Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados
Desenvolvimento Organizativo e Operacional

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Mestre em Gestão da Saúde

Mariana Saraiva Ricardo

Orientador:
Professor Doutor Vítor Ramos
Coorientador:
Dra. Patrícia Barbosa

Lisboa, Agosto de 2017

Agradecimentos

Uma página de agradecimento por todas as que se seguem parece pouco, tendo em conta todas as pessoas que gostaria de agradecer por esta longa etapa da minha formação académica. Ainda assim, deixo algumas palavras que expressam o meu sincero reconhecimento.

Ao Prof. Dr. Vítor Ramos, e em especial à Dra. Patrícia Barbosa, pela disponibilidade e orientação em todos os momentos da elaboração deste trabalho.

Ao Paulo Rocha, meu amigo, colega e sócio pela compreensão e apoio constantes necessários à realização da tese de Mestrado simultânea ao início do nosso projeto profissional.

À Rita Mendes, por todas as palavras de conforto e de encorajamento, e por me acompanhar sempre, esta fase não sendo exceção.

Aos meus utentes, pela paciência demostrada por todas as alterações das sessões necessárias à realização deste trabalho.

Ao Ricardo Ribeiro, por ser o meu suporte e a minha motivação nos momentos menos bons. Que seja sempre assim, nas próximas etapas da nossa vida.

E finalmente à minha família, sem vocês não teria conseguido atingir mais este objetivo. Obrigada por acreditaram sempre em mim e me incentivarem a alcançar todos os meus sonhos. Somos e seremos sempre os F4.

Resumo

Introdução: O modelo organizacional adotado pela reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) constitui nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) um conjunto de unidades funcionais com autonomia administrativa e técnica entre as quais se encontram as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). A sua equipa é de natureza mais complexa e distinta da das restantes unidades, uma vez que configura um vasto leque de competências e recursos especializados. Devido a estas caraterísticas específicas, a sua gestão e coordenação são mais desafiantes. **Objetivos:** Este estudo tem como objetivo geral recolher, analisar e discutir dados relativos ao estado e à realidade das URAP quanto à organização, gestão e impacto da sua intervenção. **Metodologia:** Este estudo é de cariz qualitativo, com recurso a entrevistas semiestruturadas a uma amostra de conveniência de 12 coordenadores de URAP (3 ARS Norte; 3 ARS Centro; 3 ARS Lisboa e Vale do Tejo; 1 ARS Alentejo e 2 ARS Algarve). Foi realizada a transcrição integral e a análise de conteúdo das entrevistas através do MAXQDA 12. **Resultados**: Segundo a maioria dos coordenadores entrevistados, a ausência de regulamentação da unidade justifica a disparidade encontrada tanto quanto às valências profissionais presentes como quanto ao grau de articulação interna e externa, que chega a ser diferente consoante a área profissional. O facto de não existir ainda um processo de contratualização implementado não permite a monitorização e avaliação do desempenho da URAP. Mas também a inexistência de indicadores específicos para a URAP inviabiliza a contratualização. Em grande parte isto deve-se ao facto dos sistemas de informação e comunicação se encontrarem em desenvolvimento e em diferentes estados de implementação consoante as áreas profissionais dentro de uma mesma unidade. E consequentemente não permitem a monitorização eficaz da produção da unidade e dos resultados de saúde da população que serve. Os recursos disponíveis foram considerados insuficientes ou não adequados às necessidades da URAP, e evidenciam que a sua rentabilização e a cobertura nacional dos cuidados de saúde prestados pelos profissionais da URAP, não foram alcançados. **Conclusão**: Os resultados encontrados permitem concluir que o grau de implementação das URAP se mantém incipiente e com uma organização variável por região de saúde. A sua existência nos moldes em que foi idealizada faz sentido, mas será necessário ajustar a sua dimensão ao ACES e à população que serve, ajustando os recursos humanos tanto em número como valência, e os recursos materiais de forma a permitir responder às necessidades de saúde identificadas.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde Primários, Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados, Organização e Gestão.

Abstract

Introduction: The organizational model assumed by the Primary Health Care (PHC) reform proclaim a set of functional units in groups of health centres, with administrative and technical autonomy, such as the Shared Assistance Resource Units (SARU). This team is more complex and distinct from other units, since it figures a wide range of specialized skills. Due to these specific characteristics, it's coordination and management is more challenging. **Objectives**: The purpose of this study is to collect, analyze, and discuss data related to the reality and state of the SARU, regarding the level of organization, management and impact of it's intervention. **Methodology**: This qualitative study was carried out using semi-structured interviews with a convenience sample of 12 SARU coordinators (3 Regional Health Administration of North, 3 Regional Health Administration of Center, 3 Regional Health Administration of Lisbon, 1 Regional Health Administration of Alentejo and 2 Regional Health Administration of Algarve). Full transcript and content analysis of the interviews were performed through MAXQDA 12. **Results**: According to the majority of the interviewed coordinators, the absence of unit regulation justifies the disparity found, as much as the identified professional areas, and the degree of internal and external articulation, which can be different according to the area of practice. The fact that there is not yet an implemented contractualisation process does not allow the monitoring and evaluation of SARU's performance. But also lack of specific indicators for the SARU impair the contractualisation process. This has largely to do with the still in development and in diferente stages of implementation of the information and comunication systems according to the professional area. Consequently does not allow an effective unit's production monitoring, and the health outcomes of the population it serves. The available resources were considered insuficient or not adequate to the SARU's needs, and show that their profitability and healthcare national coverage provided by SARU's professionals were not achieved. **Conclusion**: The results found allow us to conclude that the level of implementation of SARU, remains incipient and with a variable organization by health region. Its existence in the form in which it was conceived makes sense, but it will be necessary to adjust its dimension to the groups of health centres, and the population it serves, adjusting the human in number and professional area, and the material resources in order to respond to the identified health needs.

Keywords: Primary Health Care, Shared Assistance Resources Units, Organization and Management.

Índice

Lista de Abreviaturas e Siglas i
Lista de Figuras ii
Lista de Gráficos ii
Lista de Tabelas ii
Lista de Quadros ii
1. Introdução 1
2. Estado da Arte 3
2.1. Cuidados de Saúde Primários 3
2.1.1. Conceito e Evolução 3
2.1.2. Reforma dos CSP 5
2.2. Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) 12
2.2.1. Definição e Princípios 12
2.2.2. Constituição e Organização 13
2.2.3. Implementação e situação atual 14
3. Materiais e Métodos 18
3.1. Pergunta de Investigação e Objetivos 18
3.2. Desenho Metodológico 19
3.3. Amostra do estudo 22
3.4. Recolha de Dados e Instrumentos 22
3.5. Tratamento dos dados 24
4. Resultados 28
4.1. Análise Descritiva: perfil dos entrevistados 28
4.2. Análise de conteúdo 29
4.2.1. A – Caraterização das URAP 29
4.2.2. B – Resposta à necessidade da população 36
4.2.3. C – Contratualização 37
4.2.4. D – Articulação 38
4.2.5. E – Governação Clínica e de Saúde 41
4.2.6. F - Sistemas de Informação e Comunicação 41
4.2.7. G – Indicadores de Avaliação 43
4.2.8. H – Desenvolvimentos Futuros 44
5. Discussão 46
5.1. Discussão dos Resultados 46
5.2. Pergunta de investigação e objetivos do estudo 50
5.3. Reflexão crítica do estudo 51

6. Conclusão 54
Bibliografia lvi
Anexo A – Autorização da ARS do Norte, I.P. lx
Anexo B – Autorização da ARS do Centro, I.P. lxi
Anexo C – Autorização da ARS LVT, I.P. lxii
Anexo D – Autorização da ARS Alentejo, I.P. lxiii
Anexo E – Autorização da ARS Algarve, I.P. lxvi
Apêndice A – Pedido de Autorização aos Diretores Executivos dos ACES lxvii
Apêndice B – Consentimento Informado dos Coordenadores das URAP lxviii
Apêndice C – Pedido Autorização da gravação das entrevistas lxx
Apêndice D – Guião da Entrevista Semiestruturada lxxi
Apêndice E – Grelhas de Análise Entrevistas Extraídas do MAXQDA 12 lxxiii

Lista de Abreviaturas e Siglas

et al.	(*et alia*) e outros
etc.	(*et ceatera*) e o resto
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CECSP	Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral de Saúde
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECSCP	Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
GCS	Governação Clínica e de Saúde
GTDCSP	Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
SIADAP	Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública
SINUS	Sistema de Informação para Unidades de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SWOT	*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*
TDT	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
UAG	Unidade de Apoio à Gestão
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF	Unidades Funcionais
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidades de Saúde Familiares
USP	Unidades de Saúde Pública

Lista de Figuras

Figura 1 - Estrutura do ACES 6

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Formação Profissional Coordenadores URAP 28

Gráfico 2 - Tempo na Função Coordenadores da URAP 29

Gráfico 3 - Valências Profissionais URAP 31

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Nº de URAP e População Coberta por Região de Saúde 22

Tabela 2 - Categorias de Análise 26

Tabela 3 - Matriz de Codificação 27

Lista de Quadros

Quadro 1 - Nível Geral de Organização da URAP 30

Quadro 2 - Valências Profissionais URAP por Região de Saúde 31

Quadro 3 – Recursos Humanos na URAP 32

Quadro 4 - Valências em Falta URAP 33

Quadro 5 - Recursos Materiais URAP 33

Quadro 6 - Aspetos Positivos e Negativos que caraterizam as URAP 35

Quadro 7 - Resposta às necessidades de saúde da população das URAP 36

Quadro 8 - Vertentes de atuação em destaque nas URAP 37

Quadro 9 - Processo de Contratualização estabelecido nas URAP 37

Quadro 10 - Articulação das URAP com as UF do ACES 38

Quadro 11 - Manual de Articulação das URAP 39

Quadro 12 - Atuação dos Dispositivos de Apoio Local 39

Quadro 13 - Interligação das URAP com os serviços externos 40

Quadro 14 - Principais dificuldades ao nível da Articulação 40

Quadro 15 - Implementação do conceito de GCS 41

Quadro 16 - Sistemas de Informação existentes nas URAP 41

Quadro 17 - Comunicação entre áreas profissionais das URAP 42

Quadro 18 - Registos Clínicos das URAP 42

Quadro 19 - Cultura de práticas de Avaliação nas URAP 43

Quadro 20 - Indicadores de Avaliação em vigor nas URAP 44

Quadro 21 - Desenvolvimentos futuros necessários para as URAP 44

1. Introdução

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), segundo a declaração de Alma-Ata (1978) definem-se como: "*o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.*".

Considerando a conjuntura económico-financeira do país e a sustentabilidade do SNS, torna-se perentória a orientação dos sistemas de saúde para os CSP. A evidência indica que os sistemas de saúde centrados em CSP são mais custo-efetivos, dando resposta à cobertura e efetividade dos cuidados de saúde, para a rentabilização dos recursos e crescimento da equidade. (OMS, 2008).

Em 2008, através do decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro e portaria n.º 276/2009, de 18 de março, foi decretada e implementada a reorganização dos Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), com o principal objetivo de melhorar o seu desempenho. (ACSS, 2010).

O modelo organizacional adotado por esta reforma constitui nos ACES um conjunto de unidades funcionais com autonomia administrativa e técnica entre as quais se encontram as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Esta apresenta a dupla missão de prestar serviços complementares, disponibilizando recursos para as atividades das restantes unidades funcionais do ACES e contribuir para a promoção da saúde e prevenção da doença na população da sua área geográfica, para obter ganhos em saúde sustentáveis ao longo do ciclo de vida. (CECSP, 2011).

Dentro da sua dupla missão, compete à URAP a gestão dos seus recursos de forma racional, assegurando de forma rentável os serviços de consultoria e assistenciais às restantes unidades; a colaboração na organização de ligações funcionais com os hospitais ou em parcerias com a comunidade; a participação na formação dos seus profissionais bem como a promoção de projetos de investigação em saúde. (CECSP, 2011).

A equipa integrante das URAP é de natureza mais complexa e distinta da das restantes unidades, uma vez que configura um vasto leque de competências e recursos especializados. Devido a estas caraterísticas específicas, a sua gestão e coordenação apresenta-se mais complexa e desafiante.

Por outro lado, é essa mesma diversidade disciplinar que facilita a aplicação de medidas de qualidade, garantindo uma maior cobertura geográfica e acessibilidade, tendo como base as necessidades do cidadão e do ACES. Na sua função de prestar serviços complementares disponibilizando os seus recursos às restantes unidades, conferem à URAP o título de equipa mais flexível e aberta do ACES. (ACSS, 2012).

Segundo o Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos CSP (2012c), a realidade de implementação das URAP a nível nacional é variável. Contudo, a maior parte dos ACES têm URAP constituída com coordenador. No entanto, no que se refere ao modelo de organização de uma URAP, será pertinente caraterizar essas diferentes realidades em termos organizativos, de gestão e de eficácia.

Um projeto de colaboração entre o Ministério da Saúde e a Escola Nacional de Saúde Pública (2011), para a monitorização do desenvolvimento organizacional dos CSP, aplicou um questionário aos coordenadores das URAP a nível nacional.

Deste projeto foi possível aferir que o caráter inovador das URAP, a sua grande multidisciplinariedade e as resistências originadas por alguma incompreensão da nova arquitetura organizacional dos CSP, conferem às URAP um dos maiores desafios da transformação organizacional dos CSP. Outros aspetos verificados no projeto prendem-se com a excessiva variação e heterogeneidade de recursos e de categorias profissionais organizadas nas URAP, bem como uma grande disparidade quanto aos modelos de cooperação, de complementaridade e de articulação com as restantes unidades funcionais dos ACES. (ACSS & ENSP, 2011).

Desta forma, a presente investigação parte da seguinte questão: *"Qual a situação atual do desenvolvimento organizativo e operacional das URAP?"*

No próximo capítulo, Estado da Arte, caraterizam-se os CSP e a reforma que deu origem às URAP. É feita também uma caracterização deste tipo de unidade desde a sua fundamentação teórica à sua implementação. No terceiro capítulo, será descrita toda a metodologia utilizada na presente investigação, desde a definição dos objetivos, método e técnica de recolha e tratamento dos dados. No quarto capítulo serão identificados os resultados da mesma. No quinto capítulo é feita uma discussão sobre os principais resultados obtidos, tendo em conta os objetivos traçados de forma a responder à questão de partida.

2. Estado da Arte

De forma a enquadrar o tema do presente trabalho, importa contextualizar o aparecimento das URAP, visitando alguns dos principais acontecimentos ao nível dos CSP em Portugal, em especial a reforma que deu origem a estas unidades.

2.1. Cuidados de Saúde Primários

2.1.1. Conceito e Evolução

São vários os autores e estudos que defendem que os sistemas de saúde direcionados para os CSP são os que melhor contribuem para a otimização dos serviços prestados e promoção da autonomia dos cidadãos quanto à sua saúde (Biscaia *et al*., 2008).

Sendo a primeira linha de um sistema de saúde, os CSP procuram acompanhar o processo de saúde ao longo do ciclo de vida, e por esse motivo não se restringem a episódios de doença. São orientados para a promoção da saúde e prevenção da doença, preferencialmente equitativos e acessíveis universalmente a todos os cidadãos. (Biscaia *et al*., 2008).

O tema dos CSP foi ganhando destaque ao longo da década de 70 nas Assembleias Mundiais de Saúde, fortemente influenciado pelo Dr. Halfdan Mahler, diretor-geral da OMS entre 1973 e 1988. Em 1976, aquando da 29ª Assembleia Mundial da Saúde, o Dr. Mahler, lançou o *slogan* "Saúde para Todos até ao ano 2000", este ficou definido como parte integrante dos CSP. (Cueto, M., 2004).

Promovida pela OMS em conjunto com a UNICEF em 1978, a "Declaração de Alma-Ata" define e aprofunda o conceito de CSP como "*cuidados essenciais de saúde*", os seus princípios, implicações práticas e recomendações de atuação para o seu desenvolvimento e aplicação em todo o mundo. (OMS, 1978).

Na Declaração de Alma-Ata, ficou evidenciado que os CSP "*fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e económico global da comunidade*" (OMS, 1978).

Tendo por base as caraterísticas definidas na declaração de Alma-Ata, em Portugal os CSP têm uma história de mais de 40 anos. O período entre 1945 e 1967, num contexto pós segunda Grande Guerra Mundial, ficou essencialmente marcado pelo reconhecimento do Estado das suas responsabilidades na saúde. Devido à situação sanitária insatisfatória e assistência em saúde insuficiente para as necessidades em

Portugal, foi criada a Federação de Caixas de Providência, que apesar do seu rápido crescimento, tinha na acessibilidade o seu grande problema. (Biscaia *et al*., 2008).

O Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de setembro – Lei Orgânica do Ministério da Saúde, em 1971, é considerado um marco pela criação dos "Centros de Saúde de 1ª Geração" e pela reforma que estabelece os alicerces de um Serviço Nacional de Saúde. (Biscaia *et al*., 2008). Estes centros de saúde estavam orientados para a saúde pública, ao passo que, a prestação de cuidados extra-hospitalares era realizada pelas Caixas de Providência. (Branco e Ramos, 2001).

Em 1976, com a nova Constituição, a saúde é reafirmada como um direito universal e gratuito dos cidadãos, o que colmatou na criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979, que detém a sua responsabilidade. (Biscaia *et al*., 2008). A implementação do SNS foi gradual, tendo experienciado várias alterações.

Após a criação da carreira médica de Clínica Geral, surgem em 1983 os "Centros de Saúde de 2ª Geração" ou "Centros de Saúde Integrados", resultado da convergência das diversas vertentes assistenciais extra-hospitalares. (Branco e Ramos, 2001).

Em 1990 foi aprovada a Lei de Bases da Saúde, que regula o sistema de saúde, e atribui a saúde como uma responsabilidade de cada indivíduo, das iniciativas sociais e privadas, e não só do Estado. (Biscaia *et al*., 2008).

A partir de 1995 reiniciaram-se os debates sobre o futuro dos CSP e dos centros de saúde no país. Também foram iniciados projetos e iniciativas experimentais de inovação organizativa, com o objetivo de reorganizar a prestação de cuidados. Neste sentido o projeto Alfa, em 1996, foi o impulso inicial para dar voz às ideias e iniciativas já presentes no terreno, criando novos modelos de trabalho em equipa. (Branco e Ramos, 2001).

Em simultâneo à reorganização interna dos centros de saúde, inicia-se o debate sobre a descentralização da gestão das sub-regiões de saúde. Passando a gestão para os centros de saúde, a autonomia surge associada à responsabilidade dos profissionais na realização das estratégias e no alcance dos objetivos comuns. (Branco e Ramos, 2001).

Assim, a terceira geração de centros de saúde, orientada para os utentes e para a comunidade assenta em dois pressupostos: na descentralização, aproximando o mais possível a decisão do local da ação; e na contratualização, individual e coletiva a que se associam sistemas de avaliação adequados à monitorização dos orçamentos-programa consequentes da avaliação das necessidades das populações. (DGS, 2002).

O Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril, apresentou um novo modelo para a organização dos CSP designado por "rede de cuidados de saúde primários". Uma tentativa mal

sucedida de melhorar o acesso à saúde, uma vez que não teve em conta a diversidade das dimensões dos centros de saúde, nem lhes conferiu autonomia. Tendo por isso, sido revogado em 2005.

A revogação repôs o Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio, que define o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde e que consagra a matriz com base em Unidades de Saúde Familiares (USF), embora seja insuficiente.

Davam-se assim os primeiros passos para iniciar uma reforma a este nível de cuidados de saúde com a criação do Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e da Unidade de Missão para os CSP.

2.1.2. Reforma dos CSP

Criado em 2005, o Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, assume que a reforma tem como finalidade máxima, contribuir para a contínua melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, de forma a torná-los mais acessíveis, adequados, efetivos e eficientes, respondendo às expectativas dos cidadãos e dos profissionais. (MCSP, 2006).

A primeira alteração substancial no terreno surge com a constituição das USF, as equipas multidisciplinares de constituição voluntária e auto-organizadas, que atuam em centros de saúde e respondem de forma autónoma às necessidades de saúde, especialmente através dos cuidados médicos e de enfermagem personalizados. (Biscaia & Heleno, 2017).

Em 2008, o “Relatório Mundial de Saúde: Cuidados de Saúde Primários, Agora Mais Que Nunca”, resultado da parceria da OMS com o Alto Comissariado da Saúde, veio confirmar a importância dos CSP, o que reforçou as linhas orientadoras da reforma dos CSP em Portugal, paralelas ao que se passava internacionalmente. (OMS, 2008).

Ainda em 2008, através do decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro e portaria n.º 276/2009, de 18 de março, reorganizaram-se as dimensões restantes dos CSP com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Para dar consistência e sustentabilidade às mudanças apostou-se na governação clínica conceito a ser abordado mais à frente no trabalho.

Os ACES agregam um ou mais centros de saúde e detêm autonomia administrativa. Extinguindo assim a estrutura intermédia, constituída pelas sub-regiões de saúde, e criando simultaneamente as Unidades Funcionais (UF). (GTDCSP, 2012a).

Atualmente, sob a tutela do Ministério da Saúde, o SNS contempla cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS), distribuídas pelo território nacional: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Cada uma tem como função a supervisão e controlo dos hospitais da sua região geográfica, bem como a responsabilidade centralizada da gestão direta dos CSP. (Barros e Simões, 2007).

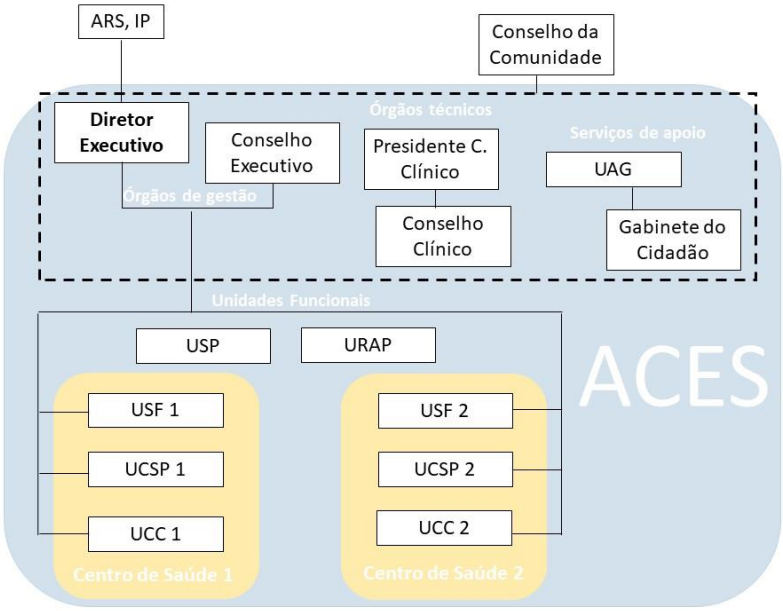
A dependência relativamente à ARS mantém-se, mas a agregação dos Centros de Saúde em ACES procurou descentralizar a gestão e permitir as tomadas de decisão mais próximas dos serviços e dos cuidados, e tornando a estrutura menos vertical e burocrática. (GTDCSP, 2012a). Na prática os ACES são apenas serviços desconcentrados das ARS, mas totalmente dependente delas.

Internamente o ACES tem como responsável máxima a Direção Executiva, que conta com a gestão técnica do Conselho Clínico, da Unidade de Apoio à Gestão (UAG), e do Gabinete do Cidadão. As funções do Diretor Executivo podem ser delegada pelo Conselho Diretivo da ARS correspondente (Ministério da Saúde, 2008).

A organização de UF, que implicam o trabalho de equipas multidisciplinares nas várias apresentam autonomia técnica e organizacional, com responsabilização e avaliação. (DGS & ENSP/UNL, 2014).

Destas UF constam a USF, já em implementadas, as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Saúde Pública (USP) e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). (Ministério da Saúde, 2008). De forma geral, cada ACES agrega várias USF, USCP e UCC, e apenas uma USP e uma URAP (Figura 1).

Figura 1 - Estrutura do ACES



(**Fonte:** Adaptado Organograma ARS LVT disponível no portal do SNS, 2016)

A equipa multiprofissional de cada unidade funcional dentro da sua autonomia garante a colaboração com as restantes UF do ACES. Todas estas unidades têm funções específicas legalmente definidas e são geridas por um coordenador (Ministério da Saúde, 2008).

Estas equipas multiprofissionais podem dividir-se em dois grupos com caraterísticas e missões específicas: as de estrutura permanente como é o caso das USF, UCSP, UCC e USP; e a URAP que representa uma equipa flexível e aberta que agrega competências complementares de apoio às restantes unidades. (GTDCSP, 2012a).

As USF detêm legislação própria apesar de integradas nos ACES. São unidades de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, que conta com uma equipa composta unicamente por médicos de medicina geral e familiar, enfermeiros e secretários clínicos. Estão organizadas em três modelos (A, B ou C) de desenvolvimento, estes determinam o grau de autonomia organizacional, estatuto jurídico, modelo de financiamento, incentivos e modelo retributivo. (Ministério da Saúde, 2008).

Com uma estrutura idêntica, as USCP prestam cuidados personalizados, garantindo simultaneamente a acessibilidade, continuidade e globalidade dos mesmos. É composta por profissionais de tipo idêntico, que não estão integrados nas USF. (Ministério da Saúde, 2008).

As UCC tem como foco de atuação a educação para a saúde, a integração em redes de apoio à família, a implementação de unidades móveis de intervenção, e a prestação de

cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário (ECCI e ECSPCP) e comunitário a pessoas ou famílias em situação de risco, dependência física ou funcional, ou doença que necessite acompanhamento. Consoante a necessidade e disponibilidade de recursos, a equipa da UCC é composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, entre outros profissionais. (Ministério da Saúde, 2008).

As USP funcionam como observatório de saúde da área geo demográfica do ACES em que se integram. Compete-lhes a elaboração de informação e planos em domínio da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos. Colabora também no exercício das funções de autoridade de saúde. Integram a equipa, médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental. Podem ainda contemplar outros profissionais considerados necessários nesta área, em regime permanente ou de colaboração temporária. (Ministério da Saúde, 2008).

Por último, e o foco do presente trabalho as URAP, que prestam serviços de consultoria e assistenciais a todas as unidades acima referidas, e organizam ainda ligações funcionais aos serviços hospitalares. A sua equipa é composta por médicos de várias especialidades com a exceção de medicina geral e familiar e saúde pública, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros técnicos de saúde não afetos totalmente às restantes unidades. (Ministério da Saúde, 2008).

A criação dos ACES e das suas UF, decorrentes da atual reforma, têm como grande objetivo conceder poder e responsabilidade, a quem no terreno acompanha as reais necessidades, para que possam dar respostas mais céleres e adequadas. O mesmo é possível através da transição progressiva do comando burocrático vertical para relações de contratualidade, orientadas para os resultados de saúde e para uma política de avaliação. (Ministério da Saúde, 2010).

Outro conceito abordado ao longo deste estudo de investigação foi a Contratualização, uma vez que segundo o Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (2012), as unidades funcionais devem guiar-se por objetivos contratualizados de processo, de resultados e de eficiência e ter o seu desempenho monitorizado e avaliado. O que em 2012 foi considerado atingido apenas por 1/3 da totalidade das unidades funcionais dos ACES.

A contratualização é centrada nas diferentes necessidades em saúde da população, e tem por base a contratação de cuidados de saúde através do contrato programa ao nível

da contratualização externa, e também, através das cartas de compromisso com as unidades funcionais ao nível da contratualização interna. (ACSS, 2012).

A contratualização externa consiste no processo negocial entre o ACES e a ARS sobre a atividade anual a desenvolver e qual a contrapartida por meta alcançada, que culmina na assinatura do contrato programa. (ACSS, 2012).

A contratualização Interna define as atividades que serão desenvolvidas pelas várias unidades funcionais dentro de determinado ACES, tendo como objetivo máximo a resposta às necessidades em saúde da população que servem, bem como as prioridades assistenciais definidas pela Direção Executiva e Conselho Clínico do ACES, envolvendo os profissionais de saúde. Partilham por isso os indicadores que constam no Contrato Programa do ACES, para além dos indicadores específicos de cada unidade funcional. (ACSS, 2012).

O processo de negociação de ambas é dinâmico e contínuo. A primeira fase consiste na contratualização interna das várias UF existentes no ACES, na segunda fase, o resultado da contratualização externa entre o ACES e a ARS poderá determinar reajustes necessários aos objetivos e atividades definidos na primeira fase. (ACSS, 2012). Sendo uma UF integrante do ACES, pressupõe-se que o processo de contratualização deva ser implementado ao nível das URAP.

Como referido anteriormente, outro dos pilares da reforma dos CSP contempla o desenvolvimento de uma Governação Clínica e de Saúde (GCS), centrada nas pessoas, orientada para os ganhos em saúde, e baseada em processos assistenciais bem definidos e avaliáveis. Esta vertente surge descrita como um sistema de pilotagem técnico-científica que abrange todos os profissionais sob orientação dos conselhos clínicos dos ACES e pelos conselhos técnicos das suas unidades. (GTDCSP, 2012a).

A Governação Clinica e de Saúde pode ser definida como "*um sistema de conhecimentos, de atitudes e de práticas de pilotagem clínica individual, de equipas e de serviços para obter resultados em termos de efetividade com equidade para as pessoas, famílias e comunidades, com o envolvimento de todos, através da melhoria contínua da qualidade dos processos assistenciais e de intervenção em saúde*.". (CECSP/Ministério da Saúde, 2011b).

Isto implica a necessidade de identificar os resultados e os seus níveis (qualitativos ou quantitativos) a alcançar, definir a forma e os meios para o fazer, executar, monitorizar, controlar e realizar uma avaliação final dos objetivos atingidos. (CECSP/Ministério da Saúde, 2011b).

Nos CSP cabe a todos os coordenadores das UF e todos os profissionais com autonomia técnica no seu desempenho, a operacionalização da GCS. (CECSP/Ministério da Saúde, 2011b). Por este motivo é expectável que as URAP também o tenham implementado, e foi por isso, um conceito também abordado neste estudo.

