o vínculo e carreira.

<b>Comparação USF vs UCSP</b>		
<b>ÁREAS</b>	<b>USF</b>	<b>UCSP</b>
	suplementos e compensações pelo desempenho; - Incentivos e prémios podem ser dados.	
<b>Monitorização e avaliação da atividade</b>	- Responsabilidade do ACES; - Matriz multidimensional.	
<b>Indicadores de desempenho</b>	- BI-CSP; - Metas acordadas considerando as características de cada UF; Mínimo obrigatório de indicadores constantes no Contrato-Programa do ACES.	

Quadro I - Comparação USF vs UCSP

Como se pode verificar ao nível da missão, dimensão e rácios previstos profissional/utente, os dois modelos são idênticos. No caso da USF se para além do número previsto de utentes inscritos, se voluntariar-se a assumir mais dimensão é recompensada com incentivos. Já nas UCSP é inerente que o número de utentes inscritos por MF ultrapasse o previsto, sem que receba nenhum benefício por isso e sendo que os rácios, por norma, são sempre inferiores aos necessários. Por este facto, considera-se que as UCSP para além do trabalho regular, têm de dedicar tempo aos utentes sem médico (não incluídos nas USF), e aos utentes esporádicos (turistas, deslocados da zona de residência). Assim, pode-se afirmar que há uma tendência de volume de trabalho díspar entre USF e UCSP, sem compensações.

O processo de contratualização entre os ACES e as USF baseia-se na iniciativa da equipa em se comprometer profissionalmente ao negociarem a carteira de serviços a existir. Já o processo de contratualização entre as ARS e os ACES é baseado no plano de desempenho e no contrato-programa estabelecido <sup>25</sup>.

O facto de nas USF (modelo B) prevalecer um mecanismo de apoio financeiro (incentivos remuneratórios) caso cumpram com o plano de ação e partindo do princípio de que são os próprios profissionais a apresentarem voluntariamente a proposta de criação de USF, cria a ideia de que estes profissionais já estão motivados porque participam nos alicerces do modelo por vontade própria e que vão ser recompensados se o seu desempenho nas atividades propostas for positivo. O Regulamento para cálculo das remunerações dos profissionais que integram as USF B prevê que “a dimensão ponderada das listas de utentes por médico e o cálculo do suplemento respectivo é actualizado trimestralmente, no primeiro ano de actividade na USF, e em 31 de dezembro de cada ano, nos anos seguintes (...)”, quer para profissionais médicos, enfermeiros e assistentes técnicos. No caso dos profissionais médicos o número de

Unidades Ponderadas de cada atividade específica é contratualizada anualmente em carta de compromisso, a par da atualização da ponderação da lista de utentes <sup>26</sup>.

Já nas UCSP como não se prevê estas vantagens e que são UF, que por norma, estão sobrecarregadas com os utentes sem médico de família, e que conseqüentemente não conseguem dar resposta com qualidade e produtividade, a motivação dos profissionais e a própria produção/desempenho em saúde fica aquém das USF.

O sistema de desempenho surgiu para motivar os profissionais sobre os resultados alcançados face às metas definidas para as atividades contratualizadas. Estas metas devem ser exigentes e exequíveis para que se aumente o nível de ganhos em saúde e o nível de qualidade nos processos de avaliação de desempenho <sup>27</sup>.

### 2.3. Evolução e desafios da Reforma

A organização dos CSP ficou aprimorada estruturalmente com a existência de diretores executivos, conselhos clínicos e da saúde, unidades de apoio à gestão e gabinetes do cidadão.

Com a introdução da Reforma de 2005 o estado de saúde dos indivíduos teve uma melhoria considerável. Adicionalmente, o nível de acesso, qualidade, inovação, sustentabilidade e trabalho multidisciplinar teve um reflexo positivo <sup>28</sup>.

O modelo criado aquando da Reforma trouxe benefícios organizacionais, funcionais e de governação clínica. Pressupõe a participação dos profissionais na tomada de decisão, a sua formação contínua e que o desempenho seja avaliado e retribuído monetariamente <sup>29</sup>.

Com a implementação do sistema de avaliação de desempenho houve melhorias significativas em todos os indicadores, nos últimos 6 anos. Manifestam-se melhorias na área da capacidade de resposta <sup>9</sup>.

Um estudo realizado indica que não foi encontrado impacto significativo da implementação das USF e a redução dos internamentos evitáveis, à exceção dos internamentos relativos à infeção do trato urinário. E, portanto questionam a capacidade do modelo de pagamento nas USF (compensações, incentivos) alcançarem melhores resultados <sup>11</sup>.

Num estudo realizado por Norwood et al., em 2009 sobre a perceção dos portugueses sobre as melhorias nos CSP, mencionaram benefícios na relação interpessoal e comunicação com os profissionais médicos <sup>30</sup>.

Por não ter tido acesso ao estudo realizado pela OCDE em 2015, recorre-se a Biscaia e colegas que indicam, de acordo com este estudo, que a criação das USF permitiu

alcançar níveis de desempenho de sucesso e que a qualidade e quantidade dos cuidados prestados são superiores à maioria dos países da OCDE <sup>13</sup>.

O grupo consultivo para a reforma dos cuidados de saúde primários na emissão de um dos relatórios afirmou, com base no acompanhamento realizado à Reforma dos CSP, que a reforma permitiu uma coesão das equipas com mais proximidade à população e com a sensibilidade mais apurada quanto às suas necessidades <sup>31</sup>.

Segundo alguns autores, com base numa revisão de literatura, os indicadores de desempenho deviam ser revistos, adaptando-os e direcionando-os para os ganhos em saúde, para o fim último - o utente beneficiar de uma maior e melhor prestação de cuidados, reflexo do desempenho dos profissionais <sup>32</sup>. Pela pressão que os profissionais sentem em atingir objetivos exorbitados e ambiciosos para progredirem para outro modelo (caso das UCSP e USF A), temos profissionais desmotivados e cansados <sup>1</sup>.

No mesmo estudo, elaborado por Norwood et al., os utentes destacaram como aspetos a melhorar a localização das UF, os tempos de espera que acabam por levar os utentes a recorrerem ao serviço privado e a se dirigirem às urgências hospitalares. Referem ainda, existirem diferenças entre a qualidade dos serviços de saúde prestado numa USF e numa UCSP, sobretudo por causa do acesso às consultas e na relação médico-utente, que os utentes sem MF suportam <sup>30</sup>.

Em relação à atribuição de MF pensa-se que há uma frágil gestão de RH, dispersão geográfica das UF, promovendo assimetria na acessibilidade aos serviços, alguns utentes acabam por recorrer aos serviços privados, e, portanto ser “opção” não ter MF, contudo esses números também são incluídos na estatística <sup>33</sup>.

O Relatório Primavera de 2013, elaborado pela OPSS, indica que há constrangimentos no funcionamento das UCSP, estando desenquadrado com os objetivos da Reforma de 2005, nomeadamente na dificuldade das direções executivas contratualizar com estas UF dada a ausência de um centro de custos. Por sua vez, referem que há um atraso na criação de USF ou na transição de USF A para B <sup>21</sup>.

Nos últimos anos tem-se verificado um desinvestimento na atividade dos CSP, pela prioridade da atividade das especialidades. Ainda há também pouco envolvimento de todos os profissionais que constituem um ACES, à exceção dos médicos, enfermeiros e administrativos, na constituição das USF <sup>31</sup>.

Da análise SWOT realizada pelo Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários em 2012, com o objetivo de avaliar os Cuidados de Saúde Primários e da auditoria efetuada pelo Tribunal de Contas, em 2014, às unidades funcionais dos

Cuidados de Saúde Primários, abrangendo os anos 2009 a 2012, destacam-se pontos fortes, oportunidades, fraquezas e ameaças da implementação da reforma de 2005 <sup>12 24</sup>

*Pontos fortes e oportunidades:*

- Acréscimo de atribuição de MF a utentes integrados nas USF;
- Maior satisfação dos utentes e profissionais USF B;
- Maiores níveis de desempenho, ganhos em saúde e menos custos USF B;

*Pontos fracos e ameaças:*

- Desigualdade no acesso com a existência de USF e UCSP (tempos de espera, atribuição MF, atendimento administrativo eficaz, cumprimento de horários por parte dos médicos);
- Níveis de satisfação mais baixos em relação à remuneração, equipamentos e sistemas informáticos;
- Processo de contratualização tardio sem personalização às características de cada UF;
- Falta de investigação científica sobre os ganhos em saúde e o impacto nos custos com a criação dos ACES e USF;
- Participação redutora dos utentes;
- Escassez de RH;
- Diferença na remuneração conforme o modelo instituído;
- Frágil articulação entre entidades (ACES, ARS e hospitais).

Em suma, deve coexistir funcionalidade entre a liderança estratégica e executiva na revisão da reforma dos CSP, sendo uma das maiores preocupações a atribuição de MF a todos os utentes. Uma maior autonomia e apoio aos CSP são fundamentais para assegurarem as necessárias respostas às necessidades da população.

## Objetivos

### **Objetivo geral**

Conhecer as características dos utentes e a carga de trabalho dos profissionais entre as diferentes Unidades Funcionais selecionadas.

### **Objetivos específicos**

1. Descrever as Unidades Funcionais em estudo: número de utentes inscritos, número de utentes com atribuição de médico de família, programas de saúde existentes na área médica e de enfermagem, número de recursos humanos existentes e número de ETC atribuídos a cada área profissional.
2. Caracterizar e comparar as variáveis de sexo, idade, grupo etário (utentes inscritos e com/sem MF) e diagnóstico principal dos utentes inscritos nas diferentes UF.
3. Identificar o número de horas trabalhadas, número de ETC pelo número de profissionais e o número de horas trabalhadas por cada ETC, na semana 42 de 2022 (17-10 a 23-10), por categoria pessoal médico e de enfermagem.
4. Comparar o número de consultas realizadas, número de consultas realizadas por ETC e número de consultas realizadas por hora, por pessoal médico e de enfermagem, por programa de saúde, nas diferentes UF, na semana 42 de 2022 (17-10 a 23-10).