Considerados um dos grandes alicerces da atual evolução dos CSP, os profissionais assumem, um papel fundamental como agentes ativos, onde os recursos são por vezes escassos comparativamente a outros níveis de cuidados. (Biscaia *et al*., 2008).

Em Portugal, existem seis carreiras específicas que constituem os grupos profissionais integrantes do SNS, são elas: administradores hospitalares, técnicos superiores de saúde, médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica (TDT), pessoal dos serviços gerais, e regime geral da administração pública. (Biscaia *et al*., 2008).

Da grande variedade de valências profissionais que integram os CSP, continuam a ser os médicos e os enfermeiros, quer pela sua predominância, quer pela sua longa história de atuação a este nível de cuidados, que têm uma maior estruturação e preconização da sua intervenção. (Biscaia *et al*., 2008).

Decorrente da multiplicação de cursos universitários na área da saúde, existe uma sobreposição de competências entre várias profissões. Licenciaturas e especializações em ramos comuns, aliadas à evolução não regulada das diferentes valências poderá justificar esta situação. (Biscaia *et al*., 2008). O que no caso das URAP se revela preocupante, visto ser uma unidade composta pelas restantes valências profissionais mencionadas.

Atualmente existem em Portugal continental 55 ACES, todos têm diretores executivos, conselhos clínicos e de saúde, UAG e gabinetes do cidadão, sendo que os últimos têm desenvolvimentos e dinâmicas variáveis. No entanto, nem em todos os ACES existem conselhos da comunidade em funcionamento e participação ativa do presidente no conselho executivo, tal como a lei determina. Um dos pontos fracos da reforma centra-se na manutenção da dependência das ARS, não tendo sido por isso alcançada a autonomia de gestão dos ACES. (GTDCSP, 2012b).

Apesar da melhoria significativa ao nível da qualidade dos cuidados de saúde, persistem ainda as desigualdades no acesso ao mesmo, motivadas essencialmente pela heterogeneidade na distribuição dos recursos e nos níveis de desempenho das unidades funcionais. Também os recursos humanos são um problema quer pelo seu número insuficiente em alguns ACES tendo em conta as necessidades da sua

população específica, quer de valências profissionais, o que compromete o aproveitamento e aplicação de competências técnicas. (GTDCSP, 2012b).

Outro grande problema identificado prende-se com os sistemas de informação, que não apresentam ainda uma arquitetura de aplicações e módulos compatíveis com a diversidade das práticas profissionais, dificultando os registos clínicos, a medição e avaliação dos desempenhos, os ganhos em saúde e a correta avaliação das unidades funcionais e dos ACES. Não permitem também a comunicação entre unidades dentro do próprio ACES, ou com os serviços externos. (USF AN, 2016).

Estão disponíveis no *site* da ACSS dados referentes ao mês de novembro de 2016, relativos às unidades funcionais dos ACES atualmente em atividade: 460 USF (232 USF A e 228 USF B), 407 UCSP e 248 UCC. Nos últimos anos verifica-se que a substituição das UCSP para USF mantem-se um processo lento, da mesma forma encontra-se a abertura de novas USF e a passagem de USF de modelo A para modelo B. A contratualização com as UCSP e as USP é já existente ainda que necessite de aprimoramento, o mesmo não se verifica com as UCC e as URAP. (OPSS, 2014).

Os CSP têm sido repetidamente considerados e mencionados, tanto pelos decisores políticos como por responsáveis académicos, como a base do SNS e do próprio sistema de saúde. A reforma é, em primeiro lugar, a criação de contextos favoráveis à mudança de comportamentos que se traduz em mudanças organizacionais, centrados em valores: transparência; prestação de contas; foco nos resultados em saúde; orientação pelo processo de cuidados; e eixos estratégicos: centralidade nas pessoas; cultura de governação clínica e de saúde; modernização e qualificação organizacional e gestionária dos ACES; sistema de informação ao serviço de todos. (Ministério da Saúde, 2016a).

Apesar da evolução inquestionável dos CSP em Portugal, considera-se necessário analisar se a arquitetura delineada inicialmente para a reforma permanece adequada. Para isso, são de extrema importância os estudos sobre a relação entre os desenvolvimentos planeados, os resultados esperados e o que vai sendo alcançado relativamente ao acesso, à efetividade, à qualidade e à eficiência dos CSP, sob o ponto de vista dos utentes, e também dos serviços. (DGS & ENSP/UNL, 2014).

Neste momento, a reforma vive um período de relançamento com o objetivo de expandir e melhorar a capacidade da rede de CSP, iniciando um novo ciclo de melhoria da qualidade e da efetividade da primeira linha de resposta do SNS. (Biscaia & Heleno, 2017).

2.2. Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)

Feita uma contextualização da reforma dos CSP e da criação das URAP, importa aprofundar o conhecimento sobre esta UF.

2.2.1. Definição e Princípios

Uma das UF dos ACES, a URAP presta serviços de consultadoria e assistenciais às restantes unidades e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares. Tal como as restantes unidades funcionais, a URAP detém autonomia organizativa, funcional e técnica, tendo em conta os objetivos e as metas assumidas pela direção do ACES. (MCSP, 2008).

Rege-se pelos princípios de cooperação com as outras unidades; acessibilidade dos cidadãos; autonomia técnica; rentabilização de recursos instalados; e articulação com outras instituições fora dos ACES, nomeadamente os hospitais de referência. (MCSP, 2008).

Com a dupla missão de prestar serviços complementares às atividades das restantes unidades funcionais do ACES, e contribuir para a promoção da saúde e prevenção da doença na população da sua área geográfica de forma a obter ganhos em saúde sustentáveis ao longo do ciclo de vida, a equipa da URAP é a mais aberta e flexível de todas as unidades, e a de gestão e coordenação mais complexa. (GTDCSP, 2012c).

Ao articular com as outras unidades funcionais, a URAP contribui para uma resposta mais atempada e completa, de continuidade e proximidade da intervenção no ACES, o que se traduz na diminuição de custos, encaminhamentos hospitalares, do consumo de medicação e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), contribuindo para a sustentabilidade do SNS e melhores resultados em saúde. (GTDCSP, 2012c).

A partilha de objetivos, que se tornam comuns, torna a ação da URAP e o sucesso da sua intervenção, um resultado positivo das outras unidades com repercussões ao nível da população, uma vez que o trabalho das equipas de todas as unidades funcionais determina os resultados alcançados pelo ACES. (CECSP/Ministério da Saúde, 2011a).

Na sua carteira de serviços, destacam-se três tipos de abordagens: atividades desenvolvidas pelos seus profissionais no âmbito de projetos realizados por outras unidades, como os cuidados continuados integrados; Atividades de resposta a necessidades e solicitações expressas, através da referenciação a partir dos profissionais de outras unidades; projetos próprios, inovadores, com origem nas necessidades da população, bem como atividades transversais a todo o ACES, como

as de desenvolvimento profissional e humano das suas equipas e profissionais. (CECSP/Ministério da Saúde, 2011a).

2.2.2. Constituição e Organização

A URAP é composta por vários profissionais de valências diversas: psicólogos; assistentes sociais; nutricionistas; fisioterapeutas; técnicos de saúde oral; os técnicos das áreas de meios complementares de diagnóstico, que estejam, ou venham a ser, integrados no ACES e possivelmente médicos de especialidade. (MCSP, 2008).

A junção dos profissionais teve por base a necessidade de colocação destes profissionais que não tinham lugar noutras UF do ACES, e permite uma gestão das suas competências dentro dos ACES, garantindo uma maior cobertura geográfica e acessibilidade e facilitando a aplicação de medidas de qualidade. Desta forma todos os profissionais podem contribuir para o planeamento de soluções, de acordo com as necessidades da população e do ACES. (GTDCSP, 2012c).

De acordo com o artigo 15º do decreto-lei 28/2008 de 22 de Fevereiro, a direção do ACES determina como coordenador da URAP, o profissional com conhecimentos adequados ao exercício da função e com pelo menos cinco anos de experiência na respetiva área profissional. Compete ao coordenador: programar as atividades da unidade, elaborando o plano anual de ação; assegurar o funcionamento eficiente da unidade e o cumprimento dos objetivos programados, promovendo e incentivando a participação dos profissionais na gestão da unidade e a intercooperação com as diferentes unidades; assegurar a qualidade dos serviços prestados e a sua melhoria contínua, controlando e avaliando sistematicamente o desempenho da unidade; promover, ouvindo os profissionais da unidade, a consolidação das boas práticas na prescrição e a observância das mesmas; elaborar o regulamento interno da unidade; elaborar o relatório anual de atividades; e representar a unidade perante o diretor executivo do ACES. (Ministério da Saúde, 2008).

O coordenador da URAP assegura ainda a qualidade e a eficiência dos serviços prestados pelos seus profissionais, suportada pela monitorização das atividades realizada pelas outras unidades funcionais, onde consta informação sobre o grau de satisfação e adequabilidade da atividade desenvolvida pelos profissionais da URAP, configurando relevância à harmonização das atividades na complementaridade funcional entre as unidades e eficiência nas respostas promotoras de ganhos em saúde em cada ACES. (GTDCSP, 2012c).

As instalações tal como os equipamentos e recursos materiais devem ser adequados às funções de toda a equipa da URAP, respondendo às necessidades de cada área e competências profissionais existentes em cada ACES. De forma a garantir a máxima acessibilidade, os recursos físicos devem estar distribuídos pela área geográfica do ACES. (MCSP, 2008).

Como referido anteriormente, a implementação de novas unidades funcionais deve estar associada a um processo de contratualização com o ACES, e a URAP não é exceção. Fundamental para a atribuição de responsabilidade e exigência, a contratualização, tem como objetivo principal alcançar melhores resultados em saúde com eficiência. Assim, de acordo com as orientações do conselho clinico, a URAP contratualiza com o diretor executivo todas as atividades realizadas pelos seus profissionais e promove a articulação com as outras unidades funcionais, traduzida no manual de articulação. (GTDCSP, 2012c).

Também a monitorização e avaliação não devem ser descuradas e devem incidir sobre as áreas da disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efetividade, eficiência e satisfação. Quando necessário, de forma a nivelar a matriz nacional, podem ser contempladas especificidades e características de carácter regional. (MCSP, 2008).

2.2.3. Implementação e situação atual

Todos os processos de mudança ou de implementação de medidas inovadoras são influenciados por diversos fatores, tais como a resistência por parte dos profissionais, e a própria capacidade de concretizar as ideias, na realidade diária das organizações, e é por este motivo que o desenvolvimento organizacional requer sempre um tempo de maturação. (GTDCSP, 2012c).

Num contexto de mudança a importância da adoção de medidas facilitadoras da intervenção eficaz e do funcionamento pleno das unidades funcionais, contribui diretamente para a consolidação da reforma dos CSP. (GTDCSP, 2012c).

No entanto, no que se refere ao modelo de organização de uma URAP, será pertinente caraterizar essas diferentes realidades em termos organizativos, de gestão e de eficácia.

Segundo o Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos CSP (2012), a realidade de implementação das URAP a nível nacional é variável. Contudo, a maior parte dos ACES

têm URAP constituída com coordenador (ARS Norte =7; ARS Centro=14; ARSLVT=15; ARS Alentejo=0; ARS Algarve=3).

Em 2012, o Decreto-Lei 253/2012, de 27 de novembro, procede à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, relativo à criação, estruturação e funcionamento dos ACES do SNS, no que respeita ao critério geo demográfico da sua implantação, à designação dos diretores executivos e à composição dos conselhos clínicos e de saúde, o que resultou na fusão de alguns ACES.

Embora não esteja disponível o balanço direto das URAP existentes atualmente, após pesquisa realizada no portal do SNS e nos *sites* das cinco ARS, foi possível aferir que todos os ACES têm URAP constituída, embora nem todas apresentem informação direta disponível sobre a sua coordenação e organização (ARS Norte=16; ARS Centro=6; ARS LVT=15; ARS Alentejo=1; ARS Algarve=3).

Como referido anteriormente, o projeto de colaboração entre o Ministério da Saúde e a Escola Nacional de Saúde Pública, para a monitorização do desenvolvimento organizacional dos CSP, aplicou um questionário aos coordenadores das URAP a nível nacional.

Deste projeto foi possível aferir que o caráter inovador das URAP, a sua grande multidisciplinariedade e as resistências originadas por alguma incompreensão da nova arquitetura organizacional dos CSP, conferem às URAP um dos maiores desafios da transformação organizacional dos CSP. (ENSP & ACSS, 2011).

Outros aspetos verificados no projeto prendem-se com a excessiva variação e heterogeneidade de recursos e de categorias profissionais organizadas nas URAP, bem como uma grande disparidade quanto aos modelos de cooperação, de complementaridade e de articulação com as restantes unidades funcionais dos ACES. (ENSP & ACSS, 2011).

De forma geral, continua a existir uma certa barreira à integração de outros profissionais ao nível dos CSP, o que não só é negativo para a adequação de cuidados, custos e obtenção de resultados em saúde, como parece ser um dos principais fatores limitadores para as URAP, que têm potencialidades muito além do designado “banco de profissionais” disponíveis para as restantes unidades funcionais dos ACES. (OPSS, 2012).

A evidente falta de documentação orientadora produzida para as URAP, também justifica a disparidade identificada, no entanto, é possível encontrar no *site* da ARS Norte modelos para a realização da Carta de Compromisso, Regulamento Interno, Manual de Articulação, e Plano de Ação.

Também foi produzido um Relatório de Atividades para o biénio 2013-2014, pelo Grupo de Trabalho da URAP da ARS Norte, onde foi realizada uma análise *SWOT*. Desta análise foi possível destacar como pontos fortes a própria constituição do grupo de trabalho que contribuiu para a formalização da URAP em todos os ACES da região e a nível nacional, uma vez que os documentos organizativos foram disseminados a este nível.

Como pontos fracos salientam-se a ausência de regulamentação específica para esta unidade funcional, que associada à ausência de indicadores que possam ser monitorizados, e a sistemas de informação ainda em desenvolvimento e em diferentes fases de maturação consoante a especialidade, não permitem uma leitura e quantificação de dados eficaz.

Em 2012, o Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos CSP, elaboraram um documento com sugestões para a harmonização da organização e funcionamento da URAP, onde foram destacadas as seguintes necessidades de desenvolvimento:

• Um sistema de informação aberto e comunicável, que se traduza numa mais-valia na prestação de cuidados em saúde centrados no cidadão, através da possibilidade de partilha entre os diversos profissionais da URAP;

• Constituição de canais de comunicação e divulgação, interna e externa, dos serviços, de forma promover a acessibilidade;

• Compromisso e contratualização das atividades desenvolvidas pela URAP, de forma a motivar e envolver os profissionais nas equipas;

• Apostar na avaliação das atividades com objetivos e indicadores simples e claros, que permitam uma monotorização contínua;

• Reforço do número de profissionais das novas profissões da saúde nos CSP, tendo em atenção a sua distribuição equitativa a nível nacional;

• Definição das prioridades por parte dos ACES, para que a URAP consiga focalizar as suas intervenções evitando o desperdício de recursos. (GTDCSP, 2012c).

Como referido anteriormente, a URAP não apresenta o processo de contratualização implementado, em grande parte devido à inexistência de definição de indicadores de custo-efetividade para as URAP inviabiliza a respetiva monitorização de resultados e de atuação. (GTDCSP, 2012c).

A Coordenação Nacional para os CSP da Reforma do SNS (2016b), no seu plano estratégico e operacional, tem como medida a modernização e qualificação organizacional e gestionária dos ACES. Neste ponto, sobre as URAP especificamente,

é considerada necessária a revisão da legislação das URAP, tornando-a mais simples e coerente.

Segundo o mesmo documento, será necessário identificar os saberes e competências próprias que se encontram em falta nos ACES, e que sejam fundamentais para a integração em rede na resposta às atuais necessidades em saúde da população que servem, de forma efetiva e eficiente. (Ministério da Saúde, 2016b).

De forma a promover a cobertura universal da população por cuidados de saúde prestados pelos profissionais da URAP, será necessário rever os rácios em função das necessidades em saúde e da dispersão geográfica- fisioterapia, psicologia, nutrição, serviço social, higiene oral, entre outros. (Ministério da Saúde, 2016b).

Também consideram prioritário o desenvolvimento de um sistema de informação facilitador e integrador dos registos de todos os profissionais que integram o ACES, e a produção de documentos orientadores. (Ministério da Saúde, 2016b).

É evidente a falta de literatura produzida sobre as URAP desde a sua criação e implementação. O que significa que pode não ser esta a realidade atual ao nível da organização e gestão das URAP.

A monitorização da reforma dos CSP não tem ainda incidido sobre estas unidades, estando maioritariamente focada nas USF e mais recentemente nas UCC. Este fator justifica a realização de estudos que possam contribuir de alguma forma para a produção de informação sobre as mesmas.

Materiais e Métodos

3.1. Pergunta de Investigação e Objetivos

A problemática subjacente à realização do presente trabalho de investigação prende-se com a constatação de que as URAP mantêm, desde a sua criação, um padrão incipiente de implementação, organização e gestão.

A evidência consultada sobre a temática (ENSP & ACSS, 2011; OPSS, 2012; GTDCSP, 2012c; Ministério da Saúde, 2016b) permite levantar a hipótese de que, a realidade de constituição e modelo de atuação da URAP a nível nacional é bastante heterogéneo e díspar, face às diferenças expectáveis e necessidades da população.

Desta forma, a presente investigação parte da seguinte questão: *"Qual a situação atual do desenvolvimento organizativo e operacional das URAP?"*

Este estudo tem como objetivo geral recolher, analisar e discutir dados relativos ao estado e à realidade das URAP quanto à organização, gestão e impacto da sua intervenção.

Como objetivos específicos, foram definidos os seguintes:

- Caraterizar 12 URAP (3 ARS Norte; 3 ARS Centro; 3 ARS LVT; 1 ARS Alentejo e 2 ARS Algarve) quanto à sua organização estrutural e operacional;
- Auscultar a perceção das realidades das URAP por região de saúde;
- Aferir a existência de diferenças entre os modelos de gestão e grau de articulação (interna e externa) das várias URAP.

3.2. Desenho Metodológico

Após a realização de entrevistas exploratórias a dois *experts*, um na área dos CSP e o segundo mais especificamente da URAP, optou-se por uma abordagem qualitativa, cada vez mais utilizada na investigação na área dos serviços e políticas de saúde.

Os cuidados de saúde são prestados num amplo espectro de contextos, profissionais, e organizações, em constante mudança, o que surge associado à necessidade de medir a sua qualidade, medição essa que é beneficiada claramente pela crescente utilização dos métodos de pesquisa qualitativa.

O método pode ser definido como o plano geral, o procedimento sistemático, quando aplicado à investigação representa a estratégia utilizada para abordar o problema que se pretende estudar. O método de pesquisa intensiva através do estudo de caso, é comumente utilizado quando se pretende analisar um fenómeno em profundidade, conhecer e descrever representações e perceções sobre conceitos ou contextos e prima pela análise de determinada situação, fenómeno ou grupo no seu contexto real. (Coutinho, C., 2014).

Quando se pretende responder a questões "como" e "por que" determinado fenómeno acontece, muitos investigadores recorrem ao método do estudo de caso, sobretudo quando há pouco controlo sobre os eventos estudados atuais que só poderão ser analisados dentro de algum contexto de vida real. (Meirinhos & Osório, 2010).

Uma vez que a finalidade do estudo de caso é uma ampla compreensão, não existem restrições que limitem o investigador quanto ao número de facetas a explorar. Quanto maior a multiplicidade de aspetos a abordar, maior o grau de informação obtido e consequentemente melhor a compreensão do caso, dando atenção às especificidades de cada um. (Meirinhos & Osório, 2010).

Também se apresenta como um método válido para o investigador que tenta iniciar-se na compreensão de um fenómeno, como método exploratório num campo onde não haja investigação prévia capaz de fornecer orientação inicial. Permite levantar hipóteses que podem mais tarde ser validadas por outros métodos. (Coutinho, C., 2014).

Mas tal como todos os métodos, apresenta algumas desvantagens nomeadamente, a falta de rigor que lhe pode estar associada uma vez que depende muito da intervenção e interpretação do investigador. Este fator pode levar a um falso sentimento de certeza e a conclusões precipitadas. Por outro lado, um estudo de caso, mesmo que de um pequeno número de casos, não permite a generalização dos resultados e o volume produzido pode ser facilmente confundido com representatividade. (Coutinho, C., 2014).

Ainda assim, são vários os autores que sustentam a validação da generalização dos métodos qualitativos através de algumas estratégias. Em destaque a generalização conceptual ou analítica, permite que os métodos qualitativos generalizem sobre as características conceptuais sem generalizar em termos numéricos. (Serapioni, 2009).

Outra estratégia baseia a validade externa de uma investigação qualitativa, nos recursos do sentido comum que refletem as chaves predominantes entre a população em estudo. Esta estratégia pode ser conseguida através da análise da linguagem, por exemplo durante a realização de entrevistas, identificar as semelhanças no discurso permite presumir a generalização dos resultados encontrados. (Serapioni, 2009).

Uma vez selecionado o método, foi necessário definir qual a técnica de investigação a utilizar. Uma abordagem qualitativa pode utilizar diversas técnicas tais como: observação participante; observação não participante; abordagem etnográfica ou histórias de vida.

Optou-se pela técnica de observação não participante através da realização de entrevistas semiestruturadas. Na observação não participante, o investigador mantém uma posição externa relativamente ao grupo em análise, apesar de fazer a observação de forma direta. As entrevistas semiestruturadas permitem a sua formalização através de um guião com perguntas pré-determinadas de acordo com uma ordem e lógica. As perguntas que compõem o guião podem ser de cariz aberto ou fechado o que possibilita um grau de padronização, facilitando posteriormente o tratamento dos dados recolhidos com as mesmas. (Resende, R., 2016)

De acordo com os objetivos estabelecidos para o presente estudo, as entrevistas são particularmente adequadas para obter opiniões que podem revelar problemas críticos escondidos; impressões gerais sobre a situação atual o que se manifesta útil para compreender a cultura de uma organização; identificar objetivos, procedimentos ou processos informais. (Resende, R., 2016).

Para além disso, as entrevistas permitem também uma grande flexibilidade, na medida em que o contacto direto permite que o investigador, no decorrer da entrevista, vá alterando e explicando melhor as perguntas de acordo com os objetivos que pretende atingir e, por sua vez, que o entrevistado vá respondendo de uma forma mais clara às mesmas.

No entanto como desvantagem apontada, tem a impossibilidade de fazer generalizações se não se utilizar esta técnica juntamente com outras. Embora permitam obter informações em profundidade, não permitem obter informações em extensão, dado ser difícil efetuar e analisar um elevado número de entrevistas. Desta forma, as

entrevistas são aconselháveis, sobretudo, aos estudos intensivos de pequena dimensão. (Oliveira, J., 2000).

Por este motivo foram tidas em conta as estratégias mencionadas na literatura para garantir a possibilidade de generalização dos dados obtidos com esta investigação, e a própria dimensão da amostra selecionada.

O tratamento dos dados recolhidos com as entrevistas é uma das tarefas mais difíceis na investigação qualitativa. Por este motivo foi necessária a transcrição integral de todas as entrevistas realizadas e recorrer à técnica de análise de conteúdo das mesmas, com a categorização e codificação de dados para possibilitar a passagem aos processos de descrição e interpretação.

Segundo Bardin (2011) a análise de conteúdo pode ser definida como um instrumento que contempla um conjunto de ferramentas para proceder à análise das comunicações segundo objetivos de descrição da mensagem, procedimentos sistemáticos, indicadores qualitativos ou não que permitem a inferência de conhecimentos.

De forma a tratar todo o material para realizar a análise de conteúdo foi necessário codificá-lo. A codificação é a transformação dos dados contemplados no texto resultante da transcrição das entrevistas, que por agregação, enumeração ou recorte permitem a elaboração de unidades de análise.

A codificação foi organizada tendo em conta a unidade de registo (palavra) e a unidade de contexto (a frase, ou parágrafo) que visa a categorização e contagem da sua frequência.

Também foi tida em conta a regra de enumeração, ou seja como foram contadas todas as unidades. Na análise de conteúdo foram estabelecidas as seguintes regras de enumeração:

- Frequência: determina que a importância de uma determinada unidade de análise com o mesmo peso, aumenta consoante a frequência com que surge.
- Frequência ponderada: atribuição de grau de importância (peso) a cada unidade de análise.
- A coocorrência: análise de concordância que permite contabilizar a presença de várias unidades de registo, numa unidade de contexto, possibilitando a sua associação.

3.3. Amostra do estudo

Tendo em conta os objetivos estabelecidos para o estudo e a metodologia a utilizar, selecionou-se uma amostra intencional de 12 (doze) coordenadores da URAP em Portugal continental. Tendo em conta as regiões de saúde a amostra divide-se em 3 (três) coordenadores da região Norte, 3 (três) da região Centro, 3 (três) da região de Lisboa e Vale do Tejo, 1 (um) da região do Alentejo, e 2 (dois) da região do Algarve.

O critério da seleção teve em consideração por um lado o contexto populacional e habitacional da cobertura dos diversos ACES por região de saúde, de forma a auscultar os diversos contextos dentro de uma mesma região do país. Por outro, os critérios intencionais baseados no reconhecimento dos coordenadores entre os pares, considerados como profissionais interessados nas questões de organização e gestão da unidade.

Tabela 1 - Nº de URAP e População Coberta por Região de Saúde

Região de Saúde	*População Coberta*	*Nº Total de URAP por ACES*
Norte	3.584.575	16
Centro	2.243.934	6
LVT	2.821.349	15
Alentejo	718.087	1
Algarve	441.469	3

(**Fonte:** INE, junho de 2017)

No caso da região do Alentejo existe apenas uma URAP constituída e por esse motivo é a única em análise. Já no caso da região do Algarve, onde existem atualmente 3 (três) URAP constituídas com coordenador optou-se pela amostra de 2 (duas) de forma a seguir o mesmo critério das restantes regiões.

3.4. Recolha de Dados e Instrumentos

Inicialmente foram solicitadas as autorizações às Comissões de Ética para a Saúde das 5 (cinco) ARS: Norte, Centro, LVT, Alentejo e Algarve. Este processo demonstrou-se bastante demorado uma vez que as diferentes Comissões de Ética para a Saúde têm modelos de submissão de pedidos de autorização para realizar estudos de investigação diferentes, e tempos de apreciação diferentes.

Após aprovação por parte de todas as Comissões de Ética para a Saúde (Anexo A, B, C, D e E) foram enviados os pedidos de autorização aos 12 (doze) Diretores Executivos dos ACES das unidades selecionadas para amostra do estudo (Apêndice A), e posteriormente aos coordenadores das URAP diretamente.

As entrevistas foram agendadas diretamente com os coordenadores, realizadas pessoalmente nas diferentes unidades de saúde, e com recurso a gravação de voz. Os termos de consentimento informado (Apêndice B) e o pedido de autorização para gravação (Apêndice C), foram assinados presencialmente no dia da entrevista.

Durante o período entre Setembro de 2016 e Junho de 2017, foram sendo realizadas as entrevistas, à medida que as autorizações por parte dos diretores executivos foram surgindo, e os respetivos coordenadores manifestaram disponibilidade para o agendamento das mesmas.

Como instrumento de recolha de dados, foi realizado um guião de entrevista (Apêndice D) com uma estrutura em diamante, na qual vão sendo alternadas perguntas, de resposta fechada e de resposta aberta, de forma a manter o interesse do entrevistado e apresentar algum equilíbrio da informação a obter. (Oliveira, J., 2000).

As perguntas de resposta aberta proporcionam uma grande riqueza de detalhes e facilitam a resposta ao entrevistado, no entanto podem obter demasiados detalhes irrelevantes. Por sua vez as perguntas de resposta fechada facilitam a comparação entre entrevistas e a obtenção de dados relevantes, mas também podem levar à perda de ideias importantes.

O guião está dividido em 8 (oito) temáticas com um total de 20 (vinte) perguntas, baseadas na literatura consultada sobre as URAP e o questionário realizado pelo projeto de colaboração entre o Ministério da Saúde e a Escola Nacional de Saúde Pública, para a monitorização do desenvolvimento organizacional dos CSP em 2011:

- A – Caracterização da URAP: 5 perguntas;
- B – Resposta às necessidades da população: 2 perguntas;
- C – Contratualização: 1 pergunta;
- D – Articulação: 5 perguntas;
- E – Governação Clínica e de Saúde: 1 pergunta;
- F – Sistemas de Informação e Comunicação: 3 perguntas;
- G – Indicadores de Avaliação: 2 perguntas;
- H – Desenvolvimentos Futuros: 1 pergunta.

3.5. Tratamento dos dados

Após a realização de todas as entrevistas, procedeu-se à transcrição integral das mesmas com base no registo fidedigno das declarações dos coordenadores, realizado à medida que se ouvia o registo áudio.

Procurou-se respeitar as características próprias do registo oral, dentro dos limites possíveis, durante a passagem das entrevistas para a escrita. Ainda assim, foram retificados certos aspetos próprios da oralidade como as repetições de palavras, hesitações, incorreções de género e/ou número e foram omissas redundâncias.

Ao longo da realização das entrevistas, algumas perguntas tiveram de ser reformuladas, ou foi necessária alguma explicação adicional, que ficou evidenciado ao longo do texto e destacado a negrito e itálico. Algumas entrevistas foram alvo de interrupções externas no local que não foram transcritas, mas que estão mencionadas no texto marcadas a negrito.

De forma a explicar determinadas situações recorreu-se ao seguinte símbolo e sinais de pontuação:

- ✓ Marca convencionada quando uma questão foi dada de forma espontânea numa pergunta anterior;

… Pausa ou compasso de espera durante o discurso.

De forma a facilitar o processo de análise dos dados, e garantir o anonimato de cada coordenador, cada entrevista foi numerada de 1 a 12 por data de realização e posteriormente organizada por região de saúde.

Por este motivo a transcrição integral das entrevistas não se encontra disponível em anexo do presente trabalho, uma vez que permite a identificação dos intervenientes e as unidades onde exercem funções.

Ainda relativamente aos coordenadores foi realizada uma análise descritiva do perfil dos entrevistados, na perspetiva de duas variáveis: tempo na função enquanto coordenador e formação profissional.