## Metodologia

Nesta secção encontra-se descrito o desenho de estudo, a população e critérios de inclusão, o tipo de amostra e dimensão e quais os instrumentos de recolha de dados. De seguida, apresentam-se as variáveis do estudo e por último a análise estatística dos dados.

### Tipo de estudo

Considerando os objetivos desenhados foi realizado um estudo transversal retrospectivo. Apesar do estudo ser realizado no ano de 2023, para que as informações recolhidas fossem o mais fidedignas possíveis, no sentido dos dados já estarem completos, optou-se por recolher dados relativos a uma semana aleatória, semana 42 de 2022 (17-10 a 23-10) no que respeita ao número de recursos humanos existentes, ao número de ETC atribuídos a cada área profissional, ao número de horas trabalhadas e ao número de consultas realizadas por pessoal médico e de enfermagem. Em relação ao número de utentes inscritos, número de utentes com atribuição de médico de família, programas de saúde existentes na área médica e de enfermagem e às características dos utentes (sexo, idade, grupo etário e diagnóstico principal) os dados corresponderam ao mês de outubro de 2022.

### População e critérios de inclusão

Para a execução do estudo foi considerado o universo completo dos utentes e profissionais das UF selecionadas, pelo que não houve amostragem.

**Critérios de seleção:** foi selecionado um ACES da área de abrangência de Lisboa e Vale do Tejo para a elaboração do estudo pela proximidade geográfica da residência da investigadora, pela facilidade na comunicação com o Diretor Executivo e também por ser um dos concelhos com mais utentes sem MF atribuído. Das 34 unidades funcionais (19 USF, 8 UCSP, 5 UCC, 1 USP e 1 URAP), a seleção destas UF foi sugerida pelo Diretor Executivo do ACES por serem UF que requerem uma análise específica sobre a gestão do tempo dos profissionais, por aparentemente apresentarem fragilidades ao nível da gestão do tempo dos profissionais na prestação dos cuidados, mas que requerem um estudo preciso de evidência. Paralelamente, por serem UF de diferentes modelos poderão ser as mesmas, alvo de análise sobre as características dos utentes.

**Critérios de Inclusão:** profissionais médicos e de enfermagem a exercerem funções na semana 42 de 2022 (17-10 a 23-10); utentes de todas as idades inscritos nas UF selecionadas no mês de outubro de 2022.

**Critérios de exclusão:** profissionais e utentes de outras UF do ACES.

#### Instrumento de recolha de dados

Com a definição do tema do estudo e dos respetivos objetivos, foi formalizado o pedido junto da Comissão de Ética e de Saúde da ARSLVT, tendo obtido parecer favorável do Conselho Diretivo.

Seguidamente o ACES, na pessoa do Diretor Executivo diligenciou a recolha dos dados necessários, relacionados com a atividade assistencial das UF selecionadas, bem como sobre a caracterização dos utentes. Os dados foram fornecidos já trabalhados, sem estarem em bruto numa única base de dados.

O ACES disponibilizou dados que foram excluídos do estudo: grupo etário dos utentes, por sexo, por UF; idade dos utentes do ACES geral, com e sem MF; da semana selecionada - nº de consultas realizadas por pessoal de enfermagem, por programa de saúde e sexo; nº de consultas realizadas por pessoal de enfermagem, por programa de saúde e sexo, com e sem MF; nº de consultas realizadas por pessoal de enfermagem, por programa de saúde e sexo, com e sem Enf. Família; nº de consultas realizadas por pessoal de enfermagem, por programa de saúde e sexo, com Enf. Família e sem MF; nº de consultas realizadas por pessoal de enfermagem, por programa de saúde e sexo, sem Enf. Família e com MF; diagnóstico principal dos utentes na UCSP, com e sem MF.

Os dados sobre o número de utentes inscritos, número de utentes com atribuição de médico de família e das características dos utentes (sexo, idade, grupo etário) foram recolhidos na plataforma BI-CSP. Relativamente aos dados sobre o número de recursos humanos existentes, e ao número de ETC atribuídos a cada área profissional foram recolhidos também da mesma plataforma. Os dados relativos aos programas de saúde existentes na área médica e de enfermagem, do número de consultas realizadas por pessoal médico e de enfermagem por programas de saúde e do diagnóstico principal dos utentes foram extraídos da plataforma SIARS ARSLVT. Em relação aos dados sobre o número de horas trabalhadas, na semana 42 de 2022 (17-10 a 23-10), por categoria pessoal médico e de enfermagem foram obtidos através da base de dados RHV.

O estudo considera todos os utentes e profissionais, que serão analisados através de dados secundários, pelo que não haverá processo de recrutamento, nem de necessidade de anonimização dos dados.

## Variáveis

Características dos utentes	Descrição da variável	Número/Valor
<b>Sexo</b>	Corresponde ao sexo do utente	1 – Masculino 2 – Feminino
<b>Idade</b>	Nº de utentes com determinada idade, em anos	
<b>Grupos_Etários</b>	Idades dos utentes agrupadas por faixas etárias	1- < 18 anos 2- Adultos com 19-44 anos 3- Adultos com 45-64 anos 4- Adultos com 65-74 anos 5- Adultos com 75-79 anos 6- Adultos > 80 anos
<b>Diag_Principal</b>	Diagnóstico principal dos utentes mais prevalentes em cada UF	1- Medicina preventiva / de acompanhamento geral 2 - Infecção aguda do aparelho respiratório superior 3 - Síndrome vertebral com irradiação de dores 4 - Hipertensão sem complicações 5 - Alterações do metabolismo dos lípidos 6 - Sinais / sintomas da região lombar 7 - Debilidade / cansaço geral 8 - Rinite alérgica 9 - Diabetes não insulino-dependente 10 - Perturbações depressivas 11 - Excesso de peso 12 - Obesidade 13 - Abuso do tabaco 14 - Contraceção oral 15 - Distúrbio ansioso / estado de ansiedade
<b>Atribuição_MF</b>	Identificação da atribuição de MF aos utentes	1-Sim 2-Não
<b>Utentes_inscritos</b>	Número de utentes inscritos em cada UF	
Características das UF	Descrição da variável	Número/Valor
<b>Programas_saúde</b>	Programas de saúde existentes nas UF	1. Saúde Materna 2. Saúde Infantil 3. Saúde do Adulto 4. Saúde da Família 5. Grupo de Risco: Hipertensão 6. Grupo de Risco: Diabetes 7. Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar 8. Tratamento Feridas / Úlceras 9. Saúde Juvenil 10. Puerpério 11. Saúde Idoso 12. Apoio Domiciliário Integrado (Adi) 13. Acompanhamento de Doentes Com Tuberculose 14. Dependentes 15. Domicílio 16. Reabilitação 17. Rastreio do cancro do colo do útero 18. Intervenções Breves em fumadores 19. Programa de Cuidados Continuados 20. ADR Comunidade 21. Podologia 22. Grupo de risco - Cardiovascular 23. COVID-19 (Temporário)

		24 - Saúde de Adultos 25 - Saúde Infantil 26 - Saúde Materna 27 - Planejamento Familiar
<b>Horas_trabalhadas_M</b>	Número de horas trabalhadas na semana selecionada por categoria pessoal médico	
<b>Horas_trabalhadas_E</b>	Número de horas trabalhadas na semana selecionada por categoria pessoal enfermagem	
<b>Consultas_M</b>	Número de consultas realizadas por pessoal médico por programa de saúde, na semana selecionada	
<b>Consultas_E</b>	Número de consultas realizadas por pessoal de enfermagem por programa de saúde, na semana selecionada	
<b>Recursos_Humanos</b>	Número de recursos humanos existentes em cada UF	
<b>ETC</b>	Número de profissionais equivalentes em tempo completo, atribuídos a cada área, por UF	

### Análise Estatística

A análise dos dados foi realizada com apoio do Excel. Relativamente ao primeiro objetivo foi efetuada uma análise descritiva das Unidades Funcionais em estudo: número de utentes inscritos, número de utentes com atribuição de médico de família (frequência absoluta e relativa), número de recursos humanos existentes e número de ETC atribuídos a cada área profissional (frequência absoluta e percentagem de cada UF, sobre o total de profissionais e ETC existentes no global) e os programas de saúde existentes na área médica e de enfermagem.

Em relação ao segundo objetivo, referente às características dos utentes (sexo, idade, grupo etário e diagnóstico principal) foi feita uma estatística descritiva das diferentes variáveis. No caso da variável sexo foi efetuado o cálculo da frequência absoluta e a percentagem correspondente a cada UF; na variável idade a análise recaiu sobre a média e mediana; na análise sobre a variável grupo etário foi utilizada a percentagem de cada UF; por fim, na variável diagnóstico principal optou-se por identificar através de uma escala de sombreado os 10 principais diagnósticos presentes em cada UF. Desses 10 principais diagnósticos foi efetuada uma análise descritiva (frequência absoluta e relativa sobre o número total de utentes com codificação de diagnóstico), que se encontra no anexo I.