Finda esta tarefa, iniciou-se a análise de conteúdo das entrevistas com recurso ao *software* MAXQDA 12, que permite a análise de dados qualitativos e métodos mistos de investigação.

Procedeu-se à codificação de cada resposta, onde o *software* se manifestou como uma grande mais-valia uma vez que facilita todo o processo, e permite uma análise global com recurso a meios visuais desde tabelas a gráficos, diminuindo em certa parte o fator erro humano que poderá ocorrer neste tipo de análise.

As categorias de análise foram definidas consoante a temática e número da pergunta, dessa forma a primeira pergunta da temática A, denomina-se por categoria A1 e assim sucessivamente. De forma a facilitar a análise as perguntas foram atribuídas expressões simplificadas que permitissem identificar a informação que cada uma pretende obter. (Tabela 2).

Previamente à realização da análise de conteúdo foi construída uma matriz de codificação para cada categoria, baseada nos apontamentos efetuados aquando da entrevista e ao longo da transcrição das mesmas. Os códigos definidos para cada categoria dependem do objetivo definido para cada pergunta e da sua formulação que determinam se a resposta é fechada ou aberta. (Tabela 3).

Após aplicação dos procedimentos descritos foi possível efetivar a análise de conteúdo das 12 entrevistas aos coordenadores das URAP em estudo, cujos resultados se encontram descritos no próximo capítulo.

Tabela 2 - Categorias de Análise

A	A1	Nível geral organização	**E**	E1	Governação Clínica e de Saúde
	A2	Áreas Profissionais	**F**	F1	Sistemas de informação existentes
	A3	Recursos Humanos		F2	Comunicação áreas disciplinares
	A4	Recursos Materiais		F3	Registos clínicos
	A5	Aspetos positivos/negativos	**G**	G1	Práticas de avaliação
B	B1	Resposta às necessidades		G2	Indicadores de desempenho
	B2	Vertentes de atuação em destaque	**H**	H1	Desenvolvimentos futuros
C	C1	Contratualização			
D	D1	Articulação com as UF			
	D2	Manual/Protocolo articulação			
	D3	Atuação dispositivos locais			
	D4	Interligação serviços externos			
	D5	Principais dificuldades			

(**Fonte**: Autor)

Tabela 3 - Matriz de Codificação

Categorias	Códigos	Subcódigos	Categorias	Códigos	Subcódigos	Categorias	Códigos	Subcódigos	Categorias	Códigos	Subcódigos
	Mau			Sim			Sim			Sim	Restrições
A1	Razoável		**B1**	Razoavelmente		**D2**	Não		**F1**	Não	
	Bom			Não			Bom			Reuniões	
A2	Áreas profissionais identificadas			Vertente assistencial		**D3**	Razoável		**F2**	Email/Telefone	
	Suficientes	Sim		Promoção da saúde			Mau			Pessoalmente	
A3		Não	**B2**	Prevenção da doença		**D4**	Sim		**F3**	Individualizada	
	Valências em falta	Listagem		Equilibrado			Não			Global	
	Sim			Sim			Dificuldades	Agrupadas semelhança		Sim	
A4	Razoavelmente	Podiam ser melhores	**C**	Não		**D5**	S/Dificuldades		**G1**	Não	
	Não	Motivos		Apoio unidades	Formas		Sim			Tem	Quais
A5	Positivos	Agrupados semelhança	**D1**	Referenciação	Formas	**E**	Não		**G2**	Não tem	
	Negativos	Agrupados semelhança							**H**	Agrupados semelhança	

(**Fonte**: Autor)

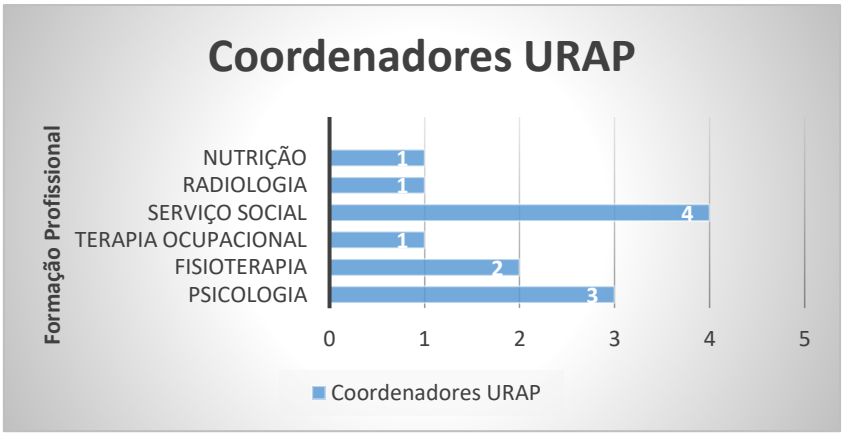
4. Resultados

4.1. Análise Descritiva: perfil dos entrevistados

Antes de serem iniciadas as entrevistas, foram obtidos os seguintes dados relativos aos coordenadores: a sua formação profissional e tempo na função de coordenador.

Da amostra total, a área profissional de serviço social foi a mais representada através de 4 dos 12 coordenadores, seguida pela psicologia com 3 coordenadores, e logo depois a fisioterapia com 2 coordenadores. Foram ainda identificadas as áreas da nutrição, técnico de radiologia e terapia ocupacional, com 1 coordenador cada.

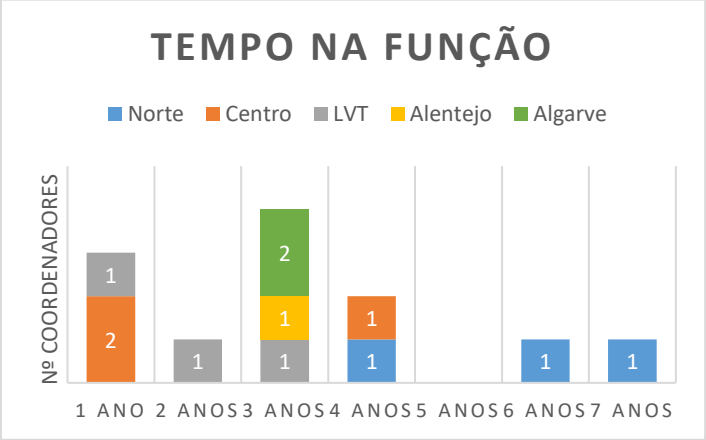
Gráfico 1 - Formação Profissional Coordenadores URAP



(**Fonte**: Autor)

Relativamente ao tempo na função de coordenação da URAP foi identificado um intervalo entre de 1 ano a 7 anos. O período de 3 anos na função foi o mais identificado pelos 12 coordenadores. Nesta variável é possível analisar que em média, os coordenadores há mais tempo a desempenhar funções são da região Norte. Enquanto os coordenadores da região Centro e LVT se encontram há menos tempo na função com uma média de 2 anos. Na região do Alentejo e Algarve a média de tempo na função de coordenação é de 3 anos.

Gráfico 2 - Tempo na Função Coordenadores da URAP



(**Fonte**: Autor)

4.2. Análise de conteúdo

Como referido anteriormente foi realizada uma análise de conteúdo das 12 entrevistas, tendo como base a matriz de codificação construída, e regras de enumeração estabelecidas para cada pergunta.

Os resultados vão ser revelados por temática com as várias perguntas que a constituem em análise. Todas as grelhas de análise por pergunta encontram-se no Apêndice E.

4.2.1. A – Caraterização das URAP

- **A1 – Nível geral de organização:**

A primeira pergunta pretende averiguar como é que os coordenadores classificam o nível geral de organização da URAP relativamente à existência dos documentos como o regulamento interno, plano de ação etc.

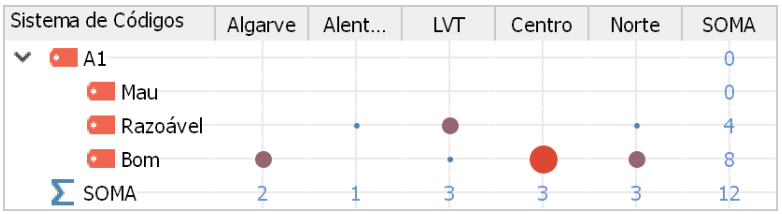
O código “Mau” foi atribuído para a não existência da documentação referida; o código “Razoável” para todas as respostas que referem ter pelo menos uma desta documentação produzida mas com alguma contingência; e o código “Bom” todas aquelas que assumem esta documentação como produzida e em implementação.

O código “Razoável” apresenta diferentes pesos de relevância numerados entre 2 (existência de pelo menos 1 documento) e 1 (contingências identificadas), o que permite a realização da análise por relevância da informação codificada. As contingências identificadas através do peso 1 são as seguintes: ainda está para aprovação/homologação pela direção executiva (E2; E4 e E9); o regulamento interno

não foi revisitado ou atualizado (E1); falta de concordância dentro da unidade (E2); e dificuldades na elaboração dos documentos (E4).

Aplicando a análise de apenas uma frequência de código selecionado por entrevista, agrupada por região de saúde obtemos o seguinte quadro:

Quadro 1 - Nível Geral de Organização da URAP



(**Fonte**: MAXQDA 12)

Neste quadro podemos analisar que nenhum entrevistado apresentou critérios a incluir no código “Mau”, o que significa que nenhuma das URAP em estudo, não tem a documentação (regulamento interno, plano de ação, plano de atividades) produzida.

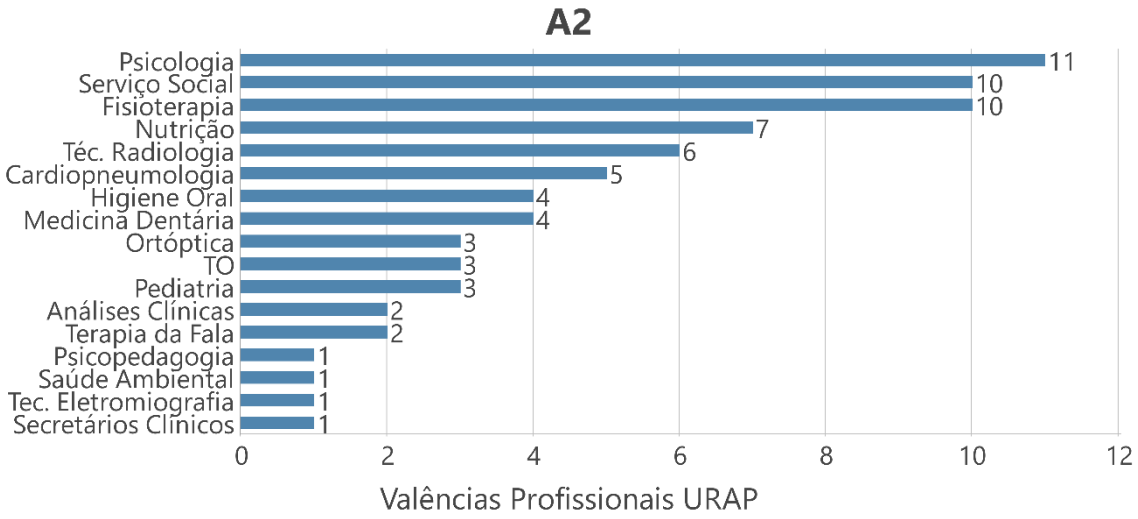
Podemos verificar que 8 dos 12 coordenadores das URAP em estudo considera que o nível geral de organização é “Bom” o que significa que tem a documentação elaborada e em implementação.

Relativamente à região de saúde, as regiões do Centro e do Algarve consideram que o seu nível geral de organização é “Bom” enquanto a região do Alentejo classificou como “Razoável”. Na região Norte, 2 dos 3 coordenadores consideram que o nível de organização é “Bom”, ao passo que na região LVT 2 dos 3 coordenadores classificam como “Razoável”.

- **A2 – Áreas profissionais:**

Na segunda pergunta, solicitou-se a identificação das valências profissionais presentes em cada unidade. Foram criados os códigos por valência mencionada, e avaliada a sua frequência por unidade.

Gráfico 3 - Valências Profissionais URAP

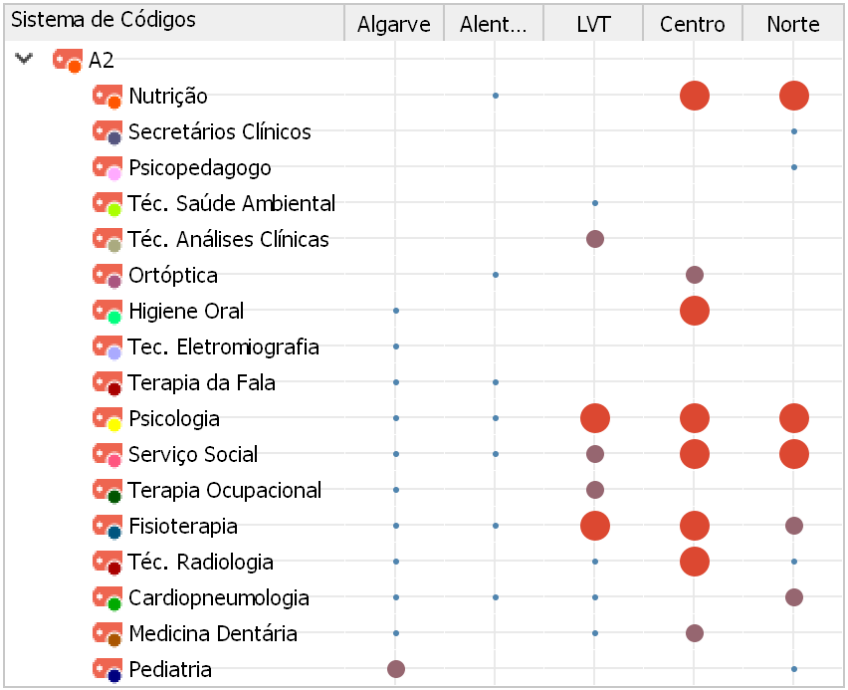


(**Fonte**: extraído MAXQDA 12)

As valências profissionais mais representadas nas URAP em estudo são a área da Psicologia mencionada em 11 das 12 entrevistas, logo seguida pela área do Serviço Social e da Fisioterapia referida por 10 dos 12 coordenadores.

Menos representadas, com apenas 1 cada encontram-se a área da Psicopedagogia, dos Técnicos de Saúde Ambiental e de Eletromiografia, e dos Secretários Clínicos.

Quadro 2 - Valências Profissionais URAP por Região de Saúde



(**Fonte**: extraído MAXQDA 12)

Por região de saúde a região do Algarve é a que mostra maior variedade de valências profissionais com o total de 11, ao passo que a região do Alentejo é a que refere menos variedade com apenas 7.

Em termos de homogeneidade, com 6 valências profissionais presentes nas 3 unidades em estudo, encontra-se a região Centro. Enquanto a região do Algarve apresenta-se como a região com maior heterogeneidade, apesar de maior variedade, apenas 1 área (Pediatria) foi identificada nas 2 unidades em estudo.

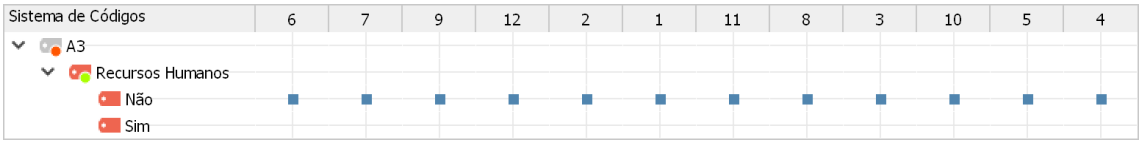
Ainda decorrente desta pergunta foi possível identificar outro código referente à mobilidade ou cedência de profissionais, entre ACES ou com entidades externas, o que indica que nem todos os profissionais enumerados pelos coordenadores pertencem ou exercem funções nas URAP (E1; E2 e E11). Por outro lado duas unidades "ganharam" profissionais através da mobilidade ou cedência dos mesmos (E4 e E9).

Estes dados são representativos da grande variedade de áreas profissionais que podem estar inseridas na URAP, o que não significa necessariamente que os recursos humanos sejam os suficientes.

- **A3 – Recursos Humanos:**

O intuito da terceira pergunta foi perceber se os coordenadores das URAP em estudo consideram que os recursos humanos são os suficientes tanto em termos de quantidade como de valência.

Quadro 3 – Recursos Humanos na URAP

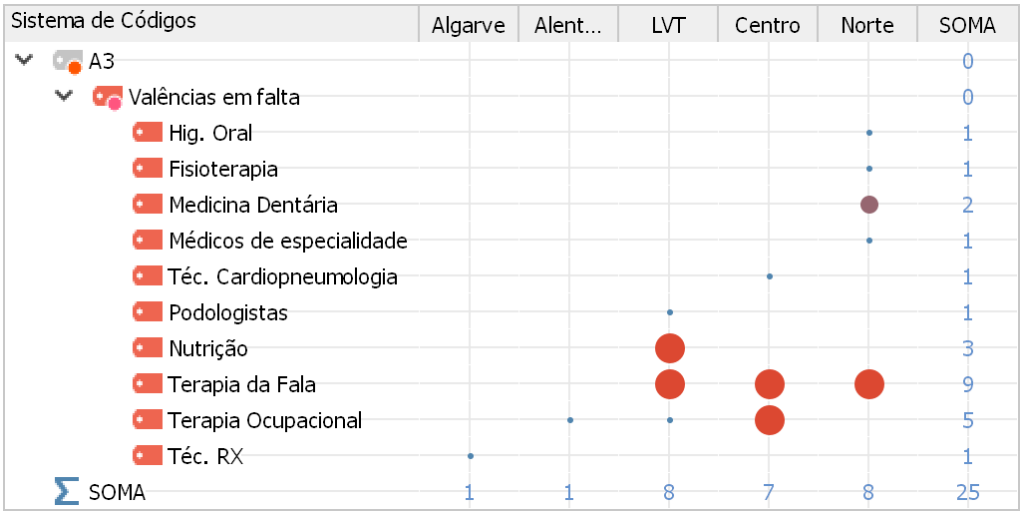


(**Fonte**: extraído MAXQDA 12)

Como é possível verificar através do gráfico a resposta foi unânime e todos os coordenadores consideram que os recursos humanos existentes não são suficientes.

Quanto às valências em falta, foram listadas e contabilizadas todas as áreas profissionais identificadas pelos coordenadores.

Quadro 4 - Valências em Falta URAP



(**Fonte**: extraído MAXQDA 12)

A área da Terapia da Fala foi a mais vezes identificada pelos coordenadores, no entanto na região do Algarve e Alentejo não surge porque é uma valência existente nas duas regiões. A Terapia Ocupacional foi considerada por 5 dos 12 coordenadores das URAP em estudo, como uma valência em falta, especialmente na região Centro, onde foi identificada pelas 3 unidades em estudo. A área da Nutrição foi mencionada somente pela região de LVT.

- **A4 – Recursos Materiais:**

A quarta pergunta refere-se aos recursos materiais e equipamentos, e se os mesmos se encontram adequados às necessidades das URAP. As respostas foram distribuídas por 3 categorias: “Sim” todas as respostas que consideram que são adequados; “Razoavelmente” todas as respostas que consideram que poderiam ser melhores; e “Não” todas as respostas que consideram que não se encontram adequados às necessidades e os seus motivos.

Quadro 5 - Recursos Materiais URAP

(**Fonte**: extraído MAXQDA 12)

No quadro podemos identificar que a maioria dos coordenadores das URAP em estudo sente que os recursos materiais e equipamentos não se encontram adequados às necessidades existentes.

A região Centro é que mais problemas identificou nesta matéria, nomeadamente todos os coordenadores referiram que os recursos materiais e equipamentos não estão adequados às necessidades de todas as áreas profissionais presentes na URAP, estando só em algumas.

Outros dos fatores mais identificados têm que ver com as condições dos espaços para o desempenho das suas funções e a insuficiência dos recursos materiais e equipamentos.

Foram ainda mencionadas dificuldades relativas à falta de viatura ou motorista para realizar as visitas domiciliárias. Ou ainda que existem materiais e equipamentos inoperacionais e à espera de serem reparados, o que impossibilita a atuação dos profissionais dessa área:

E11	*"(…)há muitos problemas com os equipamentos de radiologia, e se os equipamentos não estão a funcionar os técnicos também não têm o que fazer."*

Apenas dois coordenadores consideraram que poderiam ser melhores da região do Algarve e Norte, e três coordenadores julgam que são adequados às necessidades, da região do Alentejo, LVT e Norte.

- **A5 – Aspetos positivos/negativos:**

A última pergunta desta temática, pretendeu que todos os coordenadores identificassem os aspetos positivos e negativos que caraterizam as suas unidades.

Todas as respostas foram codificadas e agrupadas por semelhança, tendo sido obtido o seguinte quadro:

Quadro 6 - Aspetos Positivos e Negativos que caraterizam as URAP

(**Fonte**: extraído MAXQDA 12)

Dos pontos negativos destacam-se a falta de recursos humanos e a dispersão do ACES e consequente dispersão da equipa da URAP mencionadas por 4 dos 12 coordenadores. A falta de regulamentação das URAP também foi um aspeto destacado por 3 coordenadores.

Quanto aos aspetos positivos, destacado por 5 dos 12 coordenadores, foi o reconhecimento da importância e mais-valia da existência da URAP e dos seus profissionais na atuação das restantes unidades funcionais, evidente pela crescente solicitação e referenciação.

O profissionalismo e empenho dos profissionais e o facto de a URAP ser constituída por uma equipa multidisciplinar também foram aspetos salientados por 4 coordenadores.

Assim podemos concluir que a maioria dos coordenadores considera que a unidade tem um bom nível geral de organização, que os recursos humanos não são suficientes e os recursos materiais e equipamentos não são adequados às necessidades da URAP.

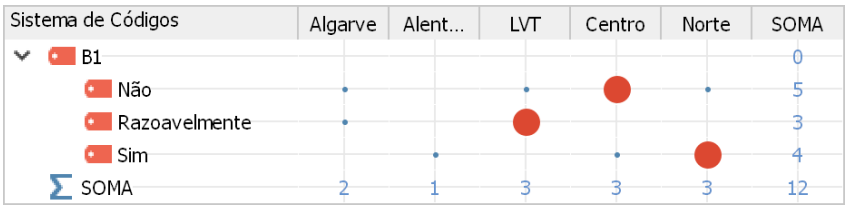
Em termos de áreas profissionais existentes, a variedade é sinónimo de heterogeneidade, uma vez que cada URAP dentro de uma mesma região de saúde tem áreas profissionais diferentes.

4.2.2. B – Resposta à necessidade da população

- **B1 – Resposta às necessidades**

A primeira pergunta desta temática teve como objetivo aferir se a URAP consegue dar resposta às necessidades da população que cada unidade serve.

Quadro 7 - Resposta às necessidades de saúde da população das URAP



(**Fonte**: extraído MAXQDA 12)

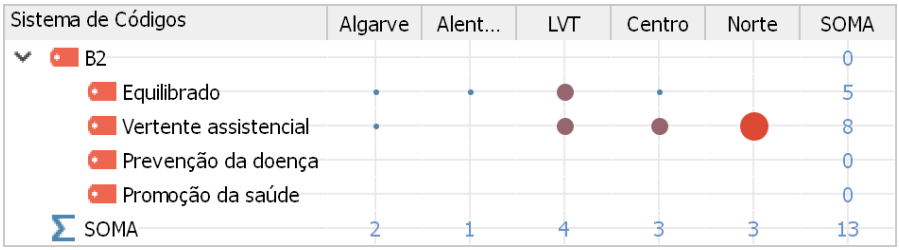
Apesar de mais divididas, a maioria das respostas foram negativas e 5 dos 12 coordenadores consideram que não têm respondido às necessidades da população. Codificadas como "Razoavelmente", foram consideradas as respostas ambivalentes ou que referem algum constrangimento ou limitação na resposta às necessidades.

E7	*"Em termos de qualidade sim, e modéstia à parte em termos de qualidade sim. Em termos de quantidade não, porque temos dificuldades pela falta de profissionais e o espaço muitas vezes não nos permite."*
E12	*"Em alturas sim noutras alturas as necessidades de saúde, ou as respostas necessárias ficam um bocadinho condicionadas, porque para além de termos o grupo constituído, temos sempre (como em qualquer outra área) situações imprevistas de baixas, as licenças de maternidade (…)"*
E1	*"Por um lado acho que sim, que respondemos às necessidades quer das populações quer das unidades. Por outro eu acho que não (risos), eu acho que estamos longe de atingir essas necessidades."*

- **B2 – Vertentes de atuação em destaque**

Como descrito na literatura a URAP apresenta três vertentes de atuação: assistencial, promoção da saúde e prevenção da doença. Nesta pergunta pretendeu-se analisar se alguma das vertentes tem destaque na atuação das URAP em estudo.

Quadro 8 - Vertentes de atuação em destaque nas URAP



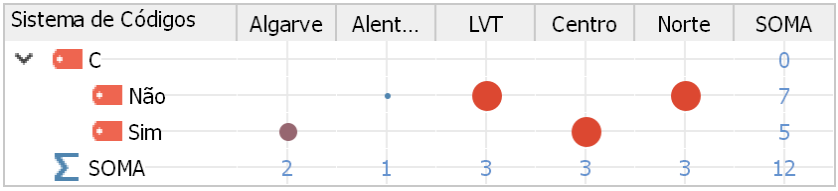
(**Fonte**: extraído MAXQDA 12)

A maioria dos coordenadores considera que a vertente assistencial é a que tem mais destaque de atuação, especialmente na região Norte. Na região de LVT um coordenador considerou que se encontra equilibrado entre as três vertentes, no entanto sabe que os colegas julgam que a vertente assistencial é a que tem mais destaque de atuação, e por esse motivo a mesma unidade foi identificada nos dois códigos.

4.2.3. C – Contratualização

Esta temática apresenta apenas uma pergunta cujo objetivo era conferir se as URAP em estudo têm algum processo de contratualização estabelecido.

Quadro 9 - Processo de Contratualização estabelecido nas URAP



(**Fonte**: extraído MAXQDA 12)

A maioria das URAP em estudo não tem um processo de contratualização estabelecido, sendo a principal razão identificada a dificuldade de monitorizar o trabalho realizado e criar indicadores específicos para a URAP.

A região do Algarve e do Centro têm todas as unidades em estudo com processo de contratualização estabelecido, apesar de uma unidade da região Centro considerar que tenha sido uma “experiência piloto”.

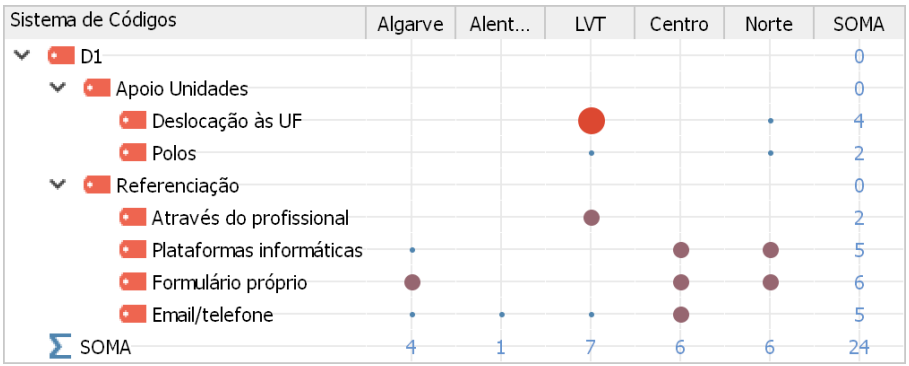
4.2.4. D – Articulação

- **D1 – Articulação com as Unidades Funcionais**

Na primeira pergunta sobre a temática sobre a articulação, componente essencial da atuação da URAP, pretendeu-se saber de forma geral como a mesma é feita com as restantes unidades funcionais do ACES.

As respostas foram divididas em dois códigos principais: “Apoio Unidades” e “Referenciação”, no entanto nem todos os coordenadores mencionaram nas suas respostas de que forma é realizado o apoio às unidades.

Quadro 10 - Articulação das URAP com as UF do ACES



(**Fonte**: extraído MAXQDA 12)

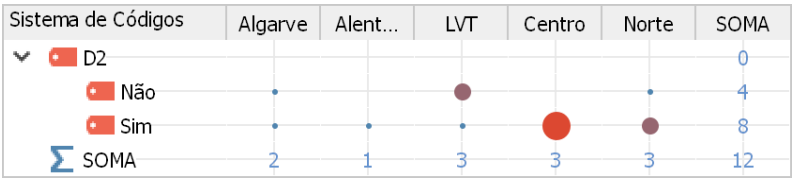
Na região do Algarve, Alentejo e Centro não foi feita qualquer referência a como é feito o apoio às UF. Na região de LVT duas unidades deslocam-se às UF e uma dependente da área profissional, funciona em polo ou deslocam-se às UF. Na região Norte apenas uma unidade mencionou que dependente da área profissional, funciona em polo ou deslocam-se às UF.

Relativamente à referenciação a maioria é feita através de um formulário próprio, mas também é realizada preferencialmente por *email* ou através das plataformas informáticas disponíveis.

- **D2 – Manual de articulação**

A segunda pergunta pretende aferir se existe algum manual ou protocolo de articulação ao nível da URAP. Alguns coordenadores foram dando a resposta de forma espontânea em questões anteriores.

Quadro 11 - Manual de Articulação das URAP



Sistema de Códigos	Algarve	Alent...	LVT	Centro	Norte	SOMA
D2						0
Não						4
Sim						8
SOMA	2	1	3	3	3	12

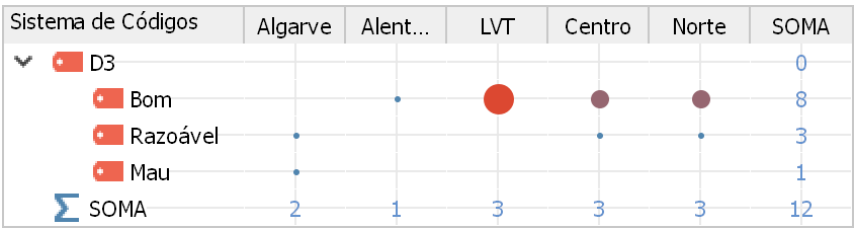
(**Fonte**: extraído MAXQDA 12)

A maioria dos coordenadores respondeu afirmativamente, sendo que a região do Centro nenhuma URAP em estudo se encontra sem manual ou protocolos de articulação. Importa referir que duas unidades têm a articulação formalizada no manual de articulação do próprio ACES, uma unidade está em processo de criação por área profissional, e outra tem apenas formalizada a articulação com 3 UF das que dá apoio.