Em relação ao número de horas trabalhadas foi também realizada estatística descritiva (frequência absoluta e relativa). Em relação ao número de ETC por cada profissional e número de horas trabalhadas por cada ETC, por categoria pessoal médico e de enfermagem foi aplicada a frequência absoluta. Foi também aplicada a estatística descritiva (frequência absoluta e relativa) no que respeita ao número de consultas

realizadas. Sobre o número de consultas realizadas por ETC e ao número de consultas realizadas por horas trabalhadas, por tipo de programa de saúde, por categoria pessoal médico e de enfermagem foi realizada frequência absoluta. Foram analisados os 4 programas de saúde existentes na área médica e apenas os 5 programas de saúde onde se registam o maior número de consultas, na área de enfermagem, sendo que a totalidade dos programas de saúde com a respetiva análise descritiva, encontra-se no anexo II.

Pelo facto de os dados apenas terem sido disponíveis de forma agrupada por UF, não foi possível realizar testes estatísticos.



## Apresentação dos resultados

### 1. Descrição das Unidades Funcionais em estudo

Após se analisar os dados relativos às UF selecionadas (tabela 1) verifica-se um total de 62 841 utentes inscritos, sendo que 41 641 têm médico de família atribuído e 21 200 encontram-se sem médico de família.

Dos utentes inscritos, é na UCSP onde se encontram o maior número de utentes – 47%. Relativamente aos utentes com médico de família atribuído é na USF B onde se evidencia o maior número de utentes – 99,9%, contrariamente à UCSP onde apenas 36,5% dos utentes têm médico de família atribuído.

Unidades Funcionais	Nº utentes inscritos		Com MF		Sem MF	
	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta	% da UF	Frequência absoluta	% da UF
<b>USF A</b>	14957	24%	12709	85,0%	2248	15,0%
<b>USF B</b>	18059	29%	18036	99,9%	23	0,1%
<b>UCSP</b>	29825	47%	10896	36,5%	18929	63,5%
<b>Total</b>	<b>62841</b>		<b>41641</b>		<b>21200</b>	

Tabela 1- Nº utentes inscritos e nº utentes com e sem médico de família atribuído

Para a análise do objetivo 4 é importante a identificação dos programas existentes que se encontram no Quadro II.

Programas de saúde existentes nas UF		
<b>Área médica</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Saúde de Adultos</li><li>• Saúde Infantil</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Saúde Materna</li><li>• Planeamento Familiar</li></ul>
<b>Área enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Saúde Materna</li><li>• Saúde Infantil</li><li>• Saúde do Adulto</li><li>• Saúde da Família</li><li>• Grupo de Risco: Hipertensão</li><li>• Grupo de Risco: Diabetes</li><li>• Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar</li><li>• Tratamento Feridas / Úlceras</li><li>• Saúde Juvenil</li><li>• Puerpério</li><li>• Saúde Idoso</li><li>• Apoio Domiciliário Integrado (Adi)</li><li>• Acompanhamento de Doentes Com Tuberculose</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dependentes</li><li>• Domicilio</li><li>• Reabilitação</li><li>• Rastreio do cancro do colo do útero</li><li>• Intervenções Breves em fumadores</li><li>• Programa de Cuidados Continuados</li><li>• ADR Comunidade</li><li>• Podologia</li><li>• Grupo de risco - Cardiovascular</li><li>• COVID-19 (Temporário)</li></ul>

Quadro II - Programas de saúde existentes

Quanto aos recursos humanos existentes as UF em estudo (tabela 2) divergem na frequência, mas não de forma relevante, sendo que é na UCSP onde se encontram mais profissionais – médicos 16; enfermeiros 11. De igual forma, no que respeita ao número

de ETC a UCSP apresenta maior número e a USF A menor número de profissionais equivalentes em tempo completo.

Unidades Funcionais	Médicos				Enfermeiros			
	Nº profissionais		Nº ETC		Nº profissionais		Nº ETC	
	Frequência absoluta	% Total	Frequência absoluta	% Total	Frequência absoluta	% Total	Frequência absoluta	% Total
<b>USF A</b>	9	25,0%	8,17	26,3%	9	30,0%	8,50	28,8%
<b>USF B</b>	11	30,6%	9,83	31,6%	10	33,3%	10,00	33,9%
<b>UCSP</b>	16	44,4%	13,10	42,1%	11	36,7%	11,00	37,3%

Tabela 2 - Nº de profissionais e ETC existentes

## 2. Caracterização e comparação das variáveis dos utentes inscritos, com e sem Médico de Família

De acordo com a tabela 3, em relação às características dos utentes inscritos 46% (28 881) correspondem a utentes do sexo masculino e 54% (33 960) dizem respeito a utentes do sexo feminino. A média de idades dos utentes é cerca de 43,1 anos.

Se analisarmos por UF verifica-se que em todas é o sexo feminino que prevalece, com diferenças pouco relevantes entre UF. A média de idades e a mediana dos utentes inscritos também é muito próxima.

Unidades Funcionais	Nº utentes inscritos					
	Masculino		Feminino		Idade	
	Frequência absoluta	% da UF	Frequência absoluta	% da UF	Média	Mediana
<b>USF A</b>	6928	46,30%	8029	53,70%	43,3	45
<b>USF B</b>	8339	46,20%	9720	53,80%	44,1	45
<b>UCSP</b>	13614	45,60%	16211	54,40%	42	42
<b>Total</b>	<b>28881</b>	<b>46%</b>	<b>33960</b>	<b>54%</b>	<b>43,1</b>	

Tabela 3 - Sexo e idades dos utentes inscritos

Conforme tabela 4, relativamente às características dos utentes com médico de família 46% (19 245) correspondem a utentes do sexo masculino e 54% (22 396) dizem respeito a utentes do sexo feminino. A média de idades dos utentes é cerca de 43,4 anos.

Em todas as UF é o sexo feminino que sobressai, com diferenças muito pouco relevantes entre UF. A média de idades e a mediana dos utentes com MF também é muito próximo.

Unidades Funcionais	Nº utentes com MF					
	Masculino		Feminino		Idade	
	Frequência absoluta	% da UF	Frequência absoluta	% da UF	Média	Mediana
<b>USF A</b>	5884	46,30%	6825	53,70%	42,7	44
<b>USF B</b>	8324	46,20%	9712	53,80%	44,2	46
<b>UCSP</b>	5037	46,20%	5859	53,80%	43,2	46
<b>Total</b>	<b>19245</b>	<b>46%</b>	<b>22396</b>	<b>54%</b>	<b>43,4</b>	

Tabela 4 - Sexo e idades dos utentes com MF

Em concordância com a tabela 5, no que se refere às características dos utentes sem médico de família 45% (9 636) correspondem a utentes do sexo masculino e 55% (11 564) referem-se a utentes do sexo feminino. A média de idades dos utentes é cerca de 46,9 anos.

O sexo feminino destaca-se na USF A (52,6%) e na UCSP (54,7%). Na USF B é o sexo masculino que se distingue (65,2%).

A média de idades e a mediana dos utentes sem MF também é muito próximo, sendo que nas USF a média de idades e a mediana é mais alta do que nos utentes com médico de família.

Unidades Funcionais	Nº utentes sem MF					
	Masculino		Feminino		Idade	
	Frequência absoluta	% da UF	Frequência absoluta	% da UF	Média	Mediana
<b>USF A</b>	1044	46,40%	1204	53,60%	46,4	49
<b>USF B</b>	15	65,20%	8	34,80%	52,7	51
<b>UCSP</b>	8577	45,30%	10352	54,70%	41,5	40
<b>Total</b>	<b>9636</b>	<b>45%</b>	<b>11564</b>	<b>55%</b>	<b>46,9</b>	

Tabela 5 - Sexo e idades dos utentes sem MF

Analisando os grupos etários dos utentes inscritos (gráfico 2) verifica-se que é no grupo etário dos 19 aos 44 anos onde se registam o maior número de utentes inscritos, na generalidade (34,2% USF A; 29,5% USF B e 34,6% UCSP).

Na USF A o grupo etário com maior frequência é dos 45 aos 64 anos (35%). Já na USF B e na UCSP o grupo etário onde se verifica o maior número de utentes inscritos é dos 19 aos 44 anos, 29,5% e 34,6%, correspondentemente. À exceção da USF A, regista-se um maior número de utentes no grupo etário >80 anos, (5,6% na USF B, e 5,2% na UCSP) do que no grupo etário anterior, dos 75 aos 79 anos.

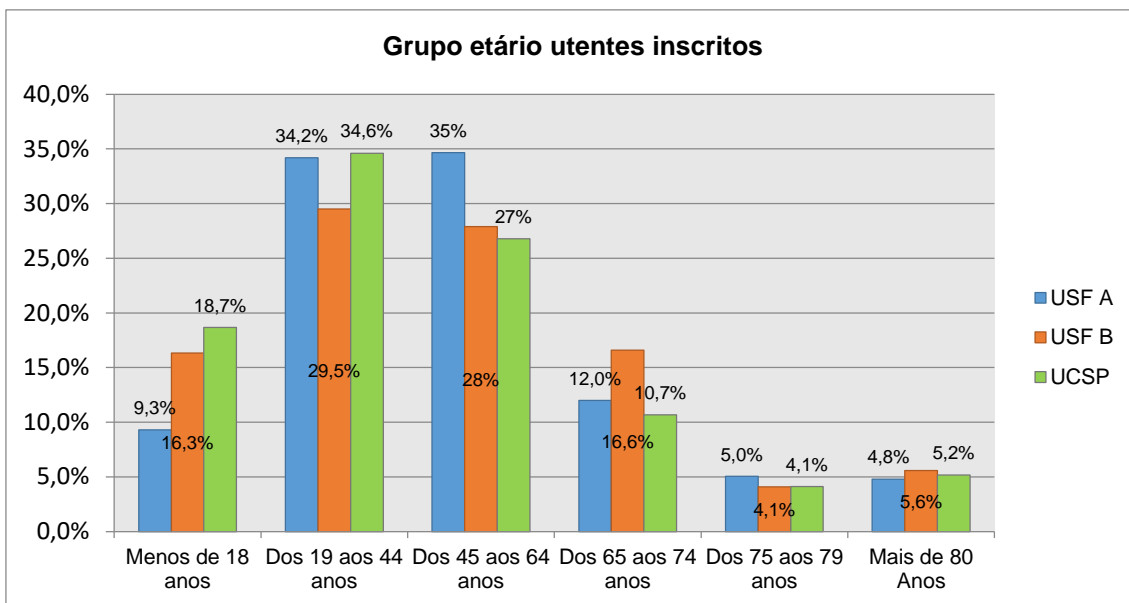


Gráfico 2 - Grupo etário utentes inscritos

Observando os dados sobre o grupo etário dos utentes com MF (gráfico 3) é possível verificar que é no grupo etário dos 19 aos 44 anos onde se registam o maior número de utentes com atribuição de MF, na generalidade (31,5% USF A; 31,4% USF B e 31,8% UCSP).

Na UCSP o grupo etário com maior prevalência é dos 45 aos 64 anos (33%). Já na USF A e na USF B o grupo etário onde se verifica o maior número de utentes com MF é dos 19 aos 44 anos, 31,5% e 31,4%, respetivamente.

No grupo etário dos 75 aos 79 anos (2,7%) e >80 anos (3,4%), a UCSP apresenta dados significativamente inferiores em relação às outras UF.

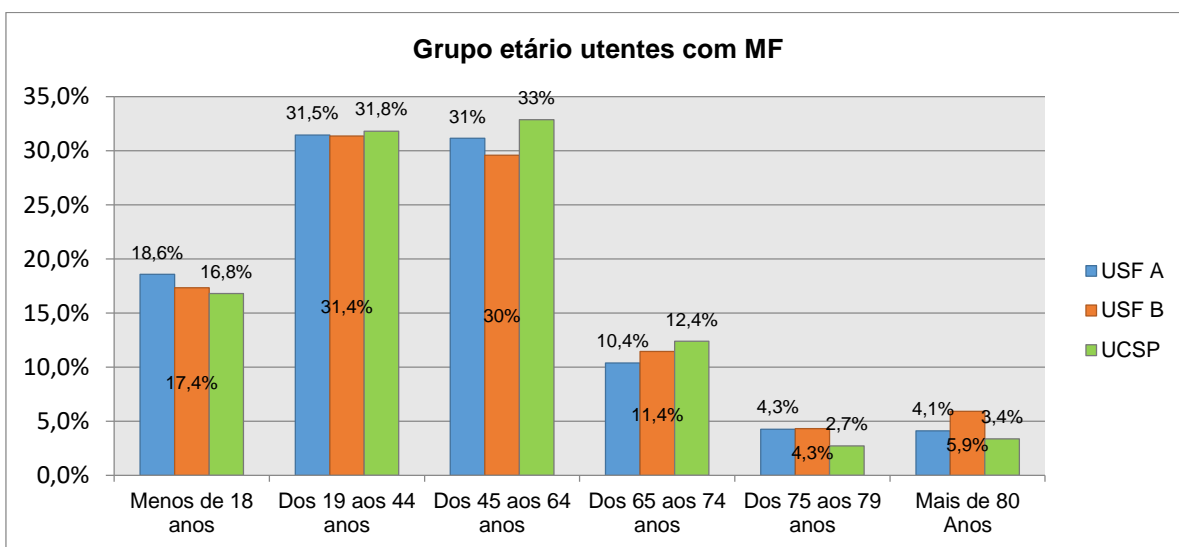


Gráfico 3 - Grupo etário utentes com MF

Em relação à informação sobre o grupo etário dos utentes sem MF (gráfico 4) é o grupo etário dos 19 aos 44 anos que se salienta, no global (27,6% USF A; 13% USF B e 36,2% UCSP). Analisando o gráfico 3 e 4 verifica-se que as USF contemplam grupos etários mais jovens (19 aos 44 anos) com MF atribuído, sendo o grupo etário dos 45 aos 64 anos, aqueles que estão sem médico de família. Por sua vez, na UCSP é precisamente este último grupo mencionado que apresenta maior número de utentes com atribuição de médico e por conseguinte o grupo etário dos 19 aos 44 anos o menos abrangido.

Na USF A (32%) e na USF B (57%) sobreleva-se o grupo etário dos 45 aos 64 anos. Na UCSP, é o grupo etário dos 19 aos 44 anos que se evidencia (36,2%), sem médico de família atribuído.

De salientar que a USF B se destaca com dados bastante inferiores, face às outras UF e contrariamente a UCSP ressalta-se.

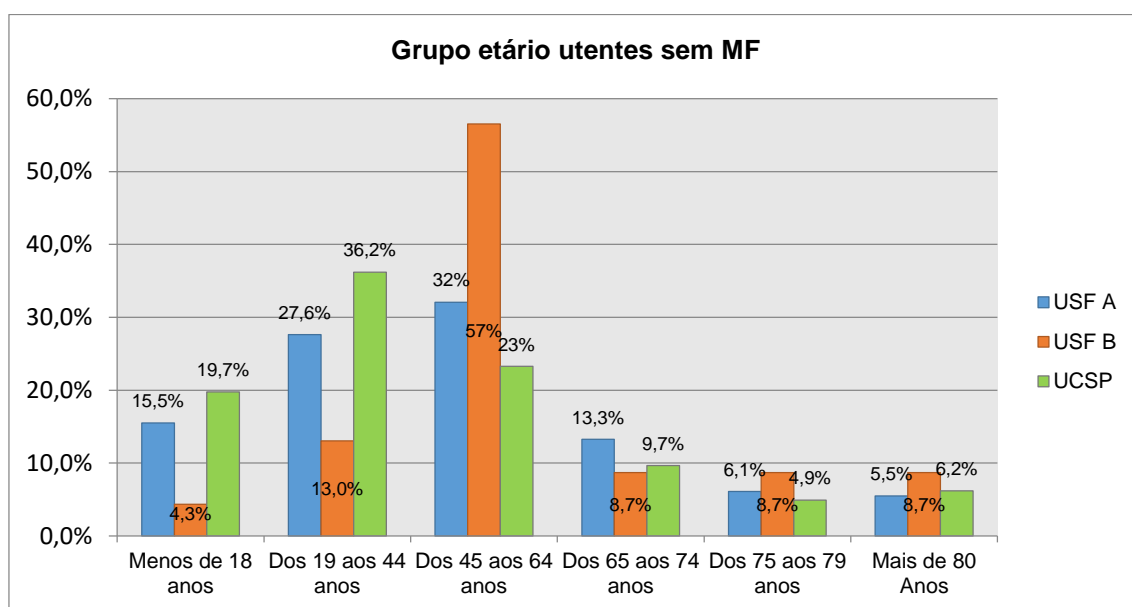


Gráfico 4 - Grupo etário utentes sem MF

Consoante o quadro III, relativamente aos diagnósticos principais dos utentes com codificação de diagnóstico, através da tabela que se segue com escala de sombreado, identifica-se os 10 principais diagnósticos em cada UF. A tabela com análise descritiva segue no anexo I. Na USF A e na UCSP o primeiro diagnóstico identificado é a medicina preventiva/de acompanhamento geral. Na USF B identifica-se o diagnóstico excesso de peso. Verifica-se que o diagnóstico infeção aguda do aparelho respiratório superior na USF A e na UCSP têm relevância nas posições que ocupam, contrariamente à USF B que se apresenta na posição 21. Os diagnósticos excesso de peso, obesidade, abuso do tabaco e contração oral na USF A e na USF B estão entre as 10 primeiras posições, estando os mesmos diagnósticos na UCSP, muito abaixo destas posições. Os diagnósticos sinais/sintomas da região lombar, debilidade/cansaço geral e diabetes

não insulino-dependente não estão entre os 10 primeiros diagnósticos na USF A e USF B. Ainda de identificar que o diagnóstico distúrbio ansioso/estado de ansiedade apenas na USF B está entre as 10 primeiras posições.

<b>Diagnósticos Principais UF</b> <i>(posição no ranking – 1 mais observado)</i>	<b>USF A</b>	<b>USF B</b>	<b>UCSP</b>
Medicina preventiva/de acompanhamento geral	1	n/a	1
Infeção aguda do aparelho respiratório superior	4	21	2
Síndrome vertebral com irradiação de dores	8	7	3
Hipertensão sem complicações	5	3	4
Alterações do metabolismo dos lípidos	3	2	5
Sinais/sintomas da região lombar	19	35	6
Debilidade/cansaço geral	69	91	7
Rinite alérgica	10	10	8
Diabetes não insulino-dependente	15	16	9
Perturbações depressivas	11	6	10
Excesso de peso	2	1	23
Obesidade	6	4	19
Abuso do tabaco	7	5	22
Contraceção oral	9	8	20
Distúrbio ansioso/estado de ansiedade	20	9	37

*Quadro III - 10 Principais diagnósticos*

### 3. Identificação do número de horas trabalhadas, número de ETC por cada profissional e o número de horas trabalhadas por cada ETC, por categoria pessoal médico e de enfermagem.

De acordo com a tabela 6, dos dados obtidos sobre o número de horas trabalhadas dos profissionais médicos (42,6%) e de enfermagem (36,7%), observa-se que a USF B apresentou um maior volume. Contudo na área de enfermagem a diferença não é relevante em relação à UCSP (34%).

Na área médica constata-se que é a USF A que tem um maior número de profissionais equivalentes em tempo completo, numa ótica individual (0,91). Em relação ao número de horas trabalhadas por número de ETC, na semana selecionada foi a USF B que se destacou.