- **D3 – Atuação dispositivos locais**

Nesta questão o objetivo foi avaliar a perceção dos coordenadores sobre a atuação dos dispositivos de apoio local, nomeadamente a UAG.

Quadro 12 - Atuação dos Dispositivos de Apoio Local



Sistema de Códigos	Algarve	Alent...	LVT	Centro	Norte	SOMA
D3						0
Bom						8
Razoável						3
Mau						1
SOMA	2	1	3	3	3	12

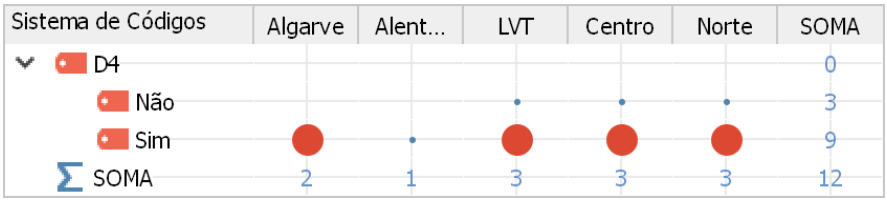
(**Fonte**: extraído MAXQDA 12)

A maioria dos coordenadores considerou que a atuação tem sido boa, sendo que na região de LVT todas as unidades em estudo classificaram como boa. Três coordenadores classificaram como “Razoável” no sentido em que sentem que pode ser melhor, ou que por vezes demoram um pouco a dar resposta. Apenas uma unidade da região do Algarve considera que a atuação tem sido má.

- **D4 – Interligação serviços externos**

Outra das funções da URAP descritas na literatura é a articulação com os serviços externos, a quarta pergunta pretendeu perceber se esta vertente se encontra presente nas URAP em estudo.

Quadro 13 - Interligação das URAP com os serviços externos



(**Fonte**: extraído MAXQDA 12)

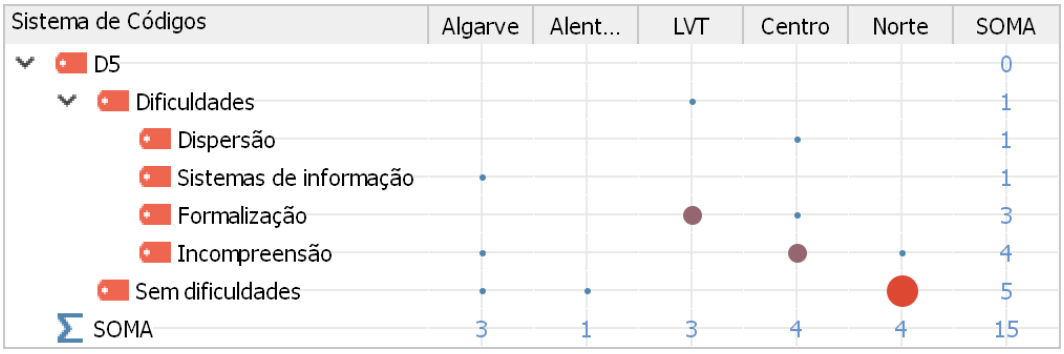
Nove dos doze coordenadores responderam que sim, a URAP intervém diretamente na interligação com os serviços externos, principalmente na área do serviço social (entrevistas 1; 5 e 10).

Das três unidades que responderam que não articulam com os serviços externos, duas mencionaram que a primeira linha de contacto a esse nível é feita pelo conselho clínico ou diretor executivo.

- **D5 – Principais dificuldades**

Para finalizar a temática foi pedido aos coordenadores que identificassem as principais dificuldades sentidas ao nível da articulação.

Quadro 14 - Principais dificuldades ao nível da Articulação



(**Fonte**: extraído MAXQDA 12)

Das dificuldades identificadas, a incompreensão foi a mais mencionada, muitas vezes relacionada com a falta de compreensão ou desconhecimento sobre a função dos profissionais da URAP, ou dos critérios de referenciação. A formalização da articulação também foi mencionada como um fator importante para as dificuldades encontradas a este nível.

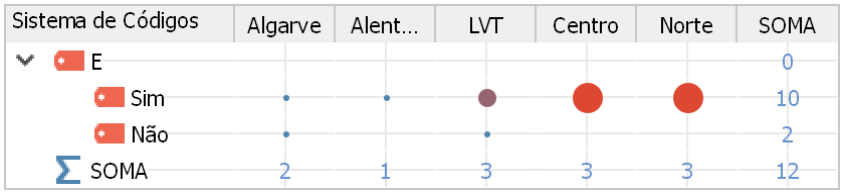
Algumas unidades referiram ainda não sentir dificuldades de articulação com as restantes UF. Na região do Norte os três coordenadores consideram que não existem dificuldades, mas um mencionou que os colegas sentem alguma incompreensão por parte dos profissionais das outras UF. Na região do Algarve o coordenador que também

considerou não existir dificuldades a este nível, mencionou que com uma plataforma informática a funcionar em pleno, a articulação iria melhorar bastante.

4.2.5. E – Governação Clínica e de Saúde

Esta temática tem apenas uma questão que tem como objetivo aferir se o conceito de Governação Clínica e de Saúde se encontra implementado ao nível da URAP ou do ACES.

Quadro 15 - Implementação do conceito de GCS



(**Fonte**: extraído MAXQDA 12)

Apenas dois coordenadores responderam negativamente a esta pergunta sendo um da região do Algarve e outro da região de LVT.

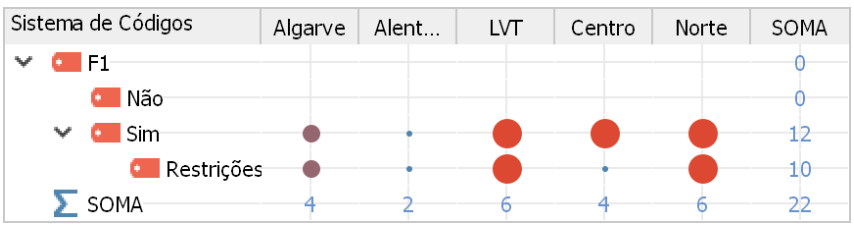
Todas as unidades em estudo da região Centro e Norte têm o conceito de GCS implementado e na região do Alentejo também. No entanto 7 dos 12 coordenadores identificaram apenas a implementação ao nível do ACES.

4.2.6. F - Sistemas de Informação e Comunicação

- **F1 – Sistemas de Informação existentes**

A primeira pergunta desta temática tem como objetivo aferir se existe nas URAP em estudo alguma plataforma informática integrada ou em utilização.

Quadro 16 - Sistemas de Informação existentes nas URAP



(**Fonte**: extraído MAXQDA 12)

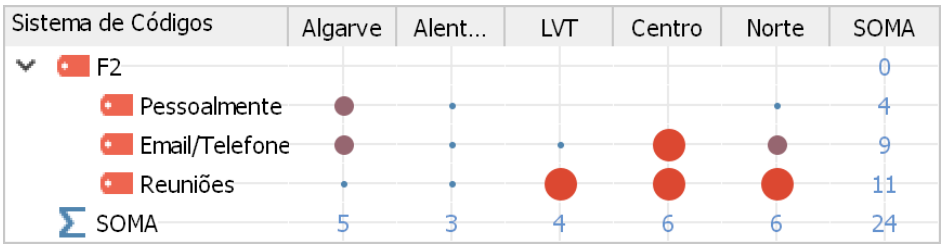
Todas as URAP em estudo têm uma ou mais plataformas informáticas em utilização: SClínico, SINUS, GestCare e bases de dados criadas para a unidade.

No entanto todos mencionaram existir várias restrições quanto à integração dos mesmos. Nomeadamente: nem todas as áreas têm acesso ao sistema em pleno (E2; E4; E5; E6; E7; E10 e E12); têm apenas acesso ao módulo agendamento o que permite apenas registar a função assistencial (E1; E3; E4; E5; E9 e E10); e não existe interligação entre os sistemas (E1 e E6).

- **F2 – Comunicação áreas profissionais**

A pergunta seguinte pretendeu perceber como é feita a comunicação entre as áreas profissionais integrantes nas diferentes URAP.

Quadro 17 - Comunicação entre áreas profissionais das URAP



(**Fonte**: extraído MAXQDA 12)

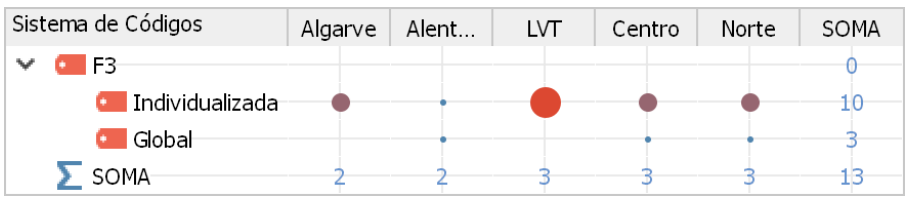
Como podemos verificar o meio de comunicação mais frequente são as reuniões de equipa geral, que têm uma periodicidade muito variada, que pode ir desde quando há necessidade, até um período de tempo estabelecido anual ou mensal. Estas reuniões podem ser gerais mais espaçadas no tempo, ou por grupos profissionais consoante as necessidades que vão surgindo.

O *email* e telefone são a segunda forma mais utilizada para a comunicação da equipa da URAP, e alguns coordenadores identificaram a comunicação pessoal especialmente quando os profissionais se cruzam na mesma UF.

- **F3 – Registos clínicos**

A última pergunta tem que ver com a forma como são efetuados os registos clínicos pelas diferentes valências, tendo em conta a multidisciplinariedade da URAP, de forma individual ou globalizada.

Quadro 18 - Registos Clínicos das URAP



(**Fonte**: extraído MAXQDA 12)

Pelo quadro podemos identificar que a maioria das unidades em estudo realiza os registos clínicos de forma individualizada. No entanto a região Centro e Norte tem uma unidade cada que está a conseguir trabalhar de forma global com o processo do utente, a região do Alentejo só funciona de forma global ao nível do GestCare.

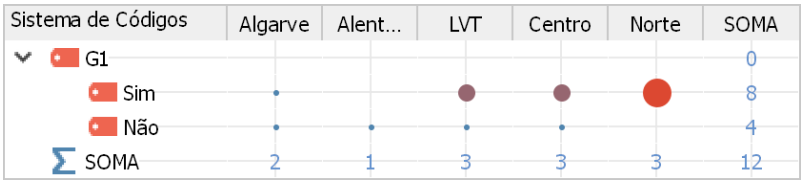
Através do SClínico e da modalidade notas, os profissionais conseguem dar informação de retorno sobre as referenciações e colocar como confidenciais as informações necessárias. Os profissionais que não têm acesso ao SClínico não conseguem ter acesso às informações sobre determinado utente, nem registar o seu trabalho e partilhar com os restantes profissionais.

4.2.7. G – Indicadores de Avaliação

- **G1 – Práticas de avaliação**

A primeira pergunta sobre a temática teve como objetivo verificar se existe nas URAP em estudo, uma cultura de práticas de avaliação.

Quadro 19 - Cultura de práticas de Avaliação nas URAP



(**Fonte**: extraído MAXQDA 12)

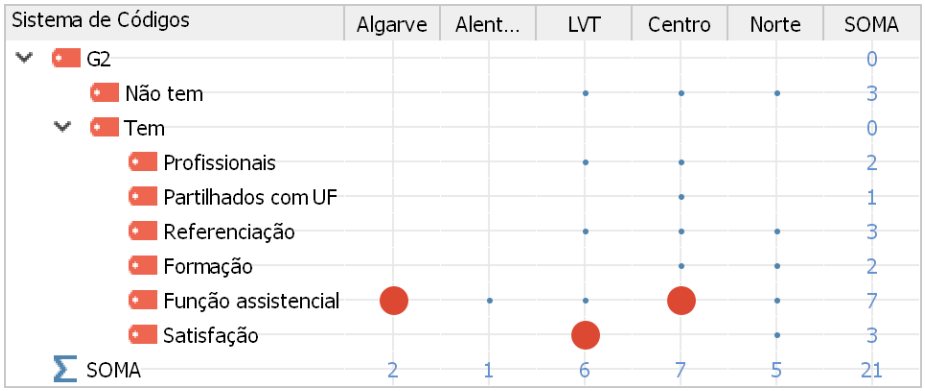
Oito dos 12 coordenadores respondeu afirmativamente a esta pergunta, fazem uma avaliação dos profissionais através do SIADAP ou do modelo para os TDT's, e uma avaliação maioritariamente quantitativa das consultas realizadas e atividades desenvolvidas anualmente. Estes dados encontram-se diretamente relacionados com a existência ou não de contratualização e da integração dos sistemas de informação.

Das quatro respostas negativas destaca-se uma da região do Algarve que menciona ter implementada a contratualização interna, mas no entanto a avaliação não se encontra a ser efetuada.

- **G2 – Indicadores de desempenho**

Nesta pergunta foi solicitada a identificação dos indicadores atualmente em vigor para a medição do desempenho.

Quadro 20 - Indicadores de Avaliação em vigor nas URAP



Sistema de Códigos	Algarve	Alent...	LVT	Centro	Norte	SOMA
G2						0
Não tem						3
Tem						0
Profissionais						2
Partilhados com UF						1
Referenciação						3
Formação						2
Função assistencial						7
Satisfação						3
SOMA	2	1	6	7	5	21

(**Fonte**: extraído MAXQDA 12)

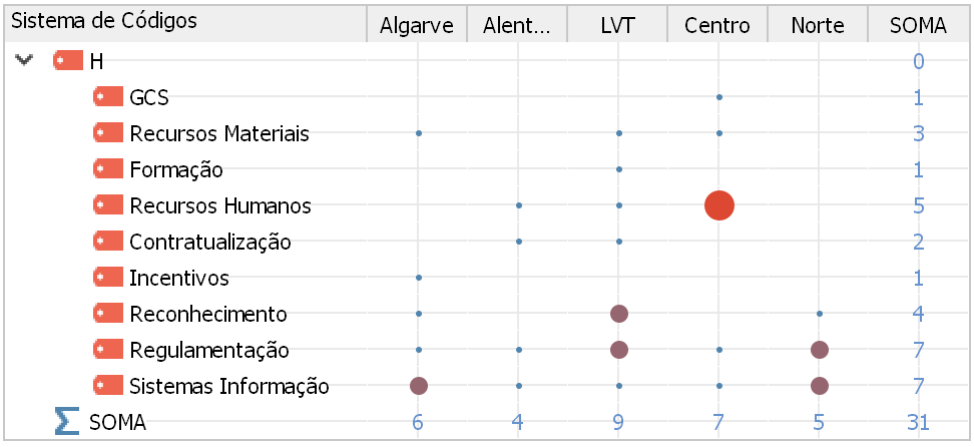
Apenas três dos doze coordenadores entrevistados referiram não ter nenhum indicador implementado. Ao passo dos que têm a grande maioria é de cariz quantitativo nomeadamente a função assistencial ou sobre a resposta à referenciação.

Também foram mencionados indicadores de qualidade relativos à satisfação dos utentes, dos profissionais da URAP ou avaliação das reclamações sobre a URAP.

4.2.8. H – Desenvolvimentos Futuros

Na última pergunta do guião foi pedido aos coordenadores que mencionassem todos os desenvolvimentos futuros que considerem necessários para as URAP, sendo as respostas codificadas e agrupadas por semelhança.

Quadro 21 - Desenvolvimentos futuros necessários para as URAP



Sistema de Códigos	Algarve	Alent...	LVT	Centro	Norte	SOMA
H						0
GCS						1
Recursos Materiais						3
Formação						1
Recursos Humanos						5
Contratualização						2
Incentivos						1
Reconhecimento						4
Regulamentação						7
Sistemas Informação						7
SOMA	6	4	9	7	5	31

(**Fonte**: extraído MAXQDA 12)

Os desenvolvimentos necessários, mais vezes mencionados foram a necessidade de regulamentação das URAP e o desenvolvimento dos sistemas de informação, presentes em todas as regiões de saúde.

Relativamente ao reconhecimento sobre a função da URAP e a atuação dos seus profissionais nas restantes UF, foi o desenvolvimento necessário mais mencionado na área de LVT. Também a necessidade de aumentar os recursos humanos mostrou-se bastante importante sobretudo na região Centro.

5. Discussão

5.1. Discussão dos Resultados

Após a análise dos resultados obtidos, foi possível evidenciar os aspetos mais relevantes encontrados nas várias temáticas abordadas.

Ao nível da caraterização das URAP podemos concluir que a maioria dos coordenadores considera que a unidade tem um bom nível geral de organização, tem regulamento interno, plano de atividades e plano de ação produzido e implementado. À exceção de duas unidades da região de LVT, uma do Norte e a do Alentejo que classificaram como razoável.

As áreas profissionais mais presentes são a Psicologia, o Serviço Social e a Fisioterapia, a par das formações profissionais dos coordenadores entrevistados. A variedade surgiu aliada à heterogeneidade uma vez que cada URAP dentro de uma mesma região de saúde tem áreas profissionais diferentes. A região de saúde com mais variedade de valências foi a região do Algarve, enquanto a região do Centro apresentou a maior homogeneidade de áreas profissionais.

Relativamente aos recursos, todos dos entrevistados consideraram que os recursos humanos não são suficientes, e a maioria admite que os recursos materiais e equipamentos não são adequados às necessidades da URAP.

Sobre os recursos humanos foi ainda possível verificar que a mobilidade de profissionais desfalcou algumas unidades enquanto outras, especialmente na região do Alentejo, encontraram solução em protocolos de parceria com entidades externas para cedência de horas de profissionais.

Os pontos positivos em destaque que caraterizam as URAP em estudo são o reconhecimento da mais-valia da sua presença ao nível dos CSP por parte das restantes UF, bem como o empenho e profissionalismo das equipas multidisciplinares que integram as URAP.

Já como aspetos negativos evidenciam-se os recursos humanos insuficientes que se encontram muito dispersos por todo o ACES e não conseguem dar resposta a todas as solicitações. Também a falta de regulamentação da unidade que carece de linhas orientadoras foi considerada como dos principais fatores negativos atualmente, especialmente pela região Norte.

Quanto à sua atuação, ao nível da resposta às necessidades da população embora mais divididas a maioria das respostas foi negativa sobretudo pela falta de recursos humanos.

Já a função assistencial é a que acaba por ter mais destaque na atuação especialmente para a região Norte, no entanto nem a promoção da saúde nem a prevenção da doença foi selecionada, na medida em que os coordenadores das URAP sente que se encontra equilibrado entre as três vertentes de atuação.

Relativamente à Contratualização, a maioria não tem o processo estabelecido por dificuldades de monitorização do desempenho e definição de indicadores adaptados à URAP. Todas as unidades em estudo das regiões do Algarve e Centro têm o processo de Contratualização implementado.

Sobre a articulação com as restantes UF do ACES, foi possível aferir que existem dois modelos de funcionamento que podem coexistir, consoante as áreas profissionais, dentro da mesma URAP. No modelo de funcionamento por polo, os profissionais encontram-se em permanência numa determinada unidade, e os utentes deslocam-se à unidade. No modelo de deslocação às UF os profissionais distribuem-se por semana e número de horas pelas várias unidades do ACES de forma a facilitar a acessibilidade dos utentes.

Quanto à referenciação pelos outros profissionais é realizada maioritariamente através de um formulário próprio para o efeito, mas também por *email* ou pelas plataformas informáticas disponíveis.

A maioria das URAP em estudo tem protocolos ou manual de articulação estabelecidos, embora possam estar integradas no manual do ACES, não estar totalmente concluídos por todas as áreas profissionais existentes na unidade, ou para todas as UF a que dão apoio. A atuação dos dispositivos de apoio local, nomeadamente a UAG, foi percecionada pela maioria dos coordenadores da URAP como boa, especialmente pela região de LVT.

Relativamente à interligação com serviços externos a maioria dos coordenadores identificou que a URAP participa diretamente a este nível de articulação nas várias regiões de saúde.

Apesar de na região Norte os coordenadores entrevistados não sentirem dificuldades ao nível da articulação, outros identificaram a falta de compreensão ou o desconhecimento face à função da URAP e os critérios de referenciação, por parte das restantes UF.

Sobre o conceito de Governação Clínica e de Saúde, a maioria refere estar implementado ao nível do ACES.

Na temática dos sistemas de informação e comunicação, todos os coordenadores das URAP em estudo identificaram uma ou mais plataformas informáticas em utilização. No entanto existem muitas restrições como a falta de acesso por algumas das áreas integrantes da URAP; os que têm acesso, é somente ao módulo agendamento; e não existe interligação entre os sistemas.

A comunicação entre os vários profissionais é feita através de reuniões de equipa que podem ser gerais ou por grupo de profissionais e têm diversas periodicidades. Apenas uma unidade da região do Algarve não se reúne. A outra forma de comunicação preferencial referida pelos coordenadores é o *email* ou telefone.

Quanto aos registos clínicos a maioria das URAP encontra-se a fazê-lo de forma individualizada. Neste aspeto é importante realçar que o fator condicionante tem que ver com a falta de acesso ao SClínico por parte de alguns profissionais de determinadas áreas disciplinares. Isto significa que não conseguem ter acesso nem partilhar informação sobre determinado utente que acompanham.

Por outro lado daqueles que têm acesso, mesmo que apenas ao módulo agendamento, recorrem à possibilidade de inserir notas no sistema, que utilizam como local de registo. Essas notas podem ser visualizadas por outros profissionais ou serem confidenciais quando necessário. Uma unidade da região Centro e outra da região Norte encontraram desta forma, uma alternativa para colmatar a fragilidade dos sistemas.

Sobre a avaliação a maioria dos coordenadores das URAP afirma que existe uma cultura de práticas de avaliação do desempenho dos profissionais, e uma avaliação quantitativa das consultas e atividades desenvolvidas ao longo do ano. Na região Norte todas as unidades em estudo encontram-se a praticar a avaliação do desempenho.

Podemos associar estes resultados à ausência de processo de contratualização e à fragilidade da integração dos sistemas de informação, que dificultam o acesso aos dados sobre a produção da URAP, de forma a espelhar toda a sua atuação que vai para além da função assistencial.

Quanto aos indicadores em vigor a grande maioria é referente à função assistencial ou sobre o tempo de resposta às referenciações. Também foram identificados indicadores de satisfação dos utentes, dos profissionais da URAP e de avaliação de reclamações da unidade.

Relativamente aos desenvolvimentos futuros para as URAP, os coordenadores entrevistados de todas as regiões, consideram que é necessário regulamentação para a unidade, e o desenvolvimento dos sistemas de informação e comunicação.

A região do Centro realça mais a necessidade de dotar as URAP de recursos humanos de forma a conseguir responder às crescentes solicitações. A região de LVT salienta que é necessário o reconhecimento da URAP enquanto unidade funcional, por parte dos órgãos decisores e pelos restantes profissionais.

Os resultados obtidos neste estudo vão de encontro com os que foram descritos na literatura disponível, permanece a grande disparidade de valências profissionais organizadas na URAP e dos modelos de articulação com as restantes UF do ACES, que chegam a ser múltiplos dentro da mesma unidade.

A resistência e sentimento de pertença sobre os profissionais da URAP é algo que persiste, mas que de certa forma foi atenuado pela crescente solicitação e referenciação verificada por parte das restantes UF.

A ausência de regulamentação associada aos sistemas de informação em desenvolvimento e em fases diferentes de implementação consoante as áreas profissionais, não permitem uma monitorização eficaz da produção da URAP. Estes fatores mantêm-se evidenciados pela amostra em estudo.

A existência de regulamentação não só facilitaria a uniformização da organização nuclear da URAP, como serviria de linha orientadora para os coordenadores, que por vezes lideram em modo de “ação-reação”, e não com metas delineadas e objetivos estruturados para a unidade. Prova disso é o facto de mesmo dentro das dificuldades comuns, alguns coordenadores conseguirem encontrar medidas e alternativas para as colmatar na gestão diária.

Neste ponto importa salientar que todos os coordenadores da URAP entrevistados têm também a função da sua categoria profissional, e períodos de permanência na coordenação diferentes.

Assim, podemos assumir que o facto da amostra da região do Norte estar há mais tempo a exercer a função de coordenação, tem influência no grau de articulação com as restantes UF, uma vez que consideram não sentir dificuldades a este nível. Também em termos da implementação da cultura de práticas de avaliação, nesta região já se encontra enraizada, mesmo não tendo o processo de contratualização estabelecido.

Quando fazemos uma análise por região de saúde, é expetável que se encontrem diferenças decorrentes dos próprios contextos geográficos e populacionais. Ainda assim a disparidade de constituição e organização das URAP, leva à própria perceção dos coordenadores, de que não estão a conseguir responder às necessidades de saúde da população.

Muitas vezes a rentabilização dos recursos, almejada com a criação das URAP, não se verifica devido à dispersão das várias UF integrantes de um ACES, e os diferentes modelos de articulação e referenciação existentes. Estes fatores associados ao não reconhecimento da URAP enquanto unidade leva a solicitações indevidas, ou a deslocações desnecessárias dos profissionais. Associando ainda aos recursos humanos em número insuficiente, é possível perceber que a cobertura nacional dos cuidados de saúde prestados pelos profissionais da URAP não foi ainda alcançada.

Se por um lado a falta de implementação do processo de contratualização impossibilita a monitorização e avaliação do desempenho. Por outro a inexistência de indicadores de custo-efetividade para as URAP inviabiliza o processo de contratualização. Tal como verificado na amostra em estudo, as URAP com o processo de contratualização implementado consideram-no como “uma experiência piloto” ou não se encontram a efetuar a avaliação.

Quanto aos desenvolvimentos futuros necessários para as URAP identificados pela amostra de coordenadores em estudo, vão de encontro aos já referenciados pela literatura, nomeadamente sobre a regulamentação da unidade; o desenvolvimento dos sistemas de informação tornando-os abertos e comunicáveis; e o reforço dos profissionais de saúde que integram a URAP.

5.2. Pergunta de investigação e objetivos do estudo

O presente estudo teve como objetivo geral recolher, analisar e discutir dados relativos ao estado e à realidade das URAP quanto à organização, gestão e impacto da sua intervenção.

Foram definidos três objetivos específicos:

- Caraterizar 12 URAP (3 ARS Norte; 3 ARS Centro; 3 ARS LVT; 1 ARS Alentejo e 2 ARS Algarve) quanto à sua organização estrutural e operacional;
- Auscultar a perceção das realidades das URAP por região de saúde;
- Aferir a existência de diferenças entre os modelos de gestão e grau de articulação (interna e externa) das várias URAP.

Os objetivos específicos do estudo foram atingidos para a amostra selecionada e permitiram responder à pergunta de investigação estabelecida.

Apesar da literatura produzida e existente sobre a temática da URAP ser reduzida e maioritariamente referente ao ano 2012, os resultados obtidos neste estudo,

assemelham-se aos principais fatores previamente descritos, sobre a organização e implementação das URAP.

Embora não se possa estabelecer comparações diretas, é possível aferir que não houve grande evolução das unidades em estudo, desde a última auscultação acerca das URAP, e que o seu funcionamento se encontra ainda incipiente.

5.3. Reflexão crítica do estudo

O cariz qualitativo do presente estudo permitiu auscultar em profundidade os profissionais das URAP em estudo no terreno, e perceber como se têm organizado e integrado no ACES. Para além da extensa informação produzida, a particularidade de cada caso foi passível de contemplação.

De forma a colmatar as principais desvantagens apontadas a este método de investigação, tais como a impossibilidade de generalizar os resultados, e a possível falta de rigor associada à interpretação do investigador, foram utilizadas várias estratégias.

A técnica selecionada através das entrevistas semiestruturadas, com recurso a um guião com uma organização lógica, contribuíram para a padronização das respostas de forma a diminuir o risco de interferência do investigador na interpretação das mesmas.

Aconselháveis em estudos de pequena dimensão devido à dificuldade inerente à realização e análise de um elevado número de entrevistas, e tendo em conta o tempo disponível para a realização do estudo, foi definida a amostra de 12 unidades distribuídas pelas cinco regiões de saúde. Sobre a amostra, apesar de intencional foi tido em conta o contexto sociogeográfico das unidades em estudo, de forma a colmatar a sua limitação em representatividade.

O processo burocrático que envolveu este estudo teve um papel fulcral na duração do mesmo. A longa espera, inicialmente pelos pareceres de todas as Comissões de Ética para a Saúde das cinco ARS, a espera pelas autorizações dos diretores executivos dos ACES selecionados e o posterior agendamento das entrevistas com os coordenadores, justifica o tempo de duração da recolha dos dados.

As entrevistas foram realizadas no período entre setembro de 2016 e junho de 2017, e por esse motivo, o período para a conclusão do estudo teve de ser prolongado. O facto de todas as entrevistas terem sido realizadas pessoalmente, facilitou a interação com os coordenadores das URAP e o seu à vontade durante a condução das entrevistas. Por outro lado simplificou a obtenção das autorizações necessárias por parte dos entrevistados.

O tratamento dos dados recolhidos com as entrevistas é uma das tarefas mais difíceis na investigação qualitativa. Por esse motivo foram também estabelecidas algumas linhas orientadoras para proceder à transcrição das entrevistas realizadas.

A grande dificuldade deste processo está relacionado com a sua morosidade e grau de atenção necessária, para que a transcrição integral da entrevista seja o mais fiel ao discurso oral possível.

Algumas perguntas não foram percecionadas com facilidade pelos coordenadores, sendo necessário explicar de outra forma qual o objetivo por detrás das mesmas no decorrer da entrevista.

A pergunta que mais dúvidas suscitou foi referente à temática da articulação, sobre a perceção da atuação dos dispositivos de apoio local. Também a formulação da pergunta: "Quais as competências disciplinares presentes na URAP?", levou alguns coordenadores a confundir com as competências de autonomia ou autoridade inerentes à função.