Relativamente à área de enfermagem a USF B e a UCSP apresentam o mesmo valor quanto ao número de profissionais equivalentes em tempo completo, na perspetiva individual (1). Já sobre o número de horas trabalhadas por número de ETC foi também a USF B que se evidenciou.

Unidades Funcionais	Médicos					
	Nº horas trabalhadas		Nº Profissionais	Nº ETC	Nº ETC/Nº Profissionais	Nº horas/Nº ETC
	Frequência absoluta	Frequência relativa				
<b>USF A</b>	199	26,4%	9	8,17	0,91	24,36
<b>USF B</b>	322	42,6%	11	9,83	0,89	32,76
<b>UCSP</b>	234	31,0%	16	13,10	0,82	17,86
<b>Total</b>	<b>755</b>		<b>36</b>	<b>31,1</b>	<b>2,62</b>	<b>74,98</b>
Unidades Funcionais	Enfermeiros					
<b>USF A</b>	290,5	29,4%	9	8,50	0,94	34,18
<b>USF B</b>	363	36,7%	10	10,00	1,00	36,30
<b>UCSP</b>	336	34,0%	11	11,00	1,00	30,55
<b>Total</b>	<b>989,5</b>		<b>30</b>	<b>29,5</b>	<b>2,94</b>	<b>101,02</b>

Tabela 6 - Nº horas trabalhadas, nº de ETC por nº de profissionais e nº de horas pelo nº de ETC

#### 4. Comparação do número de consultas realizadas, número de consultas realizadas por ETC e do número de consultas realizadas por hora, por pessoal médico e de enfermagem, por programa de saúde

Conforme tabela 7, verifica-se que a UCSP realizou mais consultas (39,7%), em relação às outras UF, sendo que foi a consulta de adultos com mais preponderância (86,5%). Em todas as UF o programa de saúde onde foram realizadas mais consultas foi a saúde de adultos, com maior destaque para a UCSP (84,8%). Com menor impacto foi no programa de saúde materna (1,9%), com maior relevância na USF B (1,2%). O programa de saúde infantil, na USF A comparativamente com as restantes UF, teve um peso de cerca de metade das consultas realizadas (7,6%). No programa de planeamento familiar a USF B apresenta valores também inferiores em relação às outras UF. Em relação ao número consultas realizadas p/ ETC a USF B teve 114 consultas realizadas, contrariamente à USF A com 95,2 e a UCSP com 95,4. Quanto ao número de consultas realizadas p/ hora a UCSP apresenta 5,3 consultas realizadas, a USF A 3,9 e a USF B 3,5.

Programas de saúde	USF A				USF B				UCSP				Total de consultas realizadas	
(Área Médica)	Nº consultas realizadas		Nº consultas realizadas		Nº consultas realizadas		Nº consultas realizadas		Nº consultas realizadas		Nº consultas realizadas			
	Frequência absoluta	Frequência relativa	Nº consultas realizadas p/ ETC	Nº consultas realizadas p/ hora	Frequência absoluta	Frequência relativa	Nº consultas realizadas p/ ETC	Nº consultas realizadas p/ hora	Frequência absoluta	Frequência relativa	Nº consultas realizadas p/ ETC	Nº consultas realizadas p/ hora	Frequência absoluta	Frequência relativa
Saúde de Adultos	673	86,5%	82,4	3,4	993	88,5%	101	3,1	1060	84,8%	80,9	4,5	<b>2726</b>	<b>86,5%</b>
Saúde Infantil	59	7,6%	7,2	0,3	104	9,3%	10,6	0,3	124	9,9%	9,5	0,5	<b>287</b>	<b>9,1%</b>
Saúde Materna	15	1,9%	1,8	0,1	13	1,2%	1,3	0	33	2,6%	2,5	0,1	<b>61</b>	<b>1,9%</b>
Planeamento Familiar	31	4%	3,8	0,2	12	1,1%	1,2	0	33	2,6%	2,5	0,1	<b>76</b>	<b>2,4%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>778</b>	<b>24,70%</b>	<b>95,2</b>	<b>3,9</b>	<b>1122</b>	<b>35,60%</b>	<b>114</b>	<b>3,5</b>	<b>1250</b>	<b>39,70%</b>	<b>95,4</b>	<b>5,3</b>	<b>3150</b>	

Tabela 7 - nº de consultas realizadas, nº de consultas realizadas por ETC e nº de consultas realizadas por hora por pessoal médico

Relativamente à área de enfermagem (tabela 8), dos cinco programas de saúde selecionados onde se verificou um maior número de consultas realizadas, observa-se que a UCSP realizou mais consultas (39%), em relação às outras UF, embora sem grande diferença para a USF B (36,7%), sendo que na UCSP foi a consulta de saúde infantil com mais preponderância (24,5%). Em todas as UF o programa de saúde onde foram realizadas mais consultas foi a saúde de adultos, com maior destaque para a USF B (22,8%). Com menor impacto foi no programa de saúde da família, observando-se apenas a realização de uma consulta na UCSP. Se observamos a escala de sombreado constata-se que à exceção do programa de saúde do adulto que se apresenta em primeiro lugar nas USF e do programa saúde do idoso que em todas as UF apresenta-se em quarto lugar no volume de consultas realizadas, todos os restantes programas estão em lugares díspares, comparativamente. As consultas sobre grupos de risco, quer da hipertensão, quer da diabetes têm maior impacto na USF B. De salientar que os domicílios têm peso praticamente exclusivo na UCSP. Em relação ao número consultas realizadas p/ ETC a USF B teve 61 consultas realizadas, contrariamente à UCSP com 58,9 e a USF A com 47,4. Quanto ao número de consultas realizadas p/ hora a UCSP e a USF B apresentam o mesmo valor 1,9 consultas realizadas e a USF A 1,4.

Programas de Saúde	USF A				USF B				UCSP				Total de consultas realizadas
	Nº consultas realizadas		Nº consultas realizadas p/ ETC	Nº consultas realizadas p/ hora	Nº consultas realizadas		Nº consultas realizadas p/ ETC	Nº consultas realizadas p/ hora	Nº consultas realizadas		Nº consultas realizadas p/ ETC	Nº consultas realizadas p/ hora	
	Frequência absoluta	Frequência relativa			Frequência absoluta	Frequência relativa			Frequência absoluta	Frequência relativa			
Saúde Materna	22	5,5%	2,59	0,08	12	2,0%	1,2	0,03	31	4,8%	2,82	0,09	<b>65</b>
Saúde Infantil	59	14,6%	6,94	0,2	68	11,1%	6,8	0,19	159	24,5%	14,45	0,47	<b>286</b>
Saúde do Adulto	98	24,3%	11,53	0,34	139	22,8%	13,9	0,38	128	19,8%	11,64	0,38	<b>365</b>
Saúde da Família	0	0,0%	0	0	0	0,0%	0	0	1	0,2%	0,09	0	<b>1</b>
Grupo de Risco: Hipertensão	5	1,2%	0,59	0,02	56	9,2%	5,6	0,15	2	0,3%	0,18	0,01	<b>63</b>
Grupo de Risco: Diabetes	50	12,4%	5,88	0,17	92	15,1%	9,2	0,25	28	4,3%	2,55	0,08	<b>170</b>
Saúde Reprodutiva e Planejamento Familiar	58	14,4%	6,82	0,2	53	8,7%	5,3	0,15	40	6,2%	3,64	0,12	<b>151</b>
Tratamento Feridas / Úlceras	53	13,2%	6,24	0,18	119	19,5%	11,9	0,33	139	21,5%	12,64	0,41	<b>311</b>
Saúde Idoso	57	14,1%	6,71	0,2	71	11,6%	7,1	0,2	78	12,0%	7,09	0,23	<b>206</b>
Domicílio	1	0,2%	0,12	0	0	0,0%	0	0	42	6,5%	3,82	0,13	<b>43</b>
<b>TOTAL</b>	<b>403</b>	<b>24,3%</b>	<b>47,4</b>	<b>1,4</b>	<b>610</b>	<b>36,7%</b>	<b>61</b>	<b>1,9</b>	<b>648</b>	<b>39%</b>	<b>58,9</b>	<b>1,9</b>	<b>1661</b>

Tabela 8 - nº de consultas realizadas, nº de consultas realizadas por ETC e nº de consultas realizadas por hora por pessoal de enfermagem

Escala de cores ranking 5 consultas mais realizadas: 

1	2	3	4	5	5
---	---	---	---	---	---

## Discussão dos resultados

### Principais Resultados

Este estudo procurou descrever as UF em estudo, caracterizar e comparar os utentes inscritos nas UF selecionadas e, ainda, analisar e comparar a gestão da carga de trabalho dos profissionais.

Assim, os principais resultados foram:

- O maior volume de utentes com médico de família é na USF B. Contrariamente, é na UCSP onde se encontram o maior número de utentes sem médico de família – quase metade do volume total de utentes inscritos nesta UF;
- O grupo etário onde se regista um maior número de utentes com MF é dos 19 aos 44 anos na USF A e USF B. Na UCSP é o grupo etário dos 45 aos 64 anos;
- O grupo etário onde se regista um maior número de utentes sem MF é dos 45 aos 64 anos na USF A e USF B. Na UCSP é o grupo etário dos 19 aos 44 anos;
- O diagnóstico medicina preventiva/de acompanhamento geral encontra-se em 1º lugar na USF A e UCSP. Já na USF B é o diagnóstico de excesso de peso que se destaca;
- O diagnóstico de infeção aguda do aparelho respiratório superior é dos diagnósticos que mais existe na USF A e na UCSP;
- Na USF B há menos consultas realizadas e mais horas trabalhadas. Na UCSP há mais consultas realizadas e menos horas trabalhadas.
- As consultas da área médica de saúde materna e infantil e também planeamento familiar estão mais presentes na USF A e USF B. O programa de saúde de adultos é mais prevalente, sobretudo na UCSP;
- As consultas da área da enfermagem sobre grupos de risco, quer da hipertensão, quer da diabetes têm maior impacto na USF B. De salientar que os domicílios realizados pelos profissionais de enfermagem têm peso praticamente exclusivo na UCSP.

### Interpretação dos resultados

Como se pode verificar no Quadro I deste trabalho a estrutura das UCSP são semelhantes às USF divergindo, principalmente, quanto à autonomia organizativa, ao facto de nem todos os utentes terem médico de família e pela ausência de suplementos remuneratórios.

De forma a se ultrapassar o problema da carência de médicos de família, alguns países (Holanda, Dinamarca e Reino Unido) já adotam como medida a valorização do papel da

enfermagem nos CSP, onde o enfermeiro para além das funções habituais, incide também a sua prática na área de prevenção e vigilância de doenças crónicas (diabetes, hipertensos, asmáticos), bem como, noutras atividades, como a consulta do viajante, cessação tabágica e exames de rotina. Para tal, é essencial o envolvimento de toda a equipa e uma relação de proximidade entre médico e enfermeiro <sup>34</sup>.

Há, um conjunto de fatores externos que condicionam e que têm um papel importante na transformação da saúde da população <sup>35</sup>. George afirma que a grande maioria destes fatores (idade e sexo, por exemplo), são identificados como externos ao sistema de saúde, cerca de 70% <sup>36</sup>.

Os CSP mostram-se mais eficazes na mitigação das desigualdades em saúde, dado que uma intervenção durante o ciclo de vida é mais eficaz, nomeadamente na infância onde se vivem determinadas experiências que se podem perpetuar na vida adulta. Considera-se que a intervenção o mais precoce possível é a forma mais económica de quebrar o padrão da desigualdade <sup>2</sup>.

Neste estudo verifica-se que é nas USF onde predomina grupo etário mais jovem com MF, dos 19 aos 44 anos, ou seja, entende-se que há, porventura um maior investimento preventivo. Já na UCSP é nesse grupo etário onde se regista maior número de utentes sem médico de família, não coexistindo um investimento da prevenção, mas sim na assistência aos outros grupos de pessoas mais vulneráveis que necessitam de mais cuidados.

De acordo com a Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2022, publicada pela ACSS, a carta de compromisso estabelecida, anualmente, entre o ACES e a UF deve “(...) assegurar que conste informação relativa à Carteira Adicional de Serviços negociada (nos termos do nº 6 do artigo 6º do Decreto-Lei nº 298/2007). A carteira adicional de serviços, tanto para as USF de modelo A como de modelo B, é uma das componentes do compromisso assistencial que se traduz no desenvolvimento de atividades assumidas (anexo II da Portaria nº1368/2007, de 18 de Outubro)” <sup>37</sup>. Por sua vez o Decreto-Lei nº 298/2007 no artigo acima mencionado refere que é fixado um valor pela via orçamental para esta carteira adicional de serviços e que não pode ser colocada em causa o compromisso assistencial da carteira básica. Entende-se por carteira básica o definido na matriz multidimensional das USF/UCSP: saúde infantil e juvenil; saúde da mulher; saúde do adulto; saúde do idoso; diabetes mellitus; hipertensão arterial; doenças aparelho respiratório e multimorbilidade e outros tipos de doença <sup>37</sup>.

Por carteira adicional entende-se a colaboração da UF em grupos da comunidade (saúde escolar, saúde oral e saúde ocupacional); projetos que envolvem indivíduos em risco de exclusão social; serviços sobre os cuidados continuados integrados; cuidados a jovens e também outro tipo de cuidados que integrem o Plano Nacional de Saúde <sup>38</sup>.

No estudo desenvolvido observa-se que na USF B destaca-se o diagnóstico excesso de peso com maior número de utentes. A prevenção desta doença está prevista na quinta recomendação para a implementação do Plano Nacional de Saúde 2021-2030, estando sinalizada como uma necessidade de saúde, sendo fundamental a redução da prevalência dos fatores de risco. De igual forma o abuso do tabaco que também está entre as 10 primeiras posições de ranking nas USF, integra as recomendações do PNS. O diagnóstico de distúrbio ansioso/estado de ansiedade relacionado com a saúde mental está na posição 9 do ranking no caso da USF B, sendo que na USF A e UCSP as posições que ocupa em ambas as UF são muito inferiores (20 e 37 respetivamente). De salientar que o PNS também prevê como estratégia de intervenção a *“promoção da saúde mental (fatores protetores), ao longo do ciclo de vida”* <sup>39</sup>.

É verificado que na USF A e na UCSP a medicina preventiva/de acompanhamento geral encontra-se na primeira posição do ranking, pelo que contextualizando com o previsto sobre as compensações remuneratórias para as USF B, que a USF B selecionada poderá não estar a codificar com esta designação os atendimentos efetuados neste âmbito, codificando com outro tipo de serviço mais compensatório e/ou poderá sobrevalorizar a efetivação de outros serviços da carteira adicional que não o mencionado da carteira assistencial básica. Assim sendo, as USF A e as UCSP têm de ficar com o que “sobra”.

Dado que as USF B têm por base o pagamento por capitação, ou seja, sistema de remuneração onde o médico ou instituição de saúde recebem um pagamento fixo por utente inscrito na sua lista, independentemente da quantidade de serviços a prestar, não é vantajoso ficarem com utentes com grau de complexidade superior se vão receber exatamente o mesmo do que se for um utente menos complexo. Costa refere que *“[...] incentivar comportamentos de selecção adversa onde pode existir atracção para escolher doentes pouco dispendiosos ou de intervenção técnica mais fácil”*, ou seja há uma tendência para a discriminação de utentes <sup>40</sup>. É observado nos presentes resultados que a infeção aguda do aparelho respiratório superior na USF A e na UCSP têm relevância nas posições que ocupam. De igual forma os sinais/sintomas da região lombar, debilidade/cansaço geral e diabetes não insulino-dependente também ocupam posições relevantes nestas duas UF, contrariamente à USF B.

De acordo com o preconizado no pagamento por ato (pagamento mais usual sobretudo nas UCSP) não há tanta preocupação dos profissionais na prevenção, uma vez que é um sistema que privilegia a remuneração por doença e não por saúde, pois o valor atribuído a cada ato é definido antes deste se realizar, contudo é pago só depois do ato ser praticado. Assim entende-se que quanto maior a procura (que por norma associa-se à doença) maior a remuneração e desse modo, remuneratoriamente é mais vantajoso ter utentes com diagnósticos mais complexos pois têm mais probabilidade de precisarem de mais atos médicos <sup>41</sup>. Do estudo realizado apura-se que na UCSP a consulta de saúde de adultos tem mais peso. Já nas USF há registo de maior número de consultas realizadas em saúde materna e infantil (áreas mais preventivas).

Embora que na Carta de Compromisso assinada em 2022 entre o ACES e a USF B esteja definido como atividade a aposta nos domicílios médicos, os dados facultados não permitem verificar se houve essa atividade. Verifica-se que na semana selecionada apenas a UCSP tem registo desse serviço na área de enfermagem e a USF A um domicílio realizado, não se constatando nenhum registo na USF B. Sendo um objetivo definido apenas para a área médica com compensação remuneratória de 30€ até ao limite máximo de 20 domicílios/mês, conforme previsto no capítulo VII, artigo 30º do Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho, os Enfermeiros podem não estar incentivados à realização dessa atividade, pois não está previsto qualquer compensação remuneratória para estes profissionais <sup>42</sup>. Também poderá se colocar a hipótese de simplesmente não ter havido solicitações de realização de domicílios aos utentes da USF B.

Estudos indicam que os modelos existentes potenciam desigualdade no acesso aos cuidados de saúde, pelo facto de nas USF estar garantida a atribuição de médico de família, maior remuneração e condições de trabalho, quando na realidade não trabalham mais, nem tratam os utentes com maiores necessidades, que se verifica no estudo às UF selecionadas - a USF B trabalhou mais horas, no entanto realizou menos consultas. Já a UCSP apesar de trabalharem menos horas realizou mais consultas. Para além disto, verificou-se que na USF B existe apenas um número muito residual de utentes sem médico de família, contrariamente a UCSP regista quase metade do volume total de utentes inscritos nesta UF, sem médico de família. Apura-se que a UCSP é a UF que cuida de utentes com diagnósticos mais complexos, isto é trata os doentes com maiores necessidades <sup>13</sup>.

## Limitações do estudo

Este estudo pressupôs identificar as características dos utentes e a carga de trabalho dos profissionais entre as diferentes Unidades Funcionais e, por sua vez, comparar as mesmas. Entende-se que a principal limitação do estudo foi não ter alargado quantitativamente as UF dentro do ACES, o que não permitiu ter uma amostra suficiente para aplicação de testes estatísticos que possibilitasse a realização de um estudo analítico.

Uma segunda limitação foi o facto de o trabalho apenas se debruçar no estudo de UF de um ACES, o que não permite ser representativo da realidade do nosso país. Contudo na realização deste trabalho esteve inerente a intenção de ser um estudo de caso exploratório, daquilo que poderia ser estudado e melhorado, especificamente nas Unidades Funcionais seleccionadas, pelo que foi de forma consciente que o estudo não poderia ser representativo ao nível nacional.

Outra limitação prende-se com os dados terem sido facultados já trabalhados e não em bruto o que dificultou o processo de análise dos mesmos.

Apenas ter seleccionado uma semana do ano 2022 não permitiu ter uma visão mais realista da dinâmica de trabalho dos profissionais. Não foi possível ter acesso ao registo de ausências dos profissionais, pelo que se desconhece se o número de horas trabalhadas e de ETC tenham sido influenciadas por eventuais ausências.