A análise de conteúdo tal como foi inicialmente estruturada, foi sofrendo algumas alterações ao longo da análise das entrevistas, nomeadamente ao nível das codificações segundo o objetivo da pergunta e da mensagem transmitida.

Para além da definição das unidades de registo e de contexto, por pergunta e por temática, foram tidas em consideração as regras de enumeração.

A análise por frequência permitiu aferir qual a unidade de registo ou de contexto mais vezes mencionada ou identificada, muito utilizada nas perguntas de resposta fechada.

A análise por frequência ponderada permitiu retirar as particularidades de cada resposta, valorizando os detalhes por detrás de uma resposta que à partida seria simples e direta.

A análise por coocorrência permitiu contabilizar várias unidades de registo ou de contexto, na mesma resposta, fazendo posteriormente a sua associação de forma a interpretar respostas possivelmente ambivalentes.

O recurso ao *software* MAXQDA 12, foi uma mais-valia nesta etapa uma vez que foi permitindo a obtenção das matrizes dos segmentos codificados em quadros, o que facilitou a análise dos mesmos de forma individual ou por região de saúde.

Apesar das dificuldades identificadas, o recurso a esta técnica de investigação, mostrou-se adequado aos objetivos traçados para o estudo, uma vez que as entrevistas permitem obter impressões gerais sobre a situação atual, o que se manifesta útil para compreender a cultura de uma organização.

Para além da identificação dos procedimentos, possibilitam a perceção e opinião sobre os mesmos, dentro do seu contexto, que por vezes quando limitada a uma visão quantitativa pode ser redutora.

A formação externa foi sendo mencionada como uma ferramenta para dar a conhecer a URAP enquanto unidade e os seus profissionais e respetivas funções, mas também a formação dos coordenadores acerca da GCS foi considerada necessária.

Como foi possível aferir, a gestão destas unidades é mais complexa e desafiante, e encontra-se neste momento dependente das capacidades de liderança e pro-atividade dos coordenadores por um lado, e da colaboração e espírito de uma equipa que se encontra dispersa.

Todos os coordenadores das URAP manifestaram agrado pelo interesse nesta temática e vontade de contribuir para a produção de conhecimento prático sobre a intervenção desta unidade ao nível dos CSP.

Existe um sentimento geral partilhado de que as URAP foram pensadas na altura da reforma dos CSP, mas desde então vão ficando para segundo plano em termos de desenvolvimento e monitorização.

6. Conclusão

No início deste trabalho foi evidenciado o papel dos CSP e os pressupostos da sua reforma (Ministério da Saúde, 2008), e mais especificamente da criação e implementação das URAP. (CECSP, 2011).

Com a discussão dos resultados e a reflexão sobre o estudo foi possível concluir que os objetivos específicos delineados foram atingidos para a amostra selecionada, uma vez que foi possível recolher, analisar e discutir dados relativos ao estado e à realidade das URAP quanto à organização, gestão e impacto da sua intervenção.

Como resposta à pergunta de investigação, os resultados encontrados permitem concluir que o grau de implementação das URAP em estudo se mantém incipiente e com uma organização variável por região de saúde.

Segundo a perceção da amostra em estudo, a ausência de regulamentação da unidade justifica a disparidade encontrada tanto quanto às valências profissionais presentes como quanto ao grau de articulação interna e externa da URAP, que chega a ser diferente consoante a área profissional.

O facto de não existir ainda um processo de contratualização implementado não permite a monitorização e avaliação do desempenho da URAP. Mas também inexistência de indicadores específicos para a URAP inviabiliza a contratualização.

Para os coordenadores em estudo, em grande parte isto deve-se ao facto dos sistemas de informação e comunicação se encontrarem em desenvolvimento e em diferentes estados de implementação consoante as áreas profissionais dentro de uma mesma URAP, o que não permite uma monitorização eficaz da produção da unidade.

Enquanto a formalização da legislação específica para a URAP pode levar o seu tempo até ser concretizada, a curto prazo a questão dos sistemas de informação é passível de ser intervencionada. Isso facilitará a monitorização da atuação da URAP enquanto unidade, fornecendo informação útil para a definição de linhas orientadoras.

Relativamente aos recursos disponíveis, que foram considerados insuficientes ou não adequados às necessidades da URAP, evidenciam que a sua rentabilização e a cobertura nacional dos cuidados de saúde prestados pelos profissionais da URAP, não foram alcançados.

A existência da URAP nos moldes em que foi idealizada faz sentido, mas será necessário ajustar a sua dimensão ao ACES no qual se insere e à população que serve,

dotando-a de recursos humanos e materiais que respondam às necessidades de saúde identificadas.

A ideia de unidade surge muitas vezes associada a um espaço físico, e no caso das URAP falamos de uma unidade sem instalações próprias que tem de se repartir pelas restantes UF integrantes do ACES. No entanto não deve deixar de ser encarada como uma unidade particular, que apesar de partilhar os seus recursos, não trabalha "para" mas "com" as restantes unidades.

Nesta ótica faria sentido incluir os profissionais que integram a URAP no grupo de trabalho para monitorização da reforma dos CSP, uma vez que eles têm uma visão abrangente do funcionamento do ACES.

Mais especificamente sobre as URAP, a sua regulamentação e criação de modelos uniformizadores de organização, articulação e monitorização, seria importante retomar os grupos de trabalho ao nível das ARS, uma vez que cada região de saúde tem a sua realidade.

A abordagem qualitativa da temática ainda não havia sido realizada, pelo que contribui para um conhecimento mais aprofundado que visou uma ampla compreensão da amostra estudada.

Como mencionado anteriormente, cada vez mais utilizada na área dos cuidados e políticas de saúde, os estudos de cariz qualitativo permitem analisar informação de um amplo espectro de contextos, profissionais, e organizações que se encontram em constante mudança e evolução.

Este tipo de estudo permitiu o levantamento de hipóteses passiveis de serem exploradas a uma dimensão de amostra superior em futuros estudos sobre a URAP, considerada o maior desafio da transformação organizacional dos CSP.

Com este trabalho foi possível aprender a estruturar um projeto de investigação, desde o seu planeamento à sua conceção prática, seguindo todas as suas etapas. A temática foi pessoalmente motivadora, pelo facto de não ter sido ainda muito explorada em estudos de investigação. Por esse motivo foi recompensador sentir que este estudo não só contribuiu para o meu desenvolvimento académico como de certa forma contribui para a produção de informação sobre as URAP e traz o foco tão necessário a estas unidades.

Bibliografia

- ACSS/ Administração Central dos Sistemas de Saúde (2012) - Cuidados de Saúde Primários Metodologias de Contratualização, Lisboa, Ministério da Saúde. [11 Fev. 2017] Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/.
- ACSS/Administração Central dos Sistemas de Saúde & Escola Nacional de Saúde Pública (2010) Contratualização em Cuidados de Saúde Primários Horizonte 2015/20 – fase 5: relatório final, Lisboa, Ministério da Saúde. [11 Fev. 2017] Disponível em: http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/PI_RPI_Fase3-Revis%C3%A3o%20Pr%C3%A1ticas%20Internacionais.pdf.
- Bardin, L. (2011) Análise de Conteúdo. Todos os direitos reservados para língua portuguesa por Edições 70, Lda. Depósito legal 11° 93118/95 ISBN: 972-44-0898-1. [31 Jul. 2017] Disponível: https://pt.slideshare.net/RonanTocafundo/bardin-laurence-anlise-de-contedo.
- Barros, P., Simões, J., **Portugal Health System Review, Health Systems in Transition**, 9 (5), 2007 [31 Jan. 2017] Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/221727152_Portugal_Health_system_review.
- Biscaia, A., Martins, J., Carreira, M., Gonçalves, I., Antunes, A., Ferrinho, P. - **Cuidados de Saúde Primários em Portugal, reformar para novos sucessos.** Lisboa, 2008. Padrões Culturais Editora. ISBN: 9789898160119.
- Biscaia, A., Heleno, L. - A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. Ciência & Saúde Coletiva, 22(3):701-711, 2017. [9 Ago 2017] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0701.pdf.
- Branco, A. e Ramos, V. (2001) Cuidados de Saúde Primários em Portugal, Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2, 5-12.
- Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários (2011a) Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados – URAP, Lisboa, Ministério da Saúde. [3 Mar. 2017] Disponível em: https://urapportooriental.files.wordpress.com/2011/10/urap-pc3a1gina.pdf.
- Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários (2011b) Governação Clínica e de Saúde em Cuidados de Saúde Primários O que é? Para que serve? Como fazer?, Lisboa, Ministério da Saúde. Disponível em http://www.mcsp.minsaude.pt/Imgs/content/page_46/governacao_clinica_e_de_saude_em_csp_2011.05.25.pdf.

- Coutinho, C. (2014) Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática. Edições Almedina S.A., 2ª Ed. Coimbra. [9 Ago 2017] Disponível em: https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=uFmaAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=m%C3%A9todos+de+investiga%C3%A7%C3%A3o+qualitativa&ots=GgaDXv9ZS8&sig=JSTXpvs0tAu3sfUTwRoFWfULYec&redir_esc=y#v=onepage&q=m%C3%A9todos%20de%20investiga%C3%A7%C3%A3o%20qualitativa&f=false.
- Cueto, M. (2004) The origins of primary health care and selective primary health care, American Journal of Public Health, 94 (11). [11 Fev. 2017] Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448553/pdf/0941864.pdf.
- DGS (2002). Centros de Saúde de Terceira Geração – Manual para a mudança. Lisboa [9 Ago. 2017] Disponível em: https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005785.pdf.
- DGS/Direção Geral da Saúde & ENSP/UNL/Escola Nacional de Saúde Pública Universidade Nova de Lisboa (2014) Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Roteiro de Intervenção em Cuidados de Saúde Primários, Documento de trabalho, Lisboa. [9 Mar. 2017] Disponível em: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_5_CSP.pdf.
- Escola Nacional de Saúde Pública (2011) Monitorização do desenvolvimento organizacional dos cuidados de saúde primários - Questionário aos coordenadores das unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP). Relatório Completo, Lisboa, Ministério da Saúde. [9 Mar. 2017] Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/urap_completo.pdf.
- GTDCSP/Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (2012a). Reagrupamento dos centros de saúde. Aspetos e princípios a ter em conta. Documento de trabalho, Lisboa, Ministério da Saúde. [31 Jan. 2017] Disponível em: http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=46.
- GTDCSP/Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (2012b). Análise SWOT e recomendações para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Documento de trabalho, Lisboa, Ministério da Saúde. [9 Mar. 2017] Disponível em: https://www.google.pt/#q=an%C3%A1lise+swot+cuidados+de+saude+primarios&spf=1499118824448.
- GTDCSP/Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (2012c). Unidade de Recursos Partilhados (URAP) - Sugestões para

a harmonização da sua organização e funcionamento. Documento de trabalho, Lisboa, Ministério da Saúde. [9 Mar. 2017] Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/16-urap-v.2012.09.30.pdf.

- Ministério da Saúde (2008) Decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro de 2008, Diário da República, 1.ª Serie – N.º 38.
- Ministério da Saúde/Alto Comissariado da Saúde (2010) Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir – Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Lisboa, Ministério da Saúde. [11 Fev. 2017] Disponível em http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSP1.pdf.
- Ministério da Saúde (2011) Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados: Cuidados de Saúde Primários, Agora Mais que Nunca, Lisboa. [3 Mar. 2017] Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/06_urap.pdf.
- Ministério da Saúde (2016a) Coordenação Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde: Área dos Cuidados de Saúde Primários – relatório intercalar, Lisboa, [3 Mar. 2017] Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/07/CNCSP-1.%C2%BA-Relat%C3%B3rio-Intercalar-30.05.2016.pdf.
- Ministério da Saúde (2016b) Coordenação Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde - Plano Estratégico e Operacional, Lisboa, [3 Mar. 2017] Disponível em: http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/985EBF12-C87B-462A-9288-4D8D750DC7E1/0/PlanoEstrat%C3%A9gicoeOperacionalCNCSP_VF24062016.pdf.
- MCSP/Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2006) *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa, Ministério da Saúde. [11 Fev. 2017] Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Linhas-de-Acao-Prioritaria-para-o-Desenvolvimento-dos-CSP.pdf.
- MCSP/Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2008) *Agrupamento de Centros de Saúde Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados*. Lisboa, Ministério da Saúde.
- Meirinhos, M., Osório, A. (2010) O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. EDUSER: revista de educação, Vol. 2 (2).
- Oliveira, J. (2000) Entrevistas. UALG. [31 Jan. 2017] Disponível: http://w3.ualg.pt/~jvo/ep/entre.pdf.

- OMS/Organização Mundial de Saúde (1978) Declaração de Alma-ata Saúde para Todos no Ano 2000, Cazaquistão, Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, OMS. [28 Jan. 2017] Disponível em http://www.saudepublica.web.pt/05promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm.
- OMS/Organização Mundial de Saúde, Alto Comissariado da Saúde (2008) Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários, Agora Mais que Nunca, Lisboa, OMS.
- OPSS/Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2014). Saúde Síndroma de Negação Relatório de Primavera 2014, 84-87. [25 Mar. 2017] Disponível em: http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2014.pdf.
- Resende, R. (2016) Técnica de Investigação Qualitativa: ETCI. Journal of Sport Pedagogy & Research. 2(1). P. 50-57. [9 Ago 2017] Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Rui_Resende/publication/305488949_Tecnica_de_Investigacao_Qualitativa_ETCI/links/5790f44908ae0831552f932b.pdf.
- Serapioni, M. (2009) Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. Revista Crítica de Ciências Sociais 85. P. 65-82. Coimbra [9 Ago 2017] Disponível em: file:///C:/Users/Mena/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/rccs-343.pdf.
- Unidades de Saúde Família Associação Nacional (2016) O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2015/2016 - Questionário aos coordenadores de USF. Relatório do estudo. Lisboa. [9 Ago 2017] Disponível em: https://app.box.com/s/fvm56nl9pequ33xx1v8dswfs8yq041ml

Anexo A – Autorização da ARS do Norte, I.P.

ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, IP
EXARADO NA ACTA N 19
REUNIÃO DE 9.6.16

☐ ☐ ☐ DATA : 07.junho.2016

DELIBERADO CONCORDAR
2016.06.09
Dr. Pimenta Marinho
Presidente do C.D.
Rita Moreira
Vice-Presidente do CD
Dr. Pontiano Oliveira
Vogal C.D.

INFORMAÇÃO Nº 057/2016 Nº <Processo> <Registo>

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer nº 59/2016

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 59/2016 sobre o Estudo "Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados, desenvolvimento organizativo e operacional", aprovado na reunião de 7 de junho de 2016, por unanimidade.

À consideração superior

Ana Paula Capela
(Assessoria CES/UIC)

Rua Santa Cartarina, 1288 Tel 220 411 000 arsn@arsnorte.min-saude.pt
4000-447 Porto Fax 220 411 005 www.arsnorte.min-saude.pt

GOVERNO DE PORTUGAL | MINISTÉRIO DA SAÚDE

Anexo B – Autorização da ARS do Centro, I.P.

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

ARSC ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL:	DESPACHO:
FAVORÁVEL	26.07.16 Dr. José Manuel Azenha Tereso Presidente do Conselho Directivo da A.R.S. Centro, I.P.

ASSUNTO: **42/2016 -** " Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados – Desenvolvimento Organizativo e Operacional"

IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO: "

Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados – Desenvolvimento Organizativo e Operacional"

Nº DO ESTUDO: 42/2016

DATA DA ENTRADA DO PEDIDO: 28/4/2016

TIPO DE ESTUDO: Descritivo e observacional, por entrevista.

INVESTIGADOR (ES) PRINCIPAL (AIS): Mariana Saraiva Ricardo

CENTROS ENVOLVIDOS: URAP da Região Centro em número de três.

OBJECTIVOS DO ESTUDO:

Caraterizar várias URAP quanto à sua organização estrutural e operacional;

Auscultar a perceção das realidades das URAP por região de saúde;

Aferir a existência de diferenças entre os modelos de gestão e grau de articulação (interna e externa) das várias URAP.

PARECER FINAL

Favorável. Aconselha-se a aleatorização das URAP a entrevistar. Salienta-se que deve depois ser entregue relatório final a esta CE.

DATA: 20 de Junho de 2016

RELATOR: Luiz Miguel Santiago **Presidente da CES:** Prof. Dr. Fontes Ribeiro

Anexo C – Autorização da ARS LVT, I.P.

Exma. Senhora
Dr.ª Mariana Saraiva Ricardo
m.ricardo@ensp.unl.pt

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		5704/CES/2016	19.05.2016

Assunto: "Unidades de recursos assistenciais partilhados: desenvolvimento organizativo e operacional."

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT apreciou na sua reunião da Secção de Investigação do dia 13.05.2016, o projecto mencionado em epígrafe, tendo sido emitido um parecer favorável condicionado.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido por aquela Comissão, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização, desde que esclarecidas as condições descritas no parecer.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo

Luis Pisco

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

Anexo D – Autorização da ARS Alentejo, I.P.

INT-ARSA/2016/1694
21-06-2016

O CONSELHO DIRETIVO 07/06/2016
O Presidente: José Marques Róbalo
O Vogal: José António Martinho Lopes
A Vogal: Paula Ribeiro Marques

PARECER Nº 01/2016/CES

06.06.2016
(01/2016/CES)

Sobre o estudo «**Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados – Desenvolvimento Organizativo e Operacional**»

A – RELATÓRIO

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) deu início ao processo nº 07/2016/CES com base no pedido formulado a esta CES,pela investigadora Mariana Ricardo, aluna do X curso de Mestrado em Gestão da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, em 28 de Abril de 2016. O projecto de investigação tem como titulo "Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados – Desenvolvimento Organizativo e Operacional", tendo como orientadores o Professor Dr. Vítor Ramos e Dr.ª Patrícia Barbosa. O objectivo geral do estudo é recolher, analisar e discutir dados relativamente ao estado e à realidade das Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados quanto à organização, gestão e impacto da sua intervenção, de acordo com o modelo organizacional adoptado pela Reforma dos Cuidados de Saúde Primários.....

A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos:

1) Protocolo do estudo – Resumo, Introdução, Apresentação do problema, Visão Geral, Pergunta (s) de investigação/Hipótese (s) de Investigação, Objectivos, Desenho de estudo e métodos – Tipo de estudo, População e Amostra do estudo, Processo de recolha de informação, Avaliação da exposição, Gestão da Informação, Análise estatística
2) Cronograma
3) Guião da entrevista Semiestruturada
4) Modelo de consentimento informado
5) Parecer do Responsável do Serviço
6) Declaração do Orientador do Estudo
7) Declaração do Investigador
8) Curriculum Vitae do Investigador
9) Curriculum Vitae dos Orientadores

1

A.3. Resumo da Documentação

Trata-se de um estudo de investigação qualitativo, descritivo e transversal, parte da apresentação de um problema, ou seja, segundo o Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos CSP (2012), *a realidade de implementação das URAP a nível nacional é variável. No que se refere ao modelo de organização de uma URAP, será pertinente caracterizar as diferentes realidades em termos organizativos, de gestão e de eficácia.*

A investigadora formula a seguinte hipótese para estudo e investigação: "Qual a situação atual do desenvolvimento organizativo e operacional das Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados?"

OBJETIVO GERAL:

Recolher, analisar e discutir dados relativamente ao estado e à realidade das Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados quanto à organização, gestão e impacto da sua intervenção.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Caracterizar várias Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados quanto à sua organização estrutural e operacional.

Auscultar a perceção das realidades das Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados por região de saúde.

Aferir a existência de diferenças entre os modelos de gestão e o grau de articulação (interna e externa) das várias Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados.

A metodologia tem por base entrevistas semiestruturadas com recurso a gravação de voz. A amostra é por conveniência de doze coordenadores de URAP distribuídos pelas cinco regiões do país. Da informação recolhida será realizada uma análise de conteúdo que permitirá categorizar a mesma por semelhança. As entrevistas serão realizadas pela investigadora presencialmente com duração prevista de 60 minutos, com privacidade e sem registos de dados pessoais dos participantes. O material ficará na posse da mestranda, pelo prazo previsto na lei de 3 anos, sendo posteriormente destruída.

As condições de financiamento dizem respeito às deslocações da investigadora que ficam a cargo da mesma dado que o estudo não dispõe de financiamento.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1. A relevância e pertinência do estudo estão cabalmente justificadas com a fundamentação teórica apresentada, o enquadramento legal do tema, através do decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, e da portaria n.º 276/2009, de 18 de março. A investigadora espera contribuir para a monitorização de implementação das URAP, através da auscultação da perceção de vários coordenadores, identificando os fatores limitadores que possam resultar numa articulação interna e externa menos eficaz. A possibilidade de caracterizar o nível organizacional, de gestão e o impacto de várias URAP, permitirá aferir se as mesmas respondem às verdadeiras necessidades de saúde da população que servem.

B.2. O protocolo de estudo apresenta resumo de pesquisa bibliográfica, identificação do problema, pergunta (s) de investigação/Hipótese (s) de Investigação, objectivos, desenho de estudo e métodos - tipo de estudo, população e amostra do estudo. O processo de recolha de informação será feito através de entrevistas semiestruturadas, com a gestão, análise e avaliação da informação. Os dados recolhidos com recurso a gravação de voz nas entrevistas serão transcritos e posteriormente analisado o seu conteúdo. Desta forma, será possível determinar categorias de análise por semelhança. A metodologia descrita cumpre os requisitos científicos de estudos qualitativos. Está previsto o pedido de autorização aos Directores Executivos dos ACES, assinatura de um modelo de Consentimento Informado, que determina a aceitação da participação voluntária no estudo, salvaguardando a confidencialidade e o anonimato da mesma.

B.3. A participação no estudo não acarreta encargos financeiros para os participantes.

C – CONCLUSÃO

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

Aprovado em reunião do dia 06 de Junho de 2016, por unanimidade.

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

(*Susana Teixeira*)

Anexo E – Autorização da ARS Algarve, I.P.

240516 006424

ARS algarve
Administração Regional de Saúde do Algarve, IP
Ministério da Saúde

Exma. Senhora
Dra. Mariana Saraiva Ricardo
m.ricardo@ensp.unl.pt

V/ Referência	Sua Comunicação	Nossa Referência CES

ASSUNTO: **Pedido de Parecer sobre " Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados – Desenvolvimento Organizativo e Operacional "**

Serve o presente para informar V. Excelência, de que após análise do estudo por parte da Comissão de Ética da ARS algarve, IP, a CES deliberou o seguinte;

" A CES deliberou, por unanimidade, solicitar à requerente autorização do Director Executivo de cada ACES, assim como do Senhor Presidente do CD da ARS Algarve, IP."

Com os melhores cumprimentos,

Dr. João Moura Reis
Presidente do Conselho Diretivo
da ARS Algarve, I.P

cd@arsalgarve.min-saude.pt

Apêndice A – Pedido de Autorização aos Diretores Executivos dos ACES

Exmo.(a) Sr.(a) Diretor(a) Executivo(a),

No âmbito do X Curso de Mestrado em Gestão da Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, encontra-se na fase de realização, o projeto de investigação sobre *Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados – desenvolvimento organizativo e operacional*. Estudos anteriormente realizados sugerem que devido ao seu carácter inovador, a sua grande diversidade disciplinar e aos obstáculos e resistências, a gestão das Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) é desafiante e complexa.

Também a sua realidade de implementação a nível nacional é variável, e por esse motivo, será pertinente, caracterizar essas diferenças em termos organizativos, de gestão e de eficácia. Este estudo tem como finalidade recolher, analisar e discutir dados relativamente ao estado e à realidade das URAP quanto à organização, gestão e impacto da sua intervenção.

O estudo é de cariz qualitativo, descritivo e transversal, com base em entrevistas semiestruturadas a 12 (doze) Coordenadores de URAP distribuídos pelas várias regiões de saúde, sendo garantida a confidencialidade dos dados dos entrevistados e informação recolhida. Neste sentido, venho por este meio solicitar a sua autorização para a realização da entrevista ao Coordenador da URAP, a agendar posteriormente com o próprio, cujo produto ficará apenas acessível à mestranda e equipa de orientação, e utilizado apenas para os fins deste projeto de investigação.

Em anexo envio o guião da entrevista a realizar e o parecer da Comissão de Ética.

Encontro-me desde já, disponível para qualquer esclarecimento adicional que considere pertinente.

Agradecemos muito a colaboração.

Mariana Ricardo, aluna Mestrado ENSP/UNL
Contacto: m.ricardo@ensp.unl.pt

Apêndice B – Consentimento Informado dos Coordenadores das URAP

CONSENTIMENTO INFORMADO

Participação no Projeto de Investigação para Dissertação de Mestrado

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Título do estudo: Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados – Desenvolvimento Organizativo e Operacional.

Enquadramento: No âmbito do X curso de Mestrado em Gestão da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, encontra-se na fase de realização o projeto de investigação da aluna Mariana Ricardo, sob orientação do Prof. Dr. Vítor Ramos e coorientação da Dr.ª Patrícia Barbosa.

Explicação do estudo: O presente estudo tem como finalidade recolher, analisar e discutir dados relativamente ao estado e à realidade das URAP quanto à organização, gestão e impacto da sua intervenção. É de cariz qualitativo, descritivo e transversal, com base em entrevistas semiestruturadas, a uma amostra de conveniência de doze Coordenadores de URAP distribuídos pelas cinco regiões de saúde. Sobre a informação recolhida será realizada uma análise de conteúdo que permitirá categorizar a mesma por semelhança. As entrevistas serão realizadas presencialmente e têm duração máxima prevista de 60 minutos. O material ficará na posse da mestranda, pelo prazo previsto na Lei (3 anos) sendo posteriormente destruído.

Condições e financiamento: As despesas inerentes a deslocações para realização das entrevistas estão inteiramente a cargo da mestranda, uma vez que o presente estudo não dispõe de um financiamento ou recursos específicos. A participação no estudo é totalmente voluntária, estando assegurada a ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar. O estudo foi previamente submetido a avaliação pela Comissão de Ética para a Saúde das ARS Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, tendo obtido parecer favorável.

Confidencialidade e anonimato: Apenas a mestranda e os seus orientadores terão acesso à informação recolhida, de forma direta e qualquer outra utilização, seja em relatórios de progresso, seja em publicações académicas será feita respeitando o

anonimato dos participantes. As entrevistas serão realizadas em ambiente de privacidade e não será necessário registar dados pessoais identificativos dos participantes.

Agradecemos muito a colaboração.

Mariana Ricardo, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa
Contactos: m.ricardo@ensp.unl.pt / 933 887 041

Assinatura: … … … … … … … … … … ... … … … ..... … … … … … … … … … … … …

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: … … … … … … … ..... … … … ..... … … … … … … … … … … … …

Assinatura: … … … … … … … ..... … … … … ... … … … … … … … … … … Data: …… /…… /……..

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Apêndice C – Pedido Autorização da gravação das entrevistas

Escola Nacional de Saúde Pública

Universidade Nova de Lisboa

AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO

Eu _____, portador do BI/ CC nº_____, com o endereço eletrónico _____, autorizo a gravação da conversa tida com a Mariana Saraiva Ricardo, mestranda do X Curso de Gestão da Saúde, estando ciente que se destina apenas para efeitos da realização da dissertação sendo que:

Apenas a mestranda e os seus orientadores terão acesso às minhas informações de forma direta e qualquer outra utilização destas informações, seja em relatórios de progresso, seja em publicações académicas só poderá ser feita respeitando o meu anonimato.

Fui ainda informado que o material ficará na posse da mestranda, pelo prazo previsto na Lei (3 anos) sendo posteriormente destruído.

(X) gravação de voz

( ) gravação de imagem e voz

Estou ciente de que minha autorização é voluntária, não remunerada e que minha recusa poderá ocorrer a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para mim.

Por ser verdade, assino de livre vontade.

_____

Data: ____/_____/_____

Em caso de dúvida contactar: m.ricardo@ensp.unl.pt

Apêndice D – Guião da Entrevista Semiestruturada

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Protocolo da Entrevista:

- Apresentação individual e objetivos do estudo;
- Solicitar a autorização para gravação e transcrição da entrevista;
- Duração prevista: 45 a 60 min.

Descrição do Entrevistado:

URAP do ACES de_____

Tempo na função_____

Formação Profissional_____

Temáticas a abordar durante a entrevista:

A) Caraterização da URAP
    - Como classifica o nível geral de organização da URAP? (Existência de Regulamento Interno, Plano de Atividades, etc.)
    - Quais as competências disciplinares presentes na URAP?
    - Considera que os Recursos Humanos são os suficientes, tanto em termos de quantidade como de valência?
    - Relativamente aos recursos materiais e equipamentos, encontram-se adequados às necessidades da URAP?
    - Quais os aspetos positivos e negativos que caraterizam atualmente a URAP?
B) Resposta às necessidades da população
    - Tendo em conta a génese da função da URAP nos CSP e a população que serve, têm conseguido responder às necessidades de saúde?
    - Qual das vertentes tem destaque na atuação da URAP: a promoção da saúde, a prevenção ou a prestação de cuidados na doença?
C) Contratualização
    - A URAP tem estabelecido o processo de contratualização externa e/ou interna?
D) Articulação
    - De forma geral, como é feita a articulação das URAP com as restantes Unidades Funcionais?

- Existe algum manual/protocolo de articulação?
- Como perceciona a atuação dos dispositivos de apoio local?
- A URAP intervém diretamente na interligação com os serviços externos?
- Quais as principais dificuldades identificadas?

E) Governação Clínica e de Saúde
- Encontra-se implementado o conceito de Governação Clínica e de Saúde ao nível da URAP e/ou do ACES?

F) Sistemas de Informação e Comunicação
- Na unidade tem algum sistema de informação e/ou plataforma informática, integrado ou em utilização?
- Como é feita a comunicação entre cada área disciplinar?
- Tendo em conta a multidisciplinariedade da URAP e a existência de um processo do doente, como são registadas/retratadas todas as valências? De forma global ou individualizada?

G) Indicadores de Avaliação
- Existe na URAP uma cultura de práticas de avaliação?
- Quais os indicadores atualmente em vigor para monitorização do desempenho?

H) Desenvolvimentos Futuros
- Na sua opinião, que desenvolvimentos futuros são necessários para as URAP?

Apêndice E – Grelhas de Análise Entrevistas Extraídas do MAXQDA 12

MAXQDA 12 – A1

Grupo do documento	Nome do documento	Código	Início	Fim	Resultado do peso	Segmento	Área	Cobertura %
Algarve	E7	A1\Bom	5	5	0	É assim dentro da URAP propriamente dita e do que está aqui, pronto há um regulamento interno, há um plano de atividades	120	0,76
Algarve	E6	A1\Bom	5	5	0	É assim a URAP tem um regulamento interno e um plano de atividades que é efetuado todos os anos. Este ano o plano de atividades vai ser por 3 anos, mas para trás tem sido anualmente.	182	2,03
Alentejo	E9	A1\Razoável	5	5	2	há um regulamento interno realizado por mim, iniciado pela colega anterior.	75	0,45
			5	5	1	Entretanto está em discussão pelos elementos da URAP, estamos um pouco na expetativa também das mudanças que ouvimos falar em relação à URAP, mas não tem avançado ainda para a consolidação do mesmo e a autorização do diretor executivo por esse motivo.	251	1,49
			5	5	2	Em relação ao plano de atividades nós temos feito, tem sido feito, porque a URAP são grupos profissionais e categorias profissionais, e temos feito plano de atividades por grupo.	178	1,06
LVT	E1	A1\Razoável	11	11	2	Há um regulamento interno	25	0,05
			11	11	1	mas que ainda não foi revisitado e redigido novamente, ou, ou atualizado	72	0,13
			11	11	2	O plano de atividades é feito, mas nuclearmente em cada núcleo profissional	75	0,14
LVT	E2	A1\Razoável	7	7	1	Só que não foi… foi entregue à direção executiva, mas nunca houve feedback.	75	0,14
			7	7	1	Havia alguns colegas que não concordavam e não assinaram…	57	0,10
			7	7	2	Atualmente, o regulamento interno existe, mas ninguém olha para ele e não há plano de atividades, pronto, assim definido para a unidade.	136	0,25

LVT	E12	A1\Bom	5	5	0	Portanto nós temos o regulamento interno já validado pelo conselho clinico e da saúde e pela direção executiva e temos também um plano de atividades elaborado. O plano de atividades normalmente é elaborado por triénio e revisto anualmente.	239	1,17
Centro	E11	A1\Bom	5	5	0	Em termos de nível de organização já está organizada como unidade funcional desde que iniciei as funções de coordenação. Foi elaborado um regulamento interno, anualmente é feito um plano de atividades e também um relatório de atividades relativo ao ano anterior.	262	1,26
Centro	E8	A1\Bom	5	5	0	Sim ao nível de organização penso que é razoável, temos regulamento interno, plano de atividades, plano de ação (temos relatório de atividades aliás) plano de ação, pronto e neste momento estamos a terminar essas… do ano passado.	229	1,64
Centro	E3	A1\Bom	7	7	0	Existe plano de atividades já há 4 anos, portanto que existe plano de atividades da URAP. E o regulamento interno existe há 2 anos e meio, 3. Todos os documentos são aprovados em conselho geral	193	0,67
Norte	E10	A1\Bom	7	7	0	Eu julgo que teremos aqui um nível médio a bom, porque nós temos esta documentação elaborada. Portanto nós temos o regulamento interno	134	0,68
		A1\Bom	7	7	0	no final de cada ano para apresentar no início do seguinte, nós elaboramos um plano de atividades	97	0,49
Norte	E5	A1\Bom	9	9	0	Mas organizámos logo um regulamento interno, organizámos logo um plano de atividades na altura, assinámos carta de compromisso tal e qual como as outras unidades, que já na altura contratualizavam.	197	0,73
Norte	E4	A1\Razoável	5	5	2	de facto temos o regulamento interno que já foi entretanto reformulado	70	0,24
		A1\Razoável	5	5	1	está para aprovação, aqui coloca-se a tal questão de ser uma unidade que normalmente fica para 2º plano.	104	0,35
		A1\Razoável	5	5	2	Plano de atividades também fomos fazendo sempre todos os anos, sempre com muitas dificuldades, porquê? Era sempre falada a questão da criação de indicadores para podermos avaliar depois todo o trabalho que é realizado pelos profissionais da URAP.	246	0,83

MAXQDA 12 – A2

Grupo do documento	Nome do documento	Código	Segmento
Algarve	E6	A2\Pediatria	1 de pedriatria
		A2\Cardiopneumologia	1 de cardio
		A2\Medicina Dentária	outro de medicina dentária
		A2\Téc. Radiologia	depois de radiologia são 14
Algarve	E7	A2\Fisioterapia	Fisioterapeutas ora 1…2…3,4,5,6,7…8,9
		A2\Terapia Ocupacional	3 TO's
		A2\Serviço Social	técnicos de serviço social temos… penso que são 8
		A2\Psicologia	psicólogos temos neste momento… 6 psicólogos
		A2\Terapia da Fala	temos 2 terapeutas da fala
		A2\Tec. Eletromiografia	temos 1 técnica de eletromiografia
		A2\Higiene Oral	e temos higienistas orais temos… 4.
		A2\Pediatria	temos 1 pediatra na URAP também
Alentejo	E9	A2\Psicologia	Temos psicologia
		A2\Serviço Social	temos serviço social
		A2\Nutrição	nutrição
		A2\Fisioterapia	fisioterapia
		A2\Ortóptica	temos um colega de ortóptica
		A2\Mobilidade/Cedência	de ortóptica agora temos outra colega por cedência de interesse público
		A2\Cardiopneumologia	cardiopneumologia
		A2\Terapia da Fala	temos também uma colega de terapia da fala
	E9	A2\Mobilidade/Cedência	Importante aqui de referir que nem todos os profissionais que constituem a URAP pertencem à ARS. Nós temos protocolos com a comunidade, com algumas entidades da comunidade que por protocolo nos cedem algumas horas de alguns profissionais
LVT	E12	A2\Psicologia	entretanto entrou agora um novo elemento dos psicólogos, são 11 psicólogos
		A2\Serviço Social	9 assistentes sociais
		A2\Fisioterapia	3 fisioterapeutas
		A2\Terapia Ocupacional	3 terapeutas ocupacionais

		A2\Téc. Análises Clínicas	1 técnico de análises clínicas
LVT	E2	A2\Psicologia	3 psicólogas
		A2\Fisioterapia	já somos muitos fisioterapeutas, agora temos 6
		A2\Mobilidade/Cedência	depois temos pessoal que foi pedindo mobilidade, e foram saindo não porque tivéssemos a mais, mas por causa de questões familiares
		A2\Terapia Ocupacional	4 terapeutas ocupacionais
		A2\Cardiopneumologia	5 cardios
		A2\Téc. Radiologia	3 de radio
		A2\Medicina Dentária	E agora com esta história do projeto piloto de saúde oral ganhámos 1 dentista
LVT	E1	A2\Psicologia	temos 7 psicólogos
		A2\Serviço Social	7 assistentes sociais
		A2\Mobilidade/Cedência	estou a contar com mobilidades com tudo
		A2\Fisioterapia	2 fisioterapeutas
		A2\Téc. Análises Clínicas	1 técnica de análises clínicas
		A2\Téc. Saúde Ambiental	há 1 técnica de saúde ambiental, a única que está fora da unidade de saúde pública e que está afeta à URAP
Centro	E11	A2\Fisioterapia	4 fisioterapeutas
		A2\Mobilidade/Cedência	e mais 1 fisioterapeuta que está com mobilidade noutro ACES
		A2\Higiene Oral	temos 6 higienistas orais
		A2\Medicina Dentária	temos 1 médico dentista
		A2\Nutrição	temos 3 nutricionistas
		A2\Psicologia	atualmente 3 psicólogos
		A2\Ortóptica	temos uma ortoptista
		A2\Téc. Radiologia	temos 3 técnicos de radiologia
		A2\Mobilidade/Cedência	técnicos de radiologia e mais um 4º que está com uma mobilidade antes de eu assumir a URAP, portanto eu nem sequer a conheço, sei que está por mobilidade noutro ACES
		A2\Serviço Social	temos 9 técnicos de serviço social.
Centro	E8	A2\Fisioterapia	Fisioterapeutas são 4
		A2\Higiene Oral	higienista oral são 2
		A2\Nutrição	nutrição neste momento é 1

		A2\Psicologia	psicologia são 3
		A2\Téc. Radiologia	radiologia são 2
		A2\Ortóptica	ortóptica 1
		A2\Serviço Social	serviço social 5
Centro	E3	A2\Fisioterapia	6 fisioterapeutas
		A2\Serviço Social	7 assistentes sociais
		A2\Nutrição	Nutricionistas 3
		A2\Téc. Radiologia	Radiologistas? 8
		A2\Medicina Dentária	Medicina Dentária? 2.
		A2\Higiene Oral	Higiene Oral 1
		A2\Psicologia	psicologia 3
Norte	E10	A2\Serviço Social	5 assistentes sociais
		A2\Psicologia	até à data temos no ACES 5 psicólogos
		A2\Psicopedagogo	um psicopedagogo
		A2\Nutrição	temos também 3 nutricionistas
		A2\Cardiopneumologia	1 cardiopneumologista
		A2\Fisioterapia	4 fisioterapeutas
		A2\Téc. Radiologia	2 radiologistas
Norte	E5	A2\Psicologia	Psicólogos neste momento temos 3
		A2\Serviço Social	assistentes sociais atualmente estamos 3
		A2\Nutrição	nutricionistas 2
		A2\Fisioterapia	fisioterapia está 1
		A2\Secretários Clínicos	Temos 3 secretários clínicos que dão apoio administrativo à URAP
Norte	E4	A2\Serviço Social	5 técnicas de serviço social
		A2\Nutrição	Temos nutrição também, temos 1 nutricionista
		A2\Psicologia	Ia dizer uma psicóloga mas neste momento temos 2
		A2\Mobilidade/Cedência	veio por mobilidade agora no início do ano uma psicóloga também
		A2\Cardiopneumologia	E temos 1 cardiopneumologista que está também integrado na URAP
		A2\Pediatria	1 Pediatra que já existia aqui no centro de saúde

MAXQDA 12 – A3

Grupo do documento	Nome do documento	Código	Início	Fim	Resultado do peso	Segmento	Área	Cobertura %
Algarve	E6	A3\Recursos Humanos	13	13	0	Não.	4	0,04
Algarve	E7	A3\Recursos Humanos	13	13	0	Não, nem em quantidade, nem em valência.	40	0,25
Algarve	E7	A3\Valências em falta	15	15	0	Eventualmente justificar-se-ia um técnico de RX	47	0,30
Algarve	E7	A3\Recursos Humanos	15	15	0	temos aí zonas que não temos TO nem Fisio.	42	0,26
Alentejo	E9	A3\Recursos Humanos	9	9	0	Pronto, felizmente temos estas parcerias que nos vão permitindo colocar alguns profissionais nalguns sítios que temos necessidade. Efetivamente continuamos a ter necessidade de recursos humanos, nas áreas todas.	211	1,26
Alentejo	E9	A3\Valências em falta	9	9	0	E temos áreas ou valências que não temos, não temos terapia ocupacional que também seria de todo importante.	108	0,64
Alentejo	E9	A3\Recursos Humanos	9	9	0	Isto não ligando se calhar tanto aos valores que há das taxas 1 psicólogo para 20.000 utentes, porque acho que também já não estão atualizados, e porque também não é “chapa 5” para todos, para todas as regiões e para todos os contextos.	236	1,40
Alentejo	E9	A3\Recursos Humanos	9	9	0	Portanto acho que beneficiaríamos e de verdade acho que a nossa ARS e o ACES estão sensibilizados para a necessidade dos recursos, que há ao nível da URAP, e no último ano temos tido a possibilidade inclusive de fazer avenças, e que têm sido feitas muitas na área da URAP.	272	1,62
LVT	E12	A3\Recursos Humanos	13	13	0	Em termos de quantidade eu acho que nós queremos sempre mais, até porque se há a constituição de USF e havendo um aumento de constituição de USF e sendo a URAP um recurso partilhado, depois não vamos conseguir dar resposta. Pelo menos de uma forma igual em todas as unidades não é?	281	1,38

LVT	E12	A3\Valências em falta	13	13	0	termos uma terapeuta da fala, por exemplo não temos. Uma nutricionista para fazer a parte da prevenção, portanto colaborar também nos projetos e nós não temos, portanto eu aumentaria aqui.	188	0,92
LVT	E12	A3\Recursos Humanos	13	13	0	E depois fazia também uma avaliação do rácio daquilo que está… que é suposto em termos de rácio nós contarmos com e que efetivamente temos.	139	0,68
LVT	E2	A3\Recursos Humanos	13	13	0	Não. São muito poucos, são escassos para a população que temos de abranger.	75	0,14
LVT	E2	A3\Recursos Humanos	13	13	0	eu vou fazendo assim, queria havendo um banco de horas para apoiar as outras unidades, e as pessoas já não conseguem esticar-se mais.	133	0,24
LVT	E2	A3\Recursos Humanos	13	13	0	Para não estarmos a avaliar os custos e se é mesmo necessário, porque muitas vezes não é necessário. Portanto, não é necessário, ou seja, a ver as situações que vai atender se calhar não se justifica permanentemente aquele apoio	228	0,41
LVT	E2	A3\Valências em falta	19	19	0	Temos carência de nutricionistas. Faz… é muito importante, com tanta intervenção que nós fazemos ao nível da diabetes, das DPOCs, da obesidade, portanto, da área. Não temos uma nutricionista, portanto isto é impensável.	219	0,40
LVT	E2	A3\Valências em falta	19	19	0	também faz sentido a terapia da fala, não só a nível das crianças como dos idosos, e as outras situações. Há muita focagem “ah intervenção precoce” porque apoiamos a intervenção precoce, mas a terapia da fala é muito esquecida nos centros de saúde, por exemplo.	261	0,47
LVT	E2	A3\Valências em falta	19	19	0	Mas a nível dos grupos técnicos há muitas outras áreas que eu acho que são, que fazem muita falta, por exemplo os podologistas, fazem imensa falta.	147	0,27
LVT	E1	A3\Recursos Humanos	15	15	0	Não.	4	0,01
LVT	E1	A3\Valências em falta	15	15	0	Em termos de valência faltam-nos nutricionistas, grandemente, terapeutas ocupacionais, obviamente, e terapeutas da fala. São aqueles que são mais centrados com primazia dos nutricionistas ou dietistas, essa área profissional é neste momento muito requerida.	257	0,47

Centro	E11	A3\Recursos Humanos	11	11	0	Em termos de quantidade, algumas áreas são manifestamente escassas	66	0,32
Centro	E11	A3\Valências em falta	13	13	0	Ainda ontem ouvi que os centros de saúde iam começar a fazer análises e exames e para isso vão ter de meter mais técnicos de outras áreas, técnico de cardiopneumologia para fazer os ECGs. Terapia da fala e terapia ocupacional que depois também a nível das ECCI e dos cuidados continuados seriam valências importantes, e essas áreas não temos.	342	1,64
Centro	E8	A3\Recursos Humanos	9	9	0	Claro que não. Muito pelo contrário.	36	0,26
Centro	E8	A3\Valências em falta	11	11	0	Há por exemplo, os terapeutas ocupacionais por exemplo, ou terapeuta da fala.	77	0,55
Centro	E3	A3\Recursos Humanos	15	15	0	Não. E o ACES concorda.	23	0,08
Centro	E3	A3\Recursos Humanos	21	21	0	Portanto não há de todo recursos suficientes.	45	0,16
Centro	E3	A3\Valências em falta	23	23	0	Sim, devia existir terapia ocupacional, terapia da fala, isso pelo menos deveria existir, por causa da quantidade de processos de reabilitação que são necessários, de AVC e que não damos resposta por causa disso.	212	0,73
Norte	E10	A3\Recursos Humanos	13	13	0	não é fácil conciliarmos os pedidos de colaboração que nos chegam por parte das USF ou das UCSP e das UCC que têm grande atividade na comunidade, muitas atividades de promoção, que também pedem a colaboração dos profissionais e que não é possível	246	1,25
Norte	E10	A3\Recursos Humanos	13	13	0	Tem a ver com a dispersão do nosso concelho, do nosso distrito, do nosso ACES melhor dito. Com locais muito rurais, com poucas acessibilidades, sem entidades convencionadas e como tal os médicos de família referenciam	217	1,10
Norte	E10	A3\Recursos Humanos	13	13	0	Portanto não podemos dizer que temos os recursos suficientes.	61	0,31

Norte	E10	A3\Valências em falta	15	15	0	se tivéssemos aqui profissionais médicos de especialidades, julgo que os utentes ficariam com uma melhor reposta. E outros terapeutas até, terapia da fala por exemplo, ortopedia no caso do pessoal médico.	204	1,03
Norte	E5	A3\Recursos Humanos	17	17	0	Não de todo. Isto é como tudo, depois das necessidades criadas as solicitações vão chegando, e de facto nós temos os pedidos de referenciação que são maioritariamente internos portanto pelos profissionais do ACES têm vindo a aumentar em algumas áreas, nomeadamente no serviço social, nutrição e fisioterapia, e realmente não conseguimos.	337	1,26
Norte	E5	A3\Valências em falta	19	19	0	Na minha opinião a terapia da fala fazia muita falta, eventualmente medicina dentária, mas lá está, isso se calhar tende a extinguir-se.	136	0,51
Norte	E4	A3\Recursos Humanos	13	13	0	Não são de todo os suficientes	30	0,10
Norte	E4	A3\Valências em falta	13	13	0	Em termos de valências seriam necessárias, seria importante termos muitas mais, nomeadamente a nível da fisioterapia, mesmo terapia da fala… a questão da higiene oral que é uma grande lacuna a nível dos CSP, nós aqui não temos nem higienista oral nem dentista, pronto não temos qualquer tipo de profissionais dessa área que seria também uma vantagem muito grande em termos de resposta à nossa população	402	1,36
Norte	E4	A3\Recursos Humanos	13	13	0	Se bem que se fossemos falar em rácios de 1 técnico para 20.000 utentes se calhar ainda poderíamos ter mais um ou dois técnicos de serviço social, temos uma média de 168.000 utentes neste momento, portanto ainda daria para mais. Agora se formos a ver a área da nutrição por exemplo, temos 1 nutricionista para 168.000 utentes, enfim… facilmente se vê que a resposta nunca pode ser aquela que esperaríamos e que gostaríamos	422	1,43
Norte	E4	A3\Recursos Humanos	13	13	0	Na área da psicologia coloca-se exatamente a mesma questão, uma psicóloga quando se preconiza 1 por 20.000 temos 1 para 168.000… fica muito aquém daquilo que seria necessário e desejável	186	0,63

MAXQDA 12 – A4

Grupo do documento	Nome do documento	Código	Início	Fim	Resultado do peso	Segmento	Área	Cobertura %
Algarve	E6	A4\Não\Insuficientes	17	17	0	Falta material e faltam equipamentos	36	0,40
Algarve	E7	A4\Razoavelmente\Poderiam ser melhores	17	17	0	Vão dando para fazer as coisas. Não é o ideal, mas…	51	0,32
Alentejo	E9	A4\Sim	11	11	0	Sim, felizmente a esse nível temos centros de saúde novos em quase todos os concelhos	85	0,51
LVT	E12	A4\Sim	15	15	0	Sim de uma forma geral sim	26	0,13
LVT	E2	A4\Não\Insuficientes	23	23	0	Nós fazemos muita intervenção em grupo, trabalhamos muito na prevenção e na promoção da saúde e há muitas atividades que nos faz falta algum equipamento.	153	0,28
LVT	E2	A4\Não\Insuficientes	23	23	0	As psicólogas queixam-se muito, por exemplo, da falta de… daqueles testes de avaliação, pronto	94	0,17
LVT	E12	A4\Não\Insuficientes	19	19	0	faltam-nos testes, faltam-nos meios de avaliação	48	0,09
LVT	E12	A4\Não\Falta de viatura/motorista	21	21	0	questões da viatura para as visitas domiciliárias	49	0,09
LVT	E12	A4\Não\Insuficientes	21	21	0	Materiais muito específicos que estão fora deste modelo que existia do material para o médico, material para o enfermeiro, material para o assistente técnico.	158	0,29
Centro	E11	A4\Não\Materiais e equipamentos Inoperacionais	11	11	0	há muitos problemas com os equipamentos de radiologia, e se os equipamentos não estão a funcionar os técnicos também não têm o que fazer. Aqui em Aveiro o equipamento está inoperacional antes de eu ter tomado posse como coordenadora.	233	1,12
Centro	E11	A4\Não\Não abrange todas as áreas	15	15	0	Nalgumas áreas sim porque não é preciso muita coisa, mas para outras não.	73	0,35
Centro	E11	A4\Não\Materiais e equipamentos Inoperacionais	15	15	0	também em termos de contratos de manutenção não é feito grande investimento, então é feito de reparação e as reparações são muito mais caras.	141	0,68

Centro	E11	A4\Não\Espaço sem condições	15	15	0	Outra dificuldade que nós temos também é em termos de espaço físico, em muitos locais temos lá o profissional mas não tem espaço para poder trabalhar, nomeadamente no caso da fisioterapia, não há salas amplas o suficiente para além de não haver material também não há salas…	274	1,32
Centro	E11	A4\Não\Não abrange todas as áreas	15	15	0	portanto acabamos por ter algumas áreas que estão sub aproveitadas as suas funções, por esta limitação quer em termos de espaços físicos quer em termos de materiais e equipamentos.	180	0,87
Centro	E8	A4\Não\Não abrange todas as áreas	15	15	0	Não em todos… nalgumas situações sim, noutras situações não.	60	0,43
Centro	E8	A4\Não\Espaço sem condições	15	15	0	estava projetado um ginásio para o novo centro de saúde, a colega… acabámos por ficar com um gabinete pequenito (pequeno para aquilo que ela precisa)	149	1,07
Centro	E8	A4\Não\Espaço sem condições	15	15	0	por exemplo no gabinete da higiene oral não existe, estamos há um ano praticamente à espera que lhe ponham uma bancada com lavatório, que é essencial não é?	156	1,12
Centro	E8	A4\Não\Espaço sem condições	15	15	0	muito antigo sem condições (mas pronto isso é geral, não será só da nossa área) mas é muito mau, não tem aquecimento, não tem… é mesmo muito mau.	145	1,04
Centro	E8	A4\Não\Materiais e equipamentos Inoperacionais	15	15	0	Outra situação tem a ver com a radiologia, não há RX, portanto os colegas da radiologia não estão a exercer radiologia, estão… estão! Portanto não há RX.	153	1,10
Centro	E3	A4\Não\Não abrange todas as áreas	25	25	0	O local onde temos o nosso espaço, onde estamos, temos o material necessário, fizemos o pedido e foi-nos dado, os outros locais não.	132	0,46
Centro	E3	A4\Não\Falta de viatura/motorista	25	25	0	E depois o que se passa é que nós também não temos é como nos deslocar para os outros locais, aí é que há falta de recursos de viaturas, de motoristas não há.	158	0,55
Norte	E10	A4\Razoavelmente\Poderiam ser melhores	17	17	0	Aqui nós temos sempre muita dificuldade em gerir os domicílios no caso do serviço social, porque não temos sempre viaturas disponíveis quando precisamos por exemplo. Agora se falarmos de recursos materiais… e basicamente é mais essa a dificuldade que nós sentimos	263	1,33

Norte	E5	A4\Não\Espaço sem condições	21	21	0	não temos um espaço com capacidade para acolher todos os profissionais que integram a URAP.	91	0,34
Norte	E4	A4\Sim	15	15	0	É assim, neste momento a esse nível penso que não teremos muita falha. Todos nós temos os nossos equipamentos necessários para o trabalho.	138	0,47

MAXQDA 12 – A5

Grupo do documento	Nome do documento	Código	Início	Fim	Resultado do peso	Segmento	Área	Cobertura %
Algarve	E6	A5\Positivos\Equipa Multidisciplinar	19	19	0	Os aspetos positivos é abranger várias áreas e isso é importante, porque ficamos com uma visão mais alargada da saúde e dos cuidados a ter com os utentes.	154	1,72
Algarve	E6	A5\Negativos\Dispersão	19	19	0	Os aspetos negativos é a distância entre as unidades, portanto tanto para o profissional como para o coordenador, as distâncias por vezes bloqueiam um bocado aqui o contacto	173	1,93
Algarve	E7	A5\Positivos\Profissionalismo e empenho	19	19	0	Os aspetos positivos é a vontade dos técnicos em fazerem as coisas e que com as dificuldades todas vão-se pondo os projetos que estão afetos à URAP a andar	155	0,98
Algarve	E7	A5\Negativos\Materiais e equipamentos	19	19	0	Agora o aspeto negativo tem que ver com a falta de recursos, e com a falta de meios.	84	0,53
Alentejo	E9	A5\Negativos\Falta de RH	13	13	0	Eu falaria em primeiro lugar na falta de recursos humanos.	58	0,35
Alentejo	E9	A5\Negativos\Tempo para a coordenação	13	13	0	Depois também acho que é um aspeto bastante importante, que eu vou falando que também percebo e não exijo, é mais horas para a coordenação da URAP.	147	0,88
Alentejo	E9	A5\Positivos\Profissionalismo e empenho	15	15	0	Temos profissionais excelentes, muito disponíveis, com muita vontade de trabalhar, acho que em termos de profissionais eles são excelentes	138	0,82
Alentejo	E9	A5\Positivos\Reconhecimento	15	15	0	acho que somos reconhecidos ao nível do ACES, acho que a nossa direção tanto do ACES, como da ARS, valorizam as nossas necessidades e aquilo que nós fazemos que eu acho que é o mais importante.	193	1,15
LVT	E12	A5\Positivos\Equipa Multidisciplinar	17	17	0	Os aspetos positivos é o facto de nós conseguirmos trabalhar numa equipa grande, e partilharmos também os serviços e desenvolvermos projetos partilhados. Portanto um projeto de prevenção ou de promoção da saúde pode integrar vários elementos	241	1,18

LVT	E12	A5\Positivos\Reconhecimento	17	17	0	Um aspeto positivo também é o reconhecimento dos diversos profissionais por parte das unidades que recorrem e pedem muito este recurso	134	0,66
LVT	E12	A5\Negativos\Falta de RH	17	17	0	O negativo de facto, por exemplo em relação aos fisioterapeutas, eu digo mais os fisioterapeutas porque efetivamente 3 para a população envelhecida que nós temos é manifestamente pouco.	185	0,91
LVT	E2	A5\Positivos\Espírito de equipa	25	25	0	Ora, os aspetos positivos é que já há unidade de profissionais, porque não havia, pronto.	89	0,16
LVT	E2	A5\Negativos\Falta de autonomia/autoridade	27	27	0	eu enquanto coordenadora acho que não me dão autoridade, nem veem autoridade.	77	0,14
			27	27	0	Portanto, perceberem que existir um coordenador de uma unidade não é o chefe, que as pessoas às vezes confundem, e as pessoas perceberem que têm de partilhar aquilo que fazem com os outros, não é só com o coordenador	216	0,39
			27	27	0	Ou seja, eu ando a ver se conquisto esta parte, não sei se está a ver, perceberem que o coordenador tem autonomia daquela unidade, de enviar para as outras unidades o que é que quer que seja relativamente aos profissionais desta unidade.	237	0,43
LVT	E2	A5\Negativos\Falta de regulamentação	27	27	0	não há nenhuma regulamentação desta unidade como há as outras. Saiu geral, nas USFs tinham tudo muito, já muito avançado e específico, nas UCSPs estão de acordo com as USFs num modelo mais soft, vá lá…pouco depois de sair estas coisas do ACES, saiu logo regulação e indicadores e não sei quê para as UCCs, para a URAP zero.	323	0,58
LVT	E1	A5\Positivos\Reconhecimento	26	26	0	A URAP tem muito de positivo, o facto de existirem URAP's deu-nos alguma identidade,	84	0,15

LVT	E1	A5\Positivos\Espírito de equipa	26	26	0	A vantagem é que de facto eu agora estou muito mais em contacto com os colegas do que dantes. Estou em contacto com assistentes sociais, estou em contacto com as fisioterapeutas, e estamos todos um bocadinho mais unidos, e podemos partilhar experiências, formas de estar e criar um modelo comum	294	0,53
LVT	E1	A5\Negativos\Dispersão	26	26	0	A desvantagem é que estamos também ao mesmo tempo muito espartilhados, isto não é partilhados, isto é espartilhados, porque ao mesmo tempo nós acabamos por estar nas unidades mas não somos das unidades,	202	0,37
LVT	E1	A5\Negativos\Resistências à mudança	26	26	0	há unidades que estão a fazer um luto do sentimento de pertença que tinham e que deixaram de ter, porque que tinham uma psicóloga e uma assistente social a tempo inteiro.	170	0,31
Centro	E11	A5\Positivos\Reconhecimento	17	17	0	O resto dos profissionais de saúde já nos reconhece como uma mais-valia, como uma ajuda, uma especialidade em termos de abordagem em algumas áreas e isso acho que é muito bom.	175	0,84
Centro	E11	A5\Negativos\Materiais e equipamentos	17	17	0	material e equipamento	22	0,11
Centro	E11	A5\Negativos\Falta de RH	17	17	0	em termos de números de profissionais de recursos humanos que temos	67	0,32
Centro	E11	A5\Negativos\Dispersão	17	17	0	costumamos dizer que em vez de sermos partilhados somos espartilhados. Porque nós temos de andar sempre de um lado para o outro a dar resposta a muita coisa e às vezes podia ser feita uma atividade um bocadinho mais completa, direcionada, pensada ao longo do tempo e não é porque não temos tempo para isso.	306	1,47
Centro	E8	A5\Negativos\Falta de RH	17	17	0	Negativos talvez a falta de recursos humanos, claro	51	0,37