Teria sido importante ter tido acesso aos pedidos de realização de domicílios de enfermagem na USF B que permitisse saber se houve ou não, de forma a poder excluir a hipótese de que não houve solicitações nesse âmbito.

Em relação às características dos utentes era pretendido ter conhecimento da variável habilitações literárias e informação socioeconómica, contudo não foi possível para o ACES obter essa informação, por ausência da mesma.

Sem dúvida que com disponibilidade e com finalidade mais ampla será necessário a elaboração de um estudo mais detalhado e mais abrangente que inclua várias UF e outros ACES.

## Implicações para políticas e administração em saúde

A redução das desigualdades com o aumento da capacidade de resposta dos Cuidados de Saúde Primários a toda a população, proporcionaria naturalmente a maximização de ganhos em saúde. Assim, importa quebrar barreiras existentes, que, tal como foi possível observar neste estudo, existem diferenças quer em relação ao perfil dos

utentes que compõem as Unidades Funcionais, quer relativamente à carga de trabalho existente entre os profissionais.

Impõe-se a questão: como podemos quebrar a lógica de cuidados de saúde desiguais? Bom, talvez estejamos na altura certa de repensar a estrutura atual, que por via da publicação do Decreto-Lei 61/2022, de 23 de setembro veio criar o “*novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que prevê a criação de uma Direção Executiva*”.

A criação de um modelo de SNS baseado na existência de Unidades Locais de Saúde que promovam a integração de cuidados no funcionamento em rede, que assegure o acesso equitativo de todos os utentes da área geográfica que abrange, pode ser uma medida que equilibre as desigualdades existentes. A somar a esta reestruturação é importante que haja uma maior autonomia remuneratória das administrações, para que possam gerir os Recursos Humanos, quer das USF quer das UCSP, com a possibilidade de incentivos. Para balizar esta autonomia deveria ser criado um Regulamento próprio com limites compensatórios para diferentes níveis de desempenho.

O facto de haver desigualdades na carga de trabalho entre UCSP e USF pode levar a situações de rutura, relacionadas com a sobrecarga de trabalho das UCSP, sob prejuízo de ter impacto no acesso. Neste sentido, há a necessidade de reajustamento de indicadores de desempenho para que, em última análise se alargue o benefício para o utente <sup>25</sup>. Considero que os indicadores deveriam assentar na realidade de cada Unidade Funcional e que para isso fossem tidos em conta vários indicadores, como as características da área geográfica (se é dispersa ou não), diagnóstico psicossocial local, capacidade dimensional da UF e o número de utentes.

Sem dúvida que um desafio que impera, atualmente, é atrair médicos de medicina geral e familiar, que, a Direção Executiva já promoveu no presente ano a abertura de cerca de 900 vagas para os CSP, sendo que 83 vagas são destinadas a ACES com mais de 25% de carência de atribuição de médico de família. Para a ocupação destas vagas é dado o incentivo de que a 31 de dezembro de 2025 os profissionais possam se mobilizar para outras regiões do país (conveniência pessoal ou familiar) sem qualquer processo burocrático. O Despacho n.º 5104-E/2023, de 2 de maio identifica a UCSP selecionada neste estudo como qualificada carenciada, e por isso foram atribuídas duas vagas, nesse âmbito e mais onze vagas por concurso geral, ocupando a segunda posição da Unidade Funcional onde abriu mais vagas no ACES selecionado.

Na tentativa de minimizar o impacto do elevado número de utentes sem MF atribuído, deve-se procurar promover o desenvolvimento da prática assistencial dos enfermeiros. As áreas de intervenção destes profissionais podiam ser alargadas para o âmbito da

prevenção e vigilância de doenças crónicas, possibilitando assim a distribuição da carga de trabalho. Com isto, permitiria a libertação de vagas nas listas dos MF, para que pudessem dar resposta aos utentes com necessidades de prestação de cuidados médicos – diagnósticos mais complexos. Para além deste contributo, este modelo pode incentivar à existência de um trabalho de equipa coeso que promova a integração de cuidados de saúde.



## Conclusão

Com a Reforma de 2005 foram reestruturados os Centros de Saúde com a criação das USF. Esta Reforma passaria também por reforçar e desenvolver serviços que integrassem as USF e reforçar os incentivos e formação dos profissionais médicos.

Nesta constituição das USF houve a definição de modelos de cuidados de saúde primários, nomeadamente: USF A, USF B e UCSP. As USF diferenciam-se das UCSP, sobretudo pelo seu grau de autonomia e da obrigatoriedade de os utentes das USF terem médico de família atribuído, e ainda, pelos profissionais que das USF B receberem incentivos individuais e suplementos, conforme os objetivos alcançados.

No contexto do estudo realizado importa referir que existem diferenças entre as UF selecionadas, no que respeita à descrição das UF, às características dos utentes e à carga de trabalho dos profissionais.

Verificou-se que é na UCSP onde se encontra o maior volume de utentes sem médico de família, sendo que na USF B o número é muito residual.

Nas USF predomina grupo etário mais jovem com médico de família, ou seja, há, porventura um maior investimento preventivo. A USF B dedica-se à prestação de cuidados sob diagnóstico com intervenção prevista no Plano Nacional de Saúde, e, por isso, possivelmente incluídos na carteira adicional de serviços, onde está prevista compensação remuneratória.

Pelas USF B ter por base o pagamento por capitação não é “compensatório” a dedicação a doentes mais complexos, pois os profissionais ganham o mesmo independentemente do tipo de utente que recebem. Por outro lado, uma vez que as UCSP são pagas essencialmente por ato não lhes interessa investir na prevenção, mas sim terem doentes mais complexos que necessitem de mais atos.

O número de utentes atendidos diverge entre as diferentes UF – UCSP realizou mais consultas, contudo da carteira básica de serviços, ou seja, com impacto no acesso e equidade aos programas de saúde da carteira adicional que só as USF B têm.

Verifica-se, ainda, que não há registos de realização de domicílios na USF B por profissionais de enfermagem, porventura associado ao facto de não estar previsto compensação remuneratória aos Enfermeiros, ou possivelmente por não ter ocorrido solicitações nesse âmbito.

No global, regista-se que na semana selecionada a USF trabalhou mais horas, no entanto realizou menos consultas do que a UCSP. Já a UCSP apesar de trabalharem menos horas realizou mais consultas.

Assim, apura-se que das UF selecionadas temos um modelo a duas velocidades, uns que têm médico de família (USF) e os que não têm (UCSP). Pelo facto de grande parte dos utentes inscritos na UCSP não terem médico de família e apresentarem maiores vulnerabilidades estes podem ficar à “margem”, promovendo assim desigualdades no acesso, ou seja, os que mais precisam terem menos acesso (*inverse care*).

Como recomendações sugere-se que o ACES procure promover uma valorização do papel da enfermagem nos CSP, na área da prevenção e vigilância de doenças crónicas, sobretudo nas UCSP, dado que estas não têm a carteira adicional de serviços, onde se prevê a inclusão de programas preventivos.

Uma vez que a UCSP selecionada tem um número de profissionais consideravelmente satisfatório atendendo ao número de profissionais que a USF A e USF B têm, podia haver um investimento em ferramentas que permitam a melhoria da capacidade de gestão da oferta de serviços mais preventivos.

A USF B, na semana selecionada realizou menos consultas que a UCSP, inclusive não realizou domicílios (área de enfermagem), e, por isso, é importante que se apure as causas associadas a estes fenómenos – baixas médicas, desmotivação profissional, atraso nos pagamentos compensatórios, etc.

Pode-se afirmar que se uma estrutura estiver bem organizada e gerida vai determinar o desempenho institucional, o empenho e atuação dos profissionais. Um gestor deve procurar desenvolver e potencializar as capacidades humanas existentes.

## Bibliografia

1. Braga R. A desaceleração do processo de reforma dos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2013.
2. Thornton, Rachel L.J. et al. Evaluating strategies for reducing health disparities by addressing the social determinants of health. *Health Affairs*. 2016;35(8):1416–23.
3. Nunes AM. Efeitos da aplicação do memorando de entendimento sobre condicionalismos específicos de política económica na prestação de cuidados hospitalares. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*. 2016.
4. Conselho de Ministros. Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. *Diário da República*. 2008.
5. Chaves C. Cuidados de saúde primários e a Sida. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*. 2016.
6. Phillips RL, Starfield B. Why does a U.S. primary care physician workforce crisis matter? *American Family Physician*. 2004;70.
7. WHO. The world health report 2008 - primary health care now more than ever. World health organization. 2008.
8. WHO. Primary health care [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 28]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.
9. OPSS. Saúde: um direito humano. Relatório de primavera 2019. In relatório de primavera. 2019.
10. Gava, Gustavo Bonin et al. A reforma dos cuidados de saúde primários: êxitos e desafios da experiência portuguesa. *NAU Social*. 2018;9.
11. Dimitrovová, Klára et al. Effect of a national primary care reform on avoidable hospital admissions (2000–2015): a difference-in-difference analysis. *Social Science and Medicine*. 2020;252.
12. Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Análise SWOT e recomendações para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. 2012.
13. Biscaia, André Rosa et al. A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2017;22.
14. Starfield B. Primary care and equity in health: the importance to effectiveness

- and equity of responsiveness to peoples´needs. *Humanity & Society*. 2009;33.
15. Montegut AJ. To achieve “health for all” we must shift the world’s paradigm to “primary care access for all.” *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2007.
  16. Artiga, Samantha et al. Beyond health care: the role of social determinants in promoting health and health equity | the Henry J. Kaiser Family Foundation. Kaiser Family Foundation. 2018;(May).
  17. Pisco L. A reforma dos cuidados de saúde Primários. *Cadernos de Economia*. 2007.
  18. Tudor Hart J. The Inverse Care Law. *The Lancet*. 1971;297.
  19. Ministério das finanças e Ministério da Saúde. Portaria n.º 212/2017 de 19 de julho. *Diário da República*, 1ª série - Nº 138. 2017;3840–7.
  20. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. 2006.
  21. Entidade Reguladora da Saúde. Estudo sobre as unidades de saúde familiar e as unidades de cuidados de saúde personalizados. 2016.
  22. Ministério da Saúde. Relatório de atividade dos cuidados saúde primários nos anos de 2011 a 2013. ACSS - administração central do sistema de saúde, IP. 2014.
  23. Santos P. O funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) em Portugal: estudo de caso na região centro. 2008.
  24. Tribunal de Contas. Auditoria ao desempenho de unidades funcionais de cuidados de saúde primários. 2014.
  25. Monteiro, Baltazar Ricardo et al. Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa. *Ciência e Saude Coletiva*. 2017;22.
  26. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Regulamento para cálculo das remunerações dos profissionais integrados em Unidades de Saúde Familiar de Modelo B. 2008.
  27. Sousa, Miguel Melo et al. Os indicadores de desempenho contratualizados com as USF: um ponto da situação no atual momento da Reforma. *Revista Portuguesa da Clínica Geral*. 2011;27.

28. Lapão, Luís Velez et al. A reforma da atenção primária à saúde em Portugal, 2005-2018: o futuro e os desafios da maturidade. *Cadernos de Saude Publica*. 2019;35.
29. Rocha, Paulo de Medeiros et al. Family health reform in Portugal: analysis of its implementation. *Ciênc saúde coletiva*. 2011.
30. Norwood, Patrícia et al. Patients' experiences and preferences for primary care delivery: a focus group analysis. *Primary health care research & development*. 2019;20.
31. Biscaia AR. Satisfação no trabalho dos médicos de família dos centros de saúde portugueses. 2010.
32. Christianson J, Leatherman S SK. Financial incentives, healthcare providers and quality improvements - a review of the evidence. The Health Foundation. 2007.
33. Moura, Ana et al. Are socioeconomic inequalities in the process of registration with family physicians decreasing in Portugal? *Acta Medica Portuguesa*. 2018;31.
34. Cortez I. Desigualdade no acesso aos cuidados de saúde primários - a outra face das USF. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2010;26.
35. Miguel, Rui et al. Determinantes, estado e perceção da saúde da população na área de influência do centro hospitalar do médio tejo. 2013.
36. Guimarães, Teresa et al. Determinantes de saúde e estilo de vida em estudantes do ensino superior. *Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. 2020.
37. ACSS. Operacionalização da contratualização nos cuidados de saúde primários para 2022. 2022;1–81.
38. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto. *Diário da República*. 2007;1ª Série(N.º 161).
39. DGS. Plano Nacional de Saúde 2021-2030. 2022.
40. Costa C, Santana RMC, Boto P. Financiamento por capitação ajustada pelo risco: conceptualização e aplicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2008;7:67–102.
41. Perelman J, Chaves P, Gago J, Leuschner A, Lourenço A, Mestre R, et al. Portuguese mental health system: critical evaluation of the providers' payment model. *Portuguese Journal of Public Health*. 2017;35(3):155–71.

42. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho. Diário da República. 2017;1.ª série(N.º118):3128–40.

## Anexos

### Anexo I – Diagnósticos Principais por Unidade Funcional

Diagnósticos Principais UF	USF A		USF B		UCSP	
	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa
Medicina preventiva / de acompanhamento geral	3561	3,8%	n/a	n/a	5723	4,4%
Infecção aguda do aparelho respiratório superior	2569	2,7%	1053	0,8%	3401	2,6%
Síndrome vertebral com irradiação de dores	1821	2,5%	2098	1,7%	3261	2,5%
Hipertensão sem complicações	2383	2,5%	3680	2,9%	3045	2,4%
Alterações do metabolismo dos lípidos	2851	0,9%	4662	3,7%	3023	2,3%
Sinais / sintomas da região lombar	878	0,3%	774	0,6%	1787	1,4%
Debilidade / cansaço geral	325	0,3%	336	0,3%	1721	1,3%
Rinite alérgica	1184	1,3%	1682	1,3%	1655	1,3%
Diabetes não insulino-dependente	941	1,0%	1345	1,1%	1588	1,2%
Perturbações depressivas	1183	1,3%	2253	1,8%	1580	1,2%
Excesso de peso	3178	3,4%	5192	4,1%	1099	0,9%
Obesidade	1917	2,0%	3521	2,8%	1170	0,9%
Abuso do tabaco	1911	2,0%	3215	2,6%	1115	0,9%
Contracepção oral	1695	1,8%	2092	1,7%	1133	0,9%
Distúrbio ansioso / estado de ansiedade	863	0,9%	1992	1,6%	834	0,6%

Anexo II – Nº de consultas realizadas, nº de consultas realizadas por ETC e nº de consultas realizadas por hora por pessoal de enfermagem

Programas de Saúde (área Enfermagem)	USF A				USF B				UCSP			
	Nº consultas realizadas		Nº consultas realizadas p/ ETC	Nº consultas realizadas p/ hora	Nº consultas realizadas		Nº consultas realizadas p/ ETC	Nº consultas realizadas p/ hora	Nº consultas realizadas		Nº consultas realizadas p/ ETC	Nº consultas realizadas p/ hora
	Frequência absoluta	Frequência relativa			Frequência absoluta	Frequência relativa			Frequência absoluta	Frequência relativa		
Saúde Materna	22	4,7%	2,59	0,08	12	1,8%	1,20	0,03	31	4,4%	2,82	0,09
Saúde Infantil	59	12,6%	6,94	0,20	68	10,4%	6,80	0,19	159	22,8%	14,45	0,47
Saúde do Adulto	98	21,0%	11,53	0,34	139	21,2%	13,90	0,38	128	18,4%	11,64	0,38
Saúde da Família	0	0,0%	0,00	0,00	0	0,0%	0,00	0,00	1	0,1%	0,09	0,00
Grupo de Risco: Hipertensão	5	1,1%	0,59	0,02	56	8,5%	5,60	0,15	2	0,3%	0,18	0,01
Grupo de Risco: Diabetes	50	10,7%	5,88	0,17	92	14,0%	9,20	0,25	28	4,0%	2,55	0,08
Saúde Reprodutiva e Planejamento Familiar	58	12,4%	6,82	0,20	53	8,1%	5,30	0,15	40	5,7%	3,64	0,12
Tratamento Feridas / Úlceras	53	11,3%	6,24	0,18	119	18,2%	11,90	0,33	139	19,9%	12,64	0,41
Saúde Juvenil	7	1,5%	0,82	0,02	3	0,5%	0,30	0,01	16	2,3%	1,45	0,05
Puerpério	6	1,3%	0,71	0,02	8	1,2%	0,80	0,02	1	0,1%	0,09	0,00
Saúde Idoso	57	12,2%	6,71	0,20	71	10,8%	7,10	0,20	78	11,2%	7,09	0,23
Apoio Domiciliário Integrado (Adi)	0	0,0%	0,00	0,00	0	0,0%	0,00	0,00	1	0,1%	0,09	0,00
Acompanhamento de Doentes Com Tuberculose	1	0,2%	0,12	0,00	2	0,3%	0,20	0,01	13	1,9%	1,18	0,04
Dependentes	30	6,4%	3,53	0,10	8	1,2%	0,80	0,02	8	1,1%	0,73	0,02
Domicílio	1	0,2%	0,12	0,00	0	0,0%	0,00	0,00	42	6,0%	3,82	0,13
Reabilitação	0	0,0%	0,00	0,00	0	0,0%	0,00	0,00	2	0,3%	0,18	0,01
Rastreio do cancro do colo do útero	0	0,0%	0,00	0,00	6	0,9%	0,60	0,02	3	0,4%	0,27	0,01

Programas de Saúde (área Enfermagem)	USF A				USF B				UCSP			
	Nº consultas realizadas		Nº consultas realizadas p/ ETC	Nº consultas realizadas p/ hora	Nº consultas realizadas		Nº consultas realizadas p/ ETC	Nº consultas realizadas p/ hora	Nº consultas realizadas		Nº consultas realizadas p/ ETC	Nº consultas realizadas p/ hora
	Frequência absoluta	Frequência relativa			Frequência absoluta	Frequência relativa			Frequência absoluta	Frequência relativa		
<b>Intervenções Breves em fumadores</b>	7	1,5%	0,82	0,02	17	2,6%	1,70	0,05	1	0,1%	0,09	0,00
<b>Programa de Cuidados Continuados</b>	0	0,0%	0,00	0,00	0	0,0%	0,00	0,00	3	0,4%	0,27	0,01
<b>ADR Comunidade</b>	3	0,6%	0,35	0,01	0	0,0%	0,00	0,00	1	0,1%	0,09	0,00
<b>Podologia</b>	0	0,0%	0,00	0,00	1	0,2%	0,10	0,00	0	0,0%	0,00	0,00
<b>Grupo de risco - Cardiovascular</b>	8	1,7%	0,94	0,03	0	0,0%	0,00	0,00	0	0,0%	0,00	0,00
<b>COVID-19 (Temporário)</b>	2	0,4%	0,24	0,01	0	0,0%	0,00	0,00	0	0,0%	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>467</b>	<b>25,7%</b>	<b>54,9</b>	<b>1,6</b>	<b>655</b>	<b>36%</b>	<b>65,5</b>	<b>1,8</b>	<b>697</b>	<b>38,3%</b>	<b>63,4</b>	<b>2,1</b>