Centro	E8	A5\Positivos\Espírito de equipa	17	17	0	somos uma equipa relativamente jovem com um bom relacionamento, também o anterior coordenador fez bem o trabalho, tentou unir a equipa, fazer uma equipa, constituir uma equipa. E somos uma equipa penso que boa.	210	1,50
Centro	E3	A5\Positivos\Nível de organização	29	29	0	estarmos organizados já de uma forma razoável	45	0,16
Centro	E3	A5\Positivos\Reconhecimento	29	29	0	o facto de o ACES tanto a direção clínica como a direção executiva nos reconhecerem o trabalho e a capacidade de trabalhar	122	0,42
Centro	E3	A5\Positivos\Profissionalismo e empenho	29	29	0	a maior parte dos profissionais investe e está interessado e quer fazer com que a unidade avance	96	0,33
Centro	E3	A5\Negativos\Resistências à mudança	29	29	0	algumas resistências à mudança logo por parte dos profissionais e que geralmente são os de topo são os mais avenço à resistência	128	0,44
Centro	E3	A5\Negativos\Ausência consciência de grupo	29	29	0	o facto de existir esta pluridisciplinaridade enorme cria resistências porque há áreas que não aceitam que outras áreas possam dar opinião sobre elas.	150	0,52
Centro	E3	A5\Negativos\Resistências à mudança	29	29	0	Mas é muito resistente a mudanças, nomeadamente a nível de documentos, da contratualização está a haver muita resistência devido à avaliação do trabalho há muita resistência.	174	0,60
Norte	E10	A5\Positivos\Equipa Multidisciplinar	19	19	0	o facto de termos esta multidisciplinariedade, já somos uma equipa com algumas valências portanto acho que sim que isto já é bem positivo.	138	0,70
Norte	E10	A5\Negativos\Dispersão	19	19	0	dispersão a que estamos sujeitos, como somos uma unidade transversal de apoio acaba às vezes por acontecer que não nos sentimos parte integrante de sítio nenhum.	161	0,82
Norte	E10	A5\Negativos\Falta de instalações próprias	19	19	0	Eu julgo que isto possa ser uma desvantagem da URAP, o facto de não termos um sítio físico para estar como têm as outras unidades, onde os profissionais daquela unidade estão naquele espaço, nós não temos esse espaço.	217	1,10

Norte	E10	A5\Negativos\Integração nas UF	19	19	0	O facto de sermos partilhados acabamos por ser espartilhados por todo o lado e às vezes há ali alguma dificuldade de integração numa ou outra unidade mais resistente, que entende que a sua unidade é apenas constituída por médicos, por enfermeiros, e por assistentes técnicos.	275	1,39
Norte	E5	A5\Positivos\Profissionalismo e empenho	25	25	0	saliento sempre realmente o profissionalismo e o empenho dos colaboradores efetivamente para o tipo de solicitações que temos.	126	0,47
Norte	E5	A5\Negativos\Falta de instalações próprias	25	25	0	a questão das instalações nós achamos que acaba até por influenciar o próprio espirito da equipa. Porque nós vemo-nos de 15 em 15 dias	134	0,50
Norte	E5	A5\Negativos\Falta de regulamentação	25	25	0	orientações da tutela, que é a ausência de contratualização com as URAP	71	0,26
Norte	E4	A5\Positivos\Equipa Multidisciplinar	17	17	0	o facto de serem profissionais de diferentes áreas tem a sua vantagem, porque acaba por ser uma mais-valia, uma riqueza em termos de conhecimentos que é muito boa, quer para os utentes, quer para próprias as unidades	216	0,73
Norte	E4	A5\Negativos\Falta de regulamentação	19	19	0	Porque como não há grande orientação, que desde início não houve uma orientação de cima	87	0,29
Norte	E4	A5\Negativos\Ausência consciência de grupo	19	19	0	consciência de grupo que somos uma unidade e temos de trabalhar como tal… eu acho que isso ainda não foi conseguido e que acaba por desmotivar um pouco os profissionais	168	0,57
Norte	E4	A5\Negativos\Ausência consciência de grupo	19	19	0	E o trabalho que se gostaria que fosse feito e que se falasse em unidade acaba por não existir. Eu acho que aí é um ponto negativo e cada vez se tem vindo a sentir mais.	169	0,57

MAXQDA 12 – B1

Grupo do documento	Nome do documento	Código	Início	Fim	Resultado do peso	Segmento	Área	Cobertura %
Algarve	E7	B1\Razoavelmente	22	22	2	Em termos de qualidade sim, e modéstia à parte em termos de qualidade sim. Em termos de quantidade não, porque temos dificuldades pela falta de profissionais e o espaço muitas vezes não nos permite	197	1,24
Algarve	E6	B1\Não	22	22	2	Não, de todo. Há sempre muita lista de espera.	46	0,51
Alentejo	E9	B1\Sim	18	18	2	Eu acho que no geral sim. Agora claro que temos sempre o handicap da falta dos recursos (risos) mas no geral, e como digo conseguimos.	134	0,80
LVT	E1	B1\Razoavelmente	29	29	2	Por um lado acho que sim, que respondemos às necessidades quer das populações quer das unidades. Por outro eu acho que não (risos), eu acho que estamos longe de atingir essas necessidades.	188	0,34
LVT	E1	B1\Razoavelmente	31	31	1	Portanto as coisas tiveram uma evolução tão grande, que eu neste momento não sei se apesar da nossa tentativa de dar resposta a todas as necessidades da população, se nós de facto chegamos à necessidade da população.	216	0,39
LVT	E2	B1\Não	30	30	2	recursos humanos escassos portanto não consegue fazer aquilo que deve, vamos esticando. Eu costumo dizer que a URAP é o polvo cá do sítio, que se vai esticando aqui e ali, mas há sítios que não conseguimos mesmo a não ser muito pontualmente.	241	0,44
LVT	E12	B1\Razoavelmente	20	20	2	Em alturas sim noutras alturas as necessidades de saúde, ou as respostas necessárias ficam um bocadinho condicionadas, porque para além de termos o grupo constituído, temos sempre (como em qualquer outra área) situações imprevistas de baixas	241	1,18

Centro	E11	B1\Sim	20	20	2	Sim, penso que sim. De uma maneira geral temos conseguido responder, em termos de abrangência poderíamos abranger mais se fossemos mais recursos humanos.	153	0,74
Centro	E8	B1\Não	20	20	2	Pois não, não temos. Precisamente por causa da questão dos recursos humanos.	76	0,54
Centro	E3	B1\Não	32	32	2	Às necessidades da população, muito limitado.	45	0,16
Centro	E3	B1\Não	32	32	1	Nós tivemos, a URAP tem sempre um problema para dar resposta que é sempre colocado à direção que é: querem que nós tenhamos uma área de abrangência grande e a qualidade… portanto a quantidade aumenta mas a qualidade tem de diminuir, ou querem limitar a área de abrangência e manter a qualidade da intervenção? O que nos foi dito até agora é que querem o primeiro, querem que a população toda tenha acesso às mesmas coisas. E o que se passa é que a população não tem acesso logo a partir do momento que não há recursos, portanto fica no papel mas não fica na prática.	566	1,96
Norte	E10	B1\Sim	22	22	2	Eu penso que sim.	17	0,09
Norte	E10	B1\Sim	22	22	1	para conseguirmos responder nós vamos ajustando os nossos tempos, as nossas agendas, e os dias que temos para aquele… de acordo com as necessidades que vão surgindo	164	0,83
Norte	E5	B1\Sim	34	34	2	Respondemos, não estamos é a conseguir responder no tempo ideal que gostaríamos. Apesar dos nossos tempos de espera serem muito reduzidos, relativamente por aos tempos de espera por exemplo praticados noutros ACES.	214	0,80
Norte	E4	B1\Não	24	24	2	com muitas limitações. Vai-se respondendo mas com consciência que há muito ainda para fazer e que há ainda muitos constrangimentos e sobretudo que caem muito na insuficiência de recursos humanos, acaba por não se conseguir de facto responder às necessidades que surgem, e que são diagnosticadas no ACES.	303	1,03

MAXQDA 12 – B2

Grupo do documento	Nome do documento	Código	Início	Fim	Resultado do peso	Segmento	Área	Cobertura %
Algarve	E7	B2\Equilibrado	24	24	1	Porque como a URAP aqui neste caso, tem profissionais de áreas tão díspares, uns estão mais envolvidos numa coisa, outros noutra.	129	0,81
Algarve	E7	B2\Equilibrado	24	24	2	não se pode falar que há uma tenha mais destaque aqui.	54	0,34
Algarve	E6	B2\Vertente assistencial	24	24	2	Neste caso, é a prestação de cuidados na doença. Só porque promoção e prevenção não.	84	0,94
Alentejo	E9	B2\Equilibrado	20	20	2	No geral fazemos tudo, até porque nós temos programas de saúde nestas áreas todas ao qual estamos integrados.	109	0,65
LVT	E1	B2\Equilibrado	46	46	2	Eu não consigo destacar aqui nada, muito embora ache que não seja esta a perceção dos colegas	93	0,17
LVT	E1	B2\Vertente assistencial	46	46	1	Mas se calhar se formos olhar para os colegas, eles continuam a achar que nós também pomos muito enfase nos cuidados e na prestação dos cuidados.	145	0,26
LVT	E2	B2\Vertente assistencial	37	37	2	com o crescimento das ECCIs, não é? Vai muito para aquele tipo de cuidado que eu não sei como é que está sinceramente (sinceramente isto é a minha ignorância, mas pronto é a minha maneira de ver as coisas) como é que isso vai estar num centro de saúde, que é cuidados de saúde primários, mas cuidados terciários, porque o tempo que o profissional tem de disponibilizar para isso, é completamente diferente do outro.	415	0,75
LVT	E12	B2\Equilibrado	22	22	2	Nós fazemos um bocadinho destas coisas todas.	45	0,22
Centro	E11	B2\Equilibrado	22	22	2	Depende muito da área profissional, depende muito do concelho, porque há um historial para trás mais habituados a ser a prestação de cuidados na doença, há outros concelhos que trabalham mais a parte da promoção da saúde. Portanto isto deve andar equilibrado estas 3 vertentes.	277	1,33

Centro	E8	B2\Vertente assistencial	22	22	2	Se calhar é mais a prestação de cuidados.	41	0,29
Centro	E3	B2\Vertente assistencial	34	34	2	A nível do relatório de atividades, pronto de 2015 estamos em 60% e 40%. 60% para o tratamento, tudo o que é tratamento de doença e 40% para a prevenção e promoção da saúde	172	0,60
Norte	E10	B2\Vertente assistencial	24	24	2	posso-lhe dizer que sim, o que nos ocupa mais tempo é mesmo a questão assistencial.	83	0,42
Norte	E5	B2\Vertente assistencial	38	38	2	É assim nós temos muito movimento assistencial. Projetos próprios da URAP estamos a começar a desenvolvê-los mas não de forma transversal a todas as áreas.	155	0,58
Norte	E4	B2\Vertente assistencial	26	26	2	Aqui se calhar eu acho que, por tudo o que foi dito para trás, que acabamos por cair mais na prestação de cuidados imediatos.	125	0,42

MAXQDA 12 – C

Grupo do documento	Nome do documento	Código	Início	Fim	Resultado do peso	Segmento	Área	Cobertura %
Algarve	E7	C\Sim	27	27	2	Iniciou o ano passado quase de forma… e acho que este ano terá de ser feito outra vez. E dentro do que foi possível foi feita a contratualização interna.	153	0,96
Algarve	E6	C\Sim	27	27	2	Sim interna sim.	16	0,18
Alentejo	E9	C\Não	23	23	2	Não, na verdade diretamente na URAP não	39	0,23
LVT	E1	C\Não	51	51	2	Não, não. Com a contratualização das UCC começamos aqui a desenvolver um bocadinho a necessidade não é, de a URAP contratualizar de facto com algumas unidades.	159	0,29
LVT	E2	C\Não	40	40	2	Não, como nós nem sequer temos indicadores, nem sistema de avaliação… de informação… sistema informático para todas as áreas profissionais, não fazemos nada disso.	163	0,29
LVT	E12	C\Não	25	25	2	Não porque a ARS não tem isso implementado.	43	0,21
Centro	E11	C\Sim	25	25	2	Fizemos o ano passado a primeira vez um processo de contratualização interna do ACES. Mas foi… eu considero que foi um bocado experiência piloto	144	0,69
Centro	E11	C\Sim	25	25	1	Este ano ainda não temos novidades se vamos contratualizar ou não, sei que foi criado um grupo de trabalho com a reforma dos CSP lá em baixo em Lisboa, em que foi também uma profissional aqui da URAP convidada para fazer parte, tiveram esta semana a primeira reunião para trabalharem em termos de definição de indicadores para as URAP.	335	1,61
Centro	E8	C\Sim	25	25	2	Sim houve um… no ano passado em 2016 houve uma contratualização com o ACES, só.	79	0,57
Centro	E3	C\Sim	37	37	2	Sim, 2 anos. Interna com o ACES.	32	0,11
Norte	E10	C\Não	27	27	2	Não, ainda não. Isso tem vindo a ser trabalho, julgo que está a haver um grande interesse nesse sentido da contratualização.	124	0,63

Norte	E5	C\Não	43	43	2	Nós estabelecemos sempre um processo de compromisso interno com o ACES, na medida em que o nosso plano de ação é validado, homologado pelo conselho clinico e da saúde e pela senhora diretora executiva. Contudo sabemos que externamente não podemos considerar isso como uma contratualização	288	1,07
Norte	E4	C\Não	29	29	2	Foram feitas algumas tentativas de contratualização interna. O diretor e o conselho clinico já, de alguma forma, nos lançaram esse mote. Nós tentamos trabalhar em conjunto algum tipo de contratualização mas não foi avante, ainda está em análise porque lá está, vai bater se calhar noutra questão a seguir, mas não temos como monitorizar	336	1,14

MAXQDA 12 – D1

Grupo do documento	Nome do documento	Código	Início	Fim	Resultado do peso	Segmento	Área	Cobertura %
Algarve	E7	D1\Referenciação\Email/telefone	30	30	0	Então como é que articulação é feita? Ou via telefone	53	0,33
Algarve	E7	D1\Referenciação\Formulário próprio	30	30	0	A referenciação por exemplo no nosso caso das salas de movimento, a referenciação é feita por um impresso próprio	113	0,71
Algarve	E6	D1\Referenciação\Formulário próprio	30	30	0	a direção executiva envia uma circular interna com os procedimentos a ter para prescrever… para fazer prescrições para os profissionais da URAP.	144	1,61
Algarve	E6	D1\Referenciação\Plataformas informáticas	32	32	0	Através de prescrições através de uma plataforma, do SClinico	61	0,68
Alentejo	E9	D1\Referenciação\Email/telefone	26	26	0	Pronto, aqui a articulação é feita muito pessoalmente via email.	64	0,38
LVT	E1	D1\Referenciação\Através do profissional	66	66	0	Fazemos muito individualmente, portanto cada técnico faz à sua maneira.	71	0,13
LVT	E1	D1\Apoio Unidades\Deslocação às UF	66	66	0	as assistentes sociais vão às unidades	38	0,07
LVT	E1	D1\Apoio Unidades\Polos	66	66	0	as psicólogas ficam no polo, as fisioterapeutas só estão aqui…	62	0,11
LVT	E2	D1\Referenciação\Através do profissional	45	45	0	dentro daquela unidade, até porque os profissionais trabalham dentro das outras unidades, não é? O ponto, o elo de ligação tem de ser aquele profissional. Portanto imagine que uma USF precisa de determinado tipo de profissional, de desenvolver não sei quê… tem de falar com aquele profissional, e o profissional tem de dar conhecimento ao coordenador.	351	0,63
LVT	E2	D1\Apoio Unidades\Deslocação às UF	45	45	0	As únicas que temos de debitar horas (falemos assim) e dizer que está um número de horas, é as UCCs, porque eles têm lá aquelas características.	144	0,26

LVT	E12	D1\Apoio Unidades\Deslocação às UF	28	28	0	há modelos da URAP que funcionam de forma diferente consoante os ACES, nós pela própria população e a área geográfica, o recurso da URAP desloca-se à unidade, portanto não há polos.	181	0,89
LVT	E12	D1\Referenciação\Email/telefone	28	28	0	a fisioterapeuta e a terapeuta ocupacional, a referenciação é feita através do email, portanto e não têm de estar na unidade. Vão lá para fazer a articulação em termos de discussão de casos clínicos, a nível dos acompanhamentos, mas não estão necessariamente na unidade, porque lá está desenvolvem atividade no domicílio.	321	1,57
LVT	E12	D1\Apoio Unidades\Deslocação às UF	28	28	0	Agora em termos de permanência na unidade, há sempre 1 psicólogo e 1 assistente social. Claro que não é todos os dias da semana, porque esse psicólogo e esse assistente social vão repartir o seu tempo, as suas horas com outras unidades.	236	1,16
Centro	E11	D1\Referenciação\Formulário próprio	28	28	0	temos um protocolo de referenciação em que em cima estão as áreas que têm consulta para a pessoa que referencia assinalar qual é a área que pretende.	149	0,72
Centro	E11	D1\Referenciação\Formulário próprio	28	28	0	Relativamente a outras atividades doutras unidades funcionais que precisem da nossa colaboração também está criado um protocolo de pedido de colaboração seja para as UCC, seja para a USP, ou para qualquer outra USF ou UCSP	222	1,07
Centro	E11	D1\Referenciação\Email/telefone	28	28	0	Quando não há esse preenchimento também por email podem mandar um pedido de colaboração em que depois se não vier com conhecimento para esse profissional a resposta vai com conhecimento desse profissional, e por email também são pedidas colaborações.	250	1,20
Centro	E8	D1\Referenciação\Plataformas informáticas	30	30	0	Existem os contactos diretos pelos sistemas de informação	57	0,41
Centro	E8	D1\Referenciação\Email/telefone	30	30	0	por email, por pronto… não existe assim nada estruturado.	57	0,41

Centro	E3	D1\Referenciação\Formulário próprio	40	40	0	Quando não há sistema informático, há o modelo da URAP que foi aprovado em conselho clínico, onde o médico de família… a unidade básica de saúde referencia os utentes, porque os utentes não estão na URAP	203	0,70
Centro	E3	D1\Referenciação\Plataformas informáticas	40	40	0	e é feito ou por SClinico nas áreas que já têm Sclinico	55	0,19
Norte	E10	D1\Referenciação\Plataformas informáticas	30	30	0	preferencialmente a articulação com as unidades, as referenciações que nos fazem era via o sistema de apoio ao assistente social.	129	0,65
Norte	E10	D1\Referenciação\Formulário próprio	30	30	0	Os outros profissionais foi criado um modelo próprio e era através desse modelo que a referenciação era feita e cada profissional depois dava informação de retorno ao profissional que lhe sinalizou a situação.	209	1,06
Norte	E5	D1\Referenciação\Formulário próprio	46	46	0	elaborámos uma ficha de referenciação comum a todas as áreas, a todos os conteúdos funcionais existentes na URAP.	113	0,42
Norte	E4	D1\Apoio Unidades\Deslocação às UF	32	32	0	nós deslocamo-nos às unidades de saúde familiares, temos os dias previamente definidos, com o horário definido.	111	0,38
Norte	E4	D1\Referenciação\Plataformas informáticas	32	32	0	E as próprias unidades já sabem que podem agendar-nos e agora via SClinico também é mais…acaba por ser mais fácil. Marcam para aquele dia e nós deslocamo-nos à unidade	167	0,57
Norte	E4	D1\Apoio Unidades\Polos	32	32	0	Em termos das outras áreas, nomeadamente a psicologia, nutrição e de cardiopneumologia estão a funcionar em dois polos	118	0,40

MAXQDA 12 – D2

Grupo do documento	Nome do documento	Código	Início	Fim	Resultado do peso	Segmento	Área	Cobertura %
Algarve	E7	D2\Sim	32	32	0	Existe, existe. Quando foi feito o regulamento interno, portanto há um regulamento interno da URAP e com a caraterização de cada um dos profissionais das áreas, e há manuais de articulação sim.	193	1,22
Algarve	E6	D2\Não	34	34	0	Não, só existe mesmo as circulares.	35	0,39
Alentejo	E9	D2\Sim	28	28	0	Portanto há um manual de articulação do ACES onde está integrado também a parte da URAP.	88	0,52
LVT	E1	D2\Não	66	66	0	Acho que é extremamente importante termos um manual de articulação. O que é que nos está a demorar nisto? Pronto, para além do pouco tempo que temos para pensar nestas coisas todas, confesso… acho que isto é o problema de estarmos assim, de darmos resposta a muitas coisas e depois não temos tempo para pensar neste tipo de coisas.	331	0,60
LVT	E2	D2\Não	47	47	0	Não, não há. Mas nós estamos a construir. Pronto, começámos primeiro por grupo profissional a fazer quais são os procedimentos como é que se referenciam	152	0,27
LVT	E12	D2\Sim	30	30	0	Sim, nós temos manual de articulação da psicologia	50	0,24
LVT	E12	D2\Sim	30	30	0	Há também um manual e protocolo de articulação das fisioterapeutas também constituído em 2015/2016 e as terapeutas ocupacionais também construíram o seu manual. Os assistentes sociais estão em fase de finalização dos manuais, portanto já construíram mas tiverem que alterar algumas coisas e está numa fase final.	312	1,53
Centro	E11	D2\Sim	5	5	0	Existe também um manual de articulação e há já circuitos definidos de como referenciar para uma das áreas da URAP, ou como pedir a colaboração de algum dos técnicos da URAP para alguma atividade de outra unidade funcional.	222	1,07

Centro	E8	D2\Sim	30	30	0	Acordo de parceria. Fizemos com algumas UCC pelo menos com 3. E com as outras unidades não existe acordo nem protocolos, nem nada mais formal.	142	1,02
Centro	E3	D2\Sim	42	42	0	Manual não, existem protocolos. O manual está ainda em elaboração.	66	0,23
Norte	E10	D2\Sim	33	33	0	Existe um geral no ACES, portanto existe um manual de articulação geral, onde está descrito todos os procedimentos de articulação quer com a URAP, quer com todas as outras unidades do ACES.	189	0,96
Norte	E5	D2\Sim	48	48	0	Sim existe um manual de articulação.	36	0,13
Norte	E4	D2\Não	36	36	0	Não, formalmente não. Já trabalhamos nisso, mas formalmente não está, pronto o manual não está homologado digamos.	114	0,39

MAXQDA 12 - D3

Grupo do documento	Nome do documento	Código	Início	Fim	Resultado do peso	Segmento	Área	Cobertura %
Algarve	E7	D3\Razoável	36	36	0	Acho que são suficientes, são suficientes.	42	0,26
Algarve	E6	D3\Mau	38	38	0	Não, não está bem articulado. Nós solicitamos apoio e não é dado. Portanto o pagamento de taxas moderadoras, os utentes simplesmente vão fazer exames e não pagam, porque já pedi apoio à UAG e não consigo ter esse apoio.	219	2,44
Alentejo	E9	D3\Bom	30	30	0	em relação à URAP excelente. Trabalhamos muito em parceria sobretudo com a parte dos recursos humanos, que a URAP é mais a parte da gestão dos recursos. Portanto há uma ligação muito grande à UAG, sobretudo aos recursos humanos.	228	1,36
LVT	E1	D3\Bom	72	72	0	temos muito apoio quer da UAG, quer da direção	46	0,08
LVT	E2	D3\Bom	59	59	0	Ou eu tenho um bom relacionamento, ou eles me apoiam naquilo que eu vou apresentando, ou então ninguém consegue coordenar uma unidade, como esta, especialmente como esta, porque não há nada escrito não há regulamento, não há nada. Portanto ou eu tenho muito bom relacionamento não é só conselho clinico e diretor executivo, é com os recursos humanos, tenho muito boa relação com eles, eles apoiam-me.	400	0,72
LVT	E12	D3\Bom	34	34	0	a articulação com a UAG é excelente, sempre.	44	0,22
Centro	E11	D3\Bom	32	32	0	Há uma boa articulação, há apoio, há espaço para ouvirem as nossas dificuldades, há interesse em resolverem as nossas dificuldades. Muitas vezes não é da maneira mais rápida que todos queríamos mas muitas vezes também não passa por eles essa responsabilidade.	259	1,25
Centro	E8	D3\Razoável	36	36	0	Razoável, acho que é razoável. Podia ser melhor.	48	0,34
Centro	E3	D3\Bom	44	44	0	Como já lhe disse, funciona bem… dão-nos lugar e reconhecem claramente o nosso trabalho sim.	92	0,32

Norte	E10	D3\Bom	39	39	0	Sentimos apoio por parte da direção e do conselho clínico, temos tido muito apoio por parte da unidade de apoio à gestão.	121	0,61
Norte	E5	D3\Bom	50	50	0	Porque de facto quer em termos de procedimentos internos, quer em termos de relacionamento externo, quer com os órgãos diretivos como lhe disse, quer com as restantes unidades funcionais do ACES, existe uma boa comunicação. Existe também um bom poder de escuta, é como eu digo, aquilo que a URAP sugere, é de facto ouvido, é tido em conta.	339	1,26
Norte	E4	D3\Razoável	38	38	0	vão protelando um pouco. Mas em situações pontuais de urgência, facilmente conseguimos chegar a esses órgãos e ter o apoio necessário.	134	0,45

MAXQDA 12 – D4

Grupo do documento	Nome do documento	Código	Início	Fim	Resultado do peso	Segmento	Área	Cobertura %
Algarve	E7	D4\Sim	38	38	0	Até por força dos projetos que estão inseridos na URAP isso acontece.	69	0,43
Algarve	E7	D4\Sim	38	38	0	há parcerias pontuais com entidades como a câmara, há parcerias com as piscinas, dias comemorativos em que interligamos com os bombeiros e somos solicitados para uma atividade, ou uma ação de movimento. Sempre que possível, sempre que se justifique sim.	253	1,59
Algarve	E6	D4\Sim	40	40	0	Sim, externos intervém na parte de apoio às prisões do CAT o IDT, e também a nível da radiologia das prescrições privadas que possam vir tendo.	143	1,59
Alentejo	E9	D4\Sim	34	34	0	Sim, exatamente sempre que estejam relacionados com as áreas funcionais da URAP.	80	0,48
LVT	E1	D4\Sim	78	78	0	Nós interligamos quer com a psiquiatria, quer com a pedopsiquiatria. Interligamos com… depois em termos de serviço social com as IPSS's e com as entidades locais, interligamos diretamente.	188	0,34
LVT	E2	D4\Não	63	63	0	Não.	4	0,01
LVT	E2	D4\Não	63	63	0	Portanto essa articulação… o serviço social está já a dar um passo, está a andar mais depressa, os outros estão um bocadinho atrasados.	135	0,24
LVT	E12	D4\Sim	40	40	0	Eu não posso dizer que seja uma coisa muito formal, mas nós temos por exemplo a ligação dos recursos da psicologia por exemplo, nós ligamos para os hospitais, e fazemos a articulação com os serviços de psiquiatria e pedopsiquiatria e psicologia sempre que necessário. A mesma coisa relativamente ao serviço social, sempre que necessitam de alguma coisa também articulam com os serviços sociais dos hospitais.	408	2,00

LVT	E12	D4\Sim	40	40	0	E relativamente às TDT's também articulam com os lares, o apoio domiciliário, portanto há esta articulação, talvez mais informal mas que funciona.	146	0,71
Centro	E11	D4\Não	34	34	0	normalmente a primeira linha é o hospital com o conselho clinico, e depois é que contactam com a URAP se houver necessidade.	124	0,60
Centro	E8	D4\Sim	38	38	0	Sim	3	0,02
Centro	E3	D4\Sim	46	46	0	Sim quando há questões que têm a ver com as áreas profissionais da URAP geralmente o conselho clínico chama-nos.	112	0,39
Norte	E10	D4\Sim	43	43	0	Sim, quer dizer se calhar esta ligação até é mais comum com os profissionais de serviço social. Portanto são estes profissionais que têm mais esta prática de fazer esta ligação com o exterior	191	0,97
Norte	E5	D4\Sim	54	54	0	Também, mais concretamente o serviço social. O serviço social por natureza, pelo próprio conteúdo funcional tem muita necessidade de articular com as outras instituições externas da comunidade. Desde IPSS, desde os municípios, o próprio tribunal, o ministério publico, os serviços de justiça, portanto fazemos essas articulações de forma autónoma, pronto e as instituições também articulam connosco.	399	1,49
Norte	E4	D4\Não	40	40	0	toda essa articulação é feita através do diretor executivo e conselho clínico, portanto são os órgãos de direção que fazem essa articulação, não nós diretamente.	161	0,55

MAXQDA 12 – D5

Grupo do documento	Nome do documento	Código	Início	Fim	Resultado do peso	Segmento	Área	Cobertura %
Algarve	E7	D5\Sem dificuldades	40	40	0	Penso que não seja a maior dificuldade.	39	0,25
Algarve	E7	D5\Dificuldades\Sistemas de informação	40	40	0	Penso que com o SClinico a funcionar eficazmente iria facilitar um bocadinho as coisas	86	0,54
Algarve	E6	D5\Dificuldades\Incompreensão	44	44	0	como lhe disse é que há uma resistência muito grande dos clínicos a prescrever de uma certa forma, ou a prescrever corretamente, e com isso existe alguma dificuldade.	166	1,85
Alentejo	E9	D5\Sem dificuldades	36	36	0	Eu acho que a articulação tem sido boa e até muito facilitada, o que tem sido muito bom. Eu acho que é um trabalho realizado localmente pelas unidades, eu acho que se trabalha muito bem.	186	1,11
LVT	E1	D5\Dificuldades\Sistemas de informação	72	72	0	E isso é que às vezes é uma inoperância, mas eu não sei se isso é uma inoperância das URAP, se é contra as URAP e acho que é uma inoperância dos próprios sistemas, porque somos todos poucos e não temos recursos	210	0,38
LVT	E2	D5\Dificuldades\Formalização	71	71	0	as pessoas perceberam porque é que estamos juntos, a importância de estarmos juntos, de pensarmos algumas coisas em conjunto. Agora quero passar para essa parte de formalizar as coisas.	185	0,33
LVT	E12	D5\Dificuldades\Formalização	42	42	0	Eu acho que estas coisas devem estar formalizadas, os protocolos devem ser formalizados, devem ser validados, que é para nós percebermos qual é o nosso campo e qual é o campo do outro.	184	0,90
Centro	E11	D5\Dificuldades\Dispersão	40	40	0	Muitas vezes é o facto de sermos espartilhados porque há alturas em que todas as unidades se lembram de pedir e nós não temos capacidade de resposta e pode haver coisas que vão ficando para trás	194	0,93

Centro	E8	D5\Dificuldades\Incompreensão	41	41	0	Há aqui um bocado de incompreensão relativamente há nossa unidade. Acham que nós estamos aqui, e qualquer coisa… quer dizer nós também temos necessidade de contabilizar o nosso trabalho e registar as nossas atividades esse tipo de situações.	241	1,73
Centro	E8	D5\Dificuldades\Formalização	41	41	0	agora precisamos é de alguma coisa formal que prove, ou que dê para nós provarmos aquilo que nós fazemos, é porque depois a ideia é que nós não fazemos nada.	157	1,12
Centro	E3	D5\Dificuldades\Incompreensão	48	48	0	Com as unidades funcionais tem muito a ver com desconhecimento, algumas unidades desconhecem o que é que nós andamos aqui a fazer principalmente a unidades mais novas e as mais longe do centro de decisão	203	0,70
Centro	E3	D5\Dificuldades\Incompreensão	48	48	0	Depois temos a questão dos critérios de referenciação em si que muitas vezes não são compreendidos. Os médicos referenciam à mesma o que não é para referenciar e andamos assim.	176	0,61
Norte	E10	D5\Sem dificuldades	45	45	0	Eu julgo que não temos tido assim grande dificuldade, que é fácil.	66	0,33
Norte	E5	D5\Sem dificuldades	56	56	0	Eu não sinto propriamente dificuldades de articulação	53	0,20
Norte	E4	D5\Sem dificuldades	42	42	0	em termos das unidades aqui do ACES, a articulação tem sido feita até sem grandes problemas.	92	0,31
Norte	E4	D5\Dificuldades\Incompreensão	42	42	0	estou a falar pela reação das colegas que vão de alguma forma mostrando algum desagrado, alguns profissionais parece que ainda não sabem bem qual é a função dos profissionais da URAP.	183	0,62

MAXQDA 12 – E

Grupo do documento	Nome do documento	Código	Início	Fim	Resultado do peso	Segmento	Área	Cobertura %
Algarve	E7	E\Sim	43	43	0	Do ACES é sim.	14	0,09
Algarve	E6	E\Não	47	47	0	Não.	4	0,04
Alentejo	E9	E\Sim	39	39	0	Sim. Portanto há esse cuidado e cada vez mais vamos falando sobre governação clinica e de saúde sim.	100	0,60
LVT	E1	E\Sim	83	83	0	Do ACES sim. Pronto, os conselhos clínicos têm muito essa função. Ao nível da URAP, nós ainda estamos na estrutura, nós ainda não conseguimos passar este patamar da estrutura.	175	0,32
LVT	E2	E\Não	74	74	0	Agora se o ACES não tiver por exemplo nos seus indicadores… não pensar na URAP (que é o que tem sido até aqui) perceber qual é o potencial da URAP (que eu acho que as pessoas também não perceberam um bocado) isto não funciona. Mesmo havendo depois uma contratualização, eu para contratualizar tem de estar alguma coisa relacionada com os profissionais da URAP nos indicadores no ACES.	384	0,69
LVT	E12	E\Sim	45	45	0	É assim de certa medida sim, nós podemos dizer que sim.	55	0,27
LVT	E12	E\Sim	45	45	0	A nível do ACES também existe, a nível da direção cada vez se caminha mais para a governação clinica e da saúde.	112	0,55
Centro	E11	E\Sim	43	43	0	Sim do ACES sim.	16	0,08
Centro	E8	E\Sim	44	44	0	Sim.	4	0,03
Centro	E3	E\Sim	53	53	0	Do ACES sim claramente. Da unidade estamos a ter uma resistência interna porque há pessoas que têm medo da governação clínica, porque é uma gestão por objetivos	160	0,55
Norte	E10	E\Sim	48	48	0	No ACES sim.	12	0,06
Norte	E5	E\Sim	61	61	0	Sim, em interligação com o ACES.	32	0,12

Norte	E4	E\Sim	47	47	0	Isso sempre foi desde um início, acho que foi uma mais-valia também para nós, porque foi a forma de começarmos a conhecer toda a dinâmica de funcionamento do ACES, nomeadamente das USF que são o motor de todo o trabalho. E se calhar se não fosse esta preocupação por parte, quer do diretor, quer do conselho clinico, de nos chamar a participar a estar presentes, se calhar muito nos iria passar ao lado e não íamos conseguir envolver-nos da mesma forma.	453	1,53

MAXQDA 12 – F1

Grupo do documento	Nome do documento	Código	Início	Fim	Resultado do peso	Segmento	Área	Cobertura %
Algarve	E7	F1\Sim	46	46	2	em algumas áreas já.	20	0,13
Algarve	E7	F1\Sim\Restrições	46	46	1	Por exemplo em termos de eletrocardiografia aquilo é registado informaticamente. Há 2 assistentes sociais, porque fizeram questão e lá lhes arranjaram uma senha, mas as coisas estão numa fase muito embrionárias ainda.	217	1,37
Algarve	E6	F1\Sim\Restrições	50	50	2	É assim, nós temos só que não está a funcionar ainda convenientemente.	70	0,78
Algarve	E6	F1\Sim	52	52	2	Plataforma existe software, existe… o SClinico	46	0,51
Algarve	E6	F1\Sim\Restrições	52	52	1	o SClinico por exemplo ainda não foi autorizado, ou ainda não foi dada a permissão para todos os técnicos terem acederem ao SClinico, neste momento só têm alguns profissionais da URAP, não têm todos ainda.	205	2,29
Algarve	E6	F1\Sim\Restrições	52	52	1	Depois os sistemas, ou as plataformas que existem são diferentes e não há interligação, temos de estar com várias plataformas abertas ao mesmo tempo e isso dificulta um bocadinho o trabalho.	190	2,12
Alentejo	E9	F1\Sim	42	42	0	Temos o SClinico, entretanto ainda anterior ao SClinico foi realizado pela nossa informática da ARS uma plataforma de registo para os profissionais de serviço social. Entretanto estamos também na construção de uma plataforma para as fisioterapeutas e pensamos acrescentar e alargar a todos os outros profissionais.	314	1,87
Alentejo	E9	F1\Sim\Restrições	42	42	1	porque o SClinico é redutor no registo daquilo que todos nós fazemos, o SClinico está somente direcionado para a nossa função assistencial, e tudo o resto que fazemos ao nível da comunidade nas escolas, nas equipas de cuidados continuados, etc. acaba por não poder ser registado no SClinico.	291	1,73

Alentejo	E9	F1\Sim	42	42	2	Temos agora também com os cuidados continuados integrados a plataforma do GESCARE, da rede de cuidados continuados integrados, onde nós profissionais da URAP também registamos e temos onde registar.	198	1,18
LVT	E1	F1\Sim\Restrições	57	57	1	que aquilo que nós perspetivávamos do SClinico é completamente fora daquilo que temos. Nós temos o módulo agenda, que nos dá muito pouco. Dá-nos pouquíssima informação.	168	0,31
LVT	E1	F1\Sim	59	59	2	afinal o SClinico é uma agenda. Que é muito aquilo que nós também fazemos com o SINUS.	86	0,16
LVT	E1	F1\Sim\Restrições	59	59	1	O SINUS só funciona em pleno, em cada servidor. Nós neste ACES temos 5 servidores, portanto andamos aqui a bater com a cabeça nas paredes.	138	0,25
LVT	E2	F1\Sim	85	85	2	A não ser o SClinico.	21	0,04
LVT	E2	F1\Sim\Restrições	85	85	1	O SClinico só para 3 grupos profissionais, mas um ainda não está a 100% que é a fisioterapia.	93	0,17
LVT	E12	F1\Sim	48	48	2	Nós na unidade, portanto uma vez que nós somos um recurso partilhado nós utilizamos os sistemas de informação que as unidades têm. Portanto a nível da URAP temos o SClinico que tem o perfil dos psicólogos, o perfil do assistente social e tem também o perfil da fisioterapia.	274	1,34
LVT	E12	F1\Sim	48	48	2	Temos o SINUS que sempre utilizámos, sempre que não é sempre, mas desde 2013 se a memória não me falha, que utilizamos o SINUS para fazer os registos dos utentes.	162	0,79
LVT	E12	F1\Sim\Restrições	48	48	1	Agora de facto os sistemas de informação são falíveis e são redutores, portanto não têm ainda as valências todas… por exemplo nós não temos uma base de dados, não conseguimos utilizar o SClinico da mesma forma que o médico e o enfermeiro, portanto ainda há aqui muito trabalho a fazer.	285	1,40
Centro	E11	F1\Sim	46	46	2	Temos só o SClinico que é abrangente, que é a nível de todas as unidades e de todos os profissionais de saúde	109	0,52

Centro	E11	F1\Sim	46	46	2	o GESCARE dos cuidados continuados se entra aqui ou não. É da rede nacional dos cuidados continuados é quando há um utente da ECCI que tem o apoio da nutrição ou da fisioterapia ou psicóloga, para além de registarmos no SClinico, também fazemos o registo enquanto profissional dos cuidados continuados no GESCARE	312	1,50
Centro	E8	F1\Sim	47	47	2	Temos agora há relativamente pouco tempo, há 2 semanas ou 3, temos uma pasta partilhada.	88	0,63
Centro	E3	F1\Sim	56	56	2	Temos o SClinico que como já sabe de certeza não foi feito para nós, então aquilo é uma desgraça basicamente.	109	0,38
Centro	E3	F1\Sim\Restrições	56	56	1	enquanto antes do SClínico marcávamos à hora que queríamos porque eu tinha uma agenda do Google, que imprimia dava à assistente administrativa e ela marcava as horas que lá estavam. Agora não, não posso. E isso veio pôr areia na engrenagem em vez de ajudar.	257	0,89
Centro	E3	F1\Sim\Restrições	58	58	1	Outra coisa é quando fazemos as classes não temos SClinico porque só dá para agendar tratamentos ambulatórios.	110	0,38
Norte	E10	F1\Sim	51	51	2	Neste momento até temos dois, portanto temos o SClinico e temos o sistema de apoio ao assistente social que é o SAAS.	117	0,59
Norte	E10	F1\Sim\Restrições	51	51	1	Neste momento o SClinico só está (estou a falar dos profissionais da URAP) só está a funcionar em pleno para os nutricionistas, têm o módulo agendamento e já o módulo de consulta de nutrição. No caso da psicologia, do serviço social, da fisioterapia, e da radiologia, e da cardiopneumologia só temos o módulo agendamento, portanto ainda não nos é possível registar dados de cada área disciplinar, porque só temos disponível no módulo administrativo.	449	2,28
Norte	E5	F1\Sim	64	64	2	Nós antes de vir o SClinico e como não tínhamos nada, sentimos necessidade realmente de começar a organizar a nossa informação. E começámos logo por criar as agendas SINUS	171	0,64

Norte	E5	F1\Sim	64	64	2	Internamente definimos também, que tudo o que era solicitação, teria de ser registada e formalmente numa base de dados à qual tem acesso única e exclusivamente o serviço administrativo neste sentido, de receber as referenciações, inseri-las e programa-las	255	0,95
Norte	E5	F1\Sim\Restrições	64	64	1	Achamos que ele deveria ser um bocadinho mais explorado, a nutrição tem além do módulo agendamento, já tem o processo clinico desenvolvido, os outros grupos profissionais têm apenas o módulo agendamento.	203	0,76
Norte	E4	F1\Sim	50	50	1	A única plataforma informática que temos agora é o SClinico, pronto.	68	0,23
Norte	E4	F1\Sim\Restrições	50	50	1	Mas em termos de funcionamento, apenas conseguimos gerir (com a exceção da nutrição como já lhe disse há pouco) apenas conseguimos gerir a agenda e notas, temos lá um campo de notas que podemos colocar lá alguma informação e só. É assim, é muito muito insuficiente.	265	0,90

MAXQDA 12 – F2

Grupo do documento	Nome do documento	Código	Início	Fim	Resultado do peso	Segmento	Área	Cobertura %
Algarve	E7	F2\Pessoalmente	48	48	0	Pessoalmente	12	0,08
Algarve	E7	F2\Email/Telefone	48	48	0	por email, por telefone	23	0,14
Algarve	E7	F2\Reuniões	48	48	0	Temos reuniões periódicas também	32	0,20
Algarve	E6	F2\Email/Telefone	54	54	0	Ah é por email	14	0,16
Algarve	E6	F2\Pessoalmente	54	54	0	contacto físico mesmo.	22	0,25
Alentejo	E9	F2\Email/Telefone	44	44	0	É feita por email	17	0,10
Alentejo	E9	F2\Pessoalmente	44	44	0	pessoalmente	12	0,07
Alentejo	E9	F2\Reuniões	46	46	0	Fazemos uma reunião anual de todos os profissionais, depois os grupos reúnem com a periodicidade trimestral mais ou menos, as áreas profissionais.	146	0,87
LVT	E1	F2\Reuniões	90	90	0	Reuniões de URAP fizemos uma este ano, estou-me a preparar para fazermos uma segunda	84	0,15
LVT	E2	F2\Reuniões	91	91	0	Não sou muito rigorosa mas ficou estipulado por exemplo sempre que se precisa fala-se sobre as coisas, mas pronto trimestralmente.	130	0,23
LVT	E12	F2\Reuniões	50	50	0	temos 3 reuniões anuais da URAP essas são sempre marcadas no final… em dezembro marcamos logo as 3 reuniões. E depois há reuniões pontuais mediante as necessidades se precisamos de preencher algum documento que eu enquanto coordenadora acho que devo ter a opinião, e eu acho sempre que devo envolver o grupo todo, portanto faço uma reunião extra. E depois tenho sempre reuniões pontuais com cada um dos representantes dos grupos	428	2,10
LVT	E12	F2\Email/Telefone	50	50	0	Pronto e conseguimos comunicar através do email, para além do contacto telefónico claro.	88	0,43
Centro	E11	F2\Email/Telefone	48	48	0	Por email, por telefone	23	0,11

Centro	E11	F2\Reuniões	50	50	0	normalmente fazemos uma ou duas reuniões anuais, uma é mais para o final do ano para discutirmos o plano de atividades para o ano seguinte e definirmos como é que vamos elaborar o relatório de atividades, essa acontece todos os anos. A segunda reunião anual é quando há necessidade	281	1,35
Centro	E11	F2\Reuniões	50	50	0	os grupos profissionais têm essa liberdade de reunirem quando há necessidade desde que deem conhecimento para depois se justificarem deslocações e tudo.	152	0,73
Centro	E8	F2\Email/Telefone	49	49	0	Por email, por telefone.	24	0,17
Centro	E8	F2\Reuniões	49	51	0	Fazem também reuniões. Têm alguma periodicidade? Não, tem a ver com as necessidades que se vão sentido. Por exemplo agora para estas situações do plano de ação e relatório de atividades… é mais para estas situações, se bem que era importante também reunirem com alguma regularidade não é? Porque por aquilo que eu me apercebo, dentro da mesma área existem formas de trabalhar diferentes, formas de… e se calhar era bom nesse sentido para uniformizar a forma de atuação.	469	3,36
Centro	E3	F2\Email/Telefone	60	60	0	telefone, email	15	0,05
Centro	E3	F2\Reuniões	60	60	0	E muitas vezes há reuniões por áreas, que com o conselho de gestão técnica, onde se vai discutir algum problema identificado.	125	0,43
Centro	E3	F2\Reuniões	62	62	0	A reunião de conselho geral existem 4 por ano, as do conselho técnico é consoante as necessidades. Antes existia uma por mês, antes de eu ser coordenador, mas aquilo já estava a tornar… já não havia… pronto quando há necessidades.	230	0,80
Norte	E10	F2\Email/Telefone	53	53	0	através de contactos telefónicos, e partilha de emails	54	0,27
Norte	E10	F2\Pessoalmente	53	53	0	pessoalmente quando estamos no mesmo centro de saúde.	53	0,27

Norte	E10	F2\Reuniões	55	55	0	Nós temos reuniões gerais da URAP duas vezes por ano e depois ao longo do ano, mais ou menos de dois em dois meses, existem reuniões de grupos profissionais	156	0,79
Norte	E5	F2\Reuniões	66	66	0	No início, logo nos inícios quando a URAP foi formada, reuníamos mensalmente, depois depressa percebemos que era pouco, e passámos a reunir quinzenalmente.	155	0,58
Norte	E4	F2\Email/Telefone	56	56	0	Portanto funcionamos muito por email, o email é a nossa via de comunicação mais frequente.	90	0,30
Norte	E4	F2\Reuniões	56	56	0	Temos algumas reuniões, normalmente agora temos reunião mensal, sempre que necessário e em alturas que necessitamos de reunir mais vezes para trabalhar a nível dos planos de ação, do relatório de atividades, pronto aí podemos fazer reuniões menos espaçados, por norma reunimos uma vez por mês...	295	1,00

MAXQDA 12 – F3

Grupo do documento	Nome do documento	Código	Início	Fim	Resultado do peso	Segmento	Área
Algarve	E7	F3\Individualizada	50	50	0	cada um tem o seu modelo de registo.	36
Algarve	E6	F3\Individualizada	56	56	0	Não, são individualizadas.	26
Alentejo	E9	F3\Individualizada	48	48	0	Assim pelos nossos sistemas que temos de apoio, pelas plataformas que temos, é individual.	90
Alentejo	E9	F3\Global	48	48	0	No GESCARE na rede dos cuidados continuados é que nós temos a possibilidade de ver os relatórios, a evolução tanto de enfermagem como dos outros profissionais da URAP. E falando na unidade dos cuidados continuados integrados nas ECCI, existe um processo individual do utente (na minha existe) que é manual e que todos escrevemos sobre aquele utente.	349
LVT	E1	F3\Individualizada	95	95	0	Sim é, cada grupo faz por si.	29
LVT	E2	F3\Individualizada	97	97	0	De registar não só em termos informáticos como depois do processo do doente. Cada um criou aquilo que acha… tentou-se é que os grupos fizessem o mesmo e isso conseguimos… o mesmo tipo de folha, pronto para tentar uniformizar aqui algumas coisas	244
LVT	E12	F3\Individualizada	54	54	0	Sim cada profissional tem a sua área de registo sim.	52
Centro	E11	F3\Individualizada	52	52	0	Individualizada, cada área faz os seus registos e havendo necessidade também articulamos os dois profissionais ou três, aqueles que estão envolvidos também falamos entre nós. Mas cada área tem o seu processo clínico.	216
Centro	E8	F3\Individualizada	53	53	0	Quem tem SClinico não consegue aceder aos registos mas consegue ver registos mais… as informações mais gerais. Consigo ver se teve na psicologia, se teve na fisioterapia, pronto. Mas no aspeto de conseguirmos ver o processo completo com todas… não é possível.	259

Centro	E3	F3\Global	64	64	0	É realizada em SClinico, sendo que cada profissional tem acesso ao SClinico e é aí que regista a avaliação, transmite a informação ao profissional que referenciou o utente, aquilo tem umas notas e uma mensagem onde nós enviamos a informação de retorno e é feita assim.	268
Centro	E3	F3\Global	66	66	0	Se acharmos que é confidencial tem lá uma parte que fica confidencial. Quando é coisa que é para ter acesso a equipa toda retiramos o confidencial e toda a gente que entrar no processo daquele utente no SClinico tem acesso a isso.	230
Norte	E10	F3\Global	57	57	0	com a existência do SClinico e apesar de não termos… apesar de só termos o módulo de agenda… é possível fazer registo de notas. Não é possível entrar no processo da psicologia, do serviço social, da fisioterapia… mas é possível no módulo agendamento fazer notas. Portanto os profissionais se fizeram lá as suas notas o médico de família tem acesso a elas. Assim como nós temos acesso ao que os outros (enfermeiro e médico) registam.	432
Norte	E5	F3\Individualizada	68	68	0	Em termos de registo clinico individualizada.	45
Norte	E5	F3\Individualizada	68	68	0	O SClinico tem apenas o módulo agendamento disponível, mas depois tem vários ícones, nomeadamente um que é correspondente às notas e que pode conter informação que se queira partilhar com o outro profissional. Mas o outro profissional é o médico ou o enfermeiro de família.	273
Norte	E4	F3\Individualizada	62	62	0	É assim é individualizada, tudo individualizado. E sem acesso aos profissionais acompanharem o mesmo utente.	108

MAXQDA 12 – G1

Grupo do documento	Nome do documento	Código	Início	Fim	Resultado do peso	Segmento	Área	Cobertura %
Algarve	E7	G1\Sim	53	53	0	Há, eu tenho através da estatística que me enviam eu tenho mais ou menos uma noção, embora esta estatística vale o que vale.	124	0,78
Algarve	E6	G1\Não	59	59	0	Ainda não. Quer dizer existe e porque nós fizemos a contratualização interna. Mas avaliação em si que… não está as ser efetuada.	128	1,43
Alentejo	E9	G1\Não	51	51	0	Não.	4	0,02
LVT	E1	G1\Sim	98	98	0	Sim	3	0,01
LVT	E2	G1\Não	102	102	0	E têm de ser criados indicadores, não que não os saibamos criar, mas depois têm de ser monitorizados, senão não posso fazer uma avaliação.	138	0,25
LVT	E12	G1\Sim	57	57	0	Sim, nós como lhe disse temos o sistema de avaliação do SIADAP que acaba por também… e a avaliação vossa das TDT's, que acabo por anualmente através do relatório de atividades, há uma avaliação sobre as atividades que decorreram.	229	1,12
Centro	E11	G1\Sim	55	55	0	Sim.	4	0,02
Centro	E8	G1\Não	56	56	0	Da URAP especificamente não.	28	0,20
Centro	E3	G1\Sim	69	69	0	Sim primeiro porque já temos contratualização. Portanto a avaliação dos profissionais e a contratualização teve muito… é a avaliação da unidade em si. Só há um indicador que é por área profissional, e outro é por unidade em si, por um todo	239	0,83
Centro	E3	G1\Sim	69	69	0	E depois temos o SIADAP para os profissionais que têm SIADAP, que são todos menos os técnicos de diagnóstico e terapêutica que continuam a ser avaliados pelo 564 que não faz sentido nenhum nos CSP	196	0,68

Norte	E10	G1\Sim	60	60	0	É assim a única avaliação que neste momento que nós conseguimos fazer é uma avaliação quantitativa, que é através das consultas realizadas, do número de atividades em que participamos	183	0,93
Norte	E5	G1\Sim	71	71	0	Existe a avaliação do nosso desempenho enquanto unidade, foi aquilo que já falei há bocadinho, aquilo que está definido no plano de ação. E depois existe a avaliação individual de cada profissional que é o SIADAP à exceção da fisioterapia que ainda não está abrangida por esse sistema de avaliação da administração pública, tem um sistema próprio como sabe, mas isso é na mesma operacionalizado	394	1,47
Norte	E4	G1\Sim	65	65	0	É assim nós avaliamos, vamos avaliando dentro dos meios que temos, mas que sabemos que não é a avaliação que pretendíamos que existisse.	136	0,46

MAXQDA 12 – G2

Grupo do documento	Nome do documento	Código	Início	Fim	Resultado do peso	Segmento	Área	Cobertura %
Algarve	E7	G2\Tem\Função assistencial	57	57	0	Não me lembro de cor, mas nós escolhemos uns 10 ou 12 indicadores que tinham a ver com… agora não me lembro de cor, tinha a ver com o compromisso para este ano por exemplo era aumentar x% número de casos atendidos em relação ao ano anterior, por exemplo.	254	1,60
Algarve	E6	G2\Tem\Função assistencial	61	61	0	é a nível de número de consultas ou de número de exames efetuados não estou a ver qual é outro indicador que possa ser aqui efetuado.	133	1,48
Alentejo	E9	G2\Tem\Função assistencial	53	53	0	Neste momento a única coisa que se consegue ver em termos de monitorizar aquilo que nós fazemos, na maioria das áreas todas, é efetivamente a nossa função assistencial, o número de consultas.	191	1,14
LVT	E1	G2\Tem\Profissionais	100	100	0	Muitos dos nossos indicadores estão relacionados com os nossos SIADAP	69	0,13
LVT	E1	G2\Tem\Referenciação	100	100	0	A referenciação da função assistencial tem muito peso.	54	0,10
LVT	E2	G2\Não tem	104	104	0	Não, não temos nada.	20	0,04
LVT	E12	G2\Tem\Satisfação	59	59	0	satisfação dos utentes em relação à consulta da psicologia e este ano vamos fazer em relação à fisioterapia, porque está criada uma base de dados caseira nossa, e que permite depois tirar esses dados. E vamos também avaliar a satisfação relativamente ao serviço social.	269	1,32
LVT	E12	G2\Tem\Função assistencial	59	59	0	Depois temos os indicadores assistenciais, portanto o número de consultas realizadas, aquilo que já falei um bocadinho anteriormente, a taxa de capacidade instalada, a taxa de efetivação.	187	0,92

LVT	E12	G2\Tem\Satisfação	59	59	0	Também avaliamos as reclamações, portanto é um indicador também da qualidade também tem a ver com o número de reclamações que incidem sobre a URAP, anualmente fazemos essa avaliação.	182	0,89
Centro	E11	G2\Não tem	57	57	0	Atualmente não há nada, estamos à espera de orientações	55	0,26
Centro	E8	G2\Tem\Profissionais	58	58	0	temos o SIADAP e a avaliação dos técnicos de diagnóstico e terapêutica.	71	0,51
Centro	E3	G2\Tem\Função assistencial	71	71	0	Taxa de utilização	18	0,06
Centro	E3	G2\Tem\Função assistencial	71	71	0	cobertura assistencial isto é capacidade de efetivar o que está agendado, basicamente é medir as faltas que existem	115	0,40
Centro	E3	G2\Tem\Referenciação	71	71	0	capacidade de resposta à primeira avaliação apontamos para 30 dias, após a referenciação tentar responder em 30 dias à primeira avaliação	137	0,47
Centro	E3	G2\Tem\Formação	71	71	0	a formação inter unidades como lhe falei há bocado	50	0,17
Centro	E3	G2\Tem\Partilhados com UF	71	71	0	e o quinto que nos foi imposto é um indicador partilhado com a UCC que é: o nº de utentes em ECCI que são alvos de intervenção de um profissional da URAP nas 48 horas.	167	0,58
Norte	E10	G2\Tem\Função assistencial	62	62	0	É o número de consultas, de atividades… é uma avaliação muito quantitativa.	75	0,38
Norte	E5	G2\Tem\Referenciação	73	73	0	a resposta às avaliações multidisciplinares aos utentes integrados em ECCI; a resposta às solicitações vindas das UCC, também já constituía objetivo do nosso plano de ação	171	0,64
Norte	E5	G2\Tem\Formação	73	73	0	depois também tínhamos objetivos relacionados com a formação externa, ou seja para os profissionais do ACES	107	0,40
Norte	E5	G2\Tem\Satisfação	73	73	0	e depois tínhamos objetivos de qualidade em que mediamos o grau de satisfação dos utentes e o grau de satisfação dos profissionais da URAP.	139	0,52
Norte	E4	G2\Não tem	67	67	0	Não.	4	0,01

MAXQDA 12 – H

Grupo do documento	Nome do documento	Código	Início	Fim	Resultado do peso	Segmento	Área	Cobertura %
Algarve	E7	H\Reconhecimento	60	60	0	A URAP tem de ser encarada como unidade que efetivamente é, mas muitas vezes não encarada. Aquilo que eu sinto como coordenador ao fim destes anos, é que é encarada como a unidade menor, pronto.	194	1,22
Algarve	E7	H\Incentivos	60	60	0	enquanto um coordenador de uma UCC, o enfermeiro coordenador de um projeto qualquer tem incentivos mesmo monetários, financeiros. Na URAP não há qualquer tipo de incentivo, nem monetário, nem há isenção de horário, não há nada, não há incentivo nenhum.	252	1,59
Algarve	E7	H\Recursos Materiais	60	60	0	Mas pronto é isso, era dotar dos meios materiais e físicos necessários para desenvolver os projetos.	100	0,63
Algarve	E7	H\Sistemas Informação	60	60	0	E sistemas, nomeadamente a parte informática e definirem muito bem as coisas.	77	0,49
Algarve	E6	H\Sistemas Informação	64	64	0	As plataformas deveriam ser as mesmas para todos os profissionais com perfis diferentes. Haver só uma plataforma e depois tratá-la, e depois consoante a profissão adaptar a plataforma à profissão.	196	2,19
Algarve	E6	H\Regulamentação	64	64	0	a tutela deveria apostar mais nesta parte, mas tem de vir de cima, porque nós aqui a nível local não conseguimos fazer nada que cortam-nos logo. Todas essas ordens devem vir de cima, e só estão a apostar nas USF e agora já estão a voltar-se para as UCC. As USP e as URAP estão esquecidas.	288	3,21
Alentejo	E9	H\Contratualização	56	56	0	Eu acho que seria muito importante a contratualização interna. Acho que seria importante e se calhar seria uma definição para todos nós em temos de objetivos para o que é que nós temos de trabalhar efetivamente	210	1,25

Alentejo	E9	H\Sistemas Informação	56	56	0	Sem dúvida nenhuma sistemas de informação adequados ou completos tendo em conta tudo aquilo que nós fazemos que é muito mais do que as consultas.	145	0,86
Alentejo	E9	H\Recursos Humanos	56	56	0	Eu acho que seria fundamental a adequação em termos de taxa, de número de profissionais, tendo em conta as necessidades das unidades.	133	0,79
Alentejo	E9	H\Regulamentação	56	56	0	Se calhar uma definição mais clara daquilo que é o nosso papel, ou em termos se calhar de pacto local	101	0,60
LVT	E1	H\Reconhecimento	103	103	0	Que a URAP se constituísse de facto como uma unidade, com as suas… com aquilo que lhe é suisgeneris. Pronto, porque nós pagamos muito nesta ambivalência "Somos ou não somos unidade?" "Sou de uma URAP, ou sou daquela unidade?"	225	0,41
LVT	E1	H\Recursos Materiais	105	105	0	A questão está: se uma unidade para abrir precisa de uma série de equipamento, então porque é que uma URAP para existir não precisa de uma série de equipamento? Porque é que isto não foi definido antes?	202	0,37
LVT	E1	H\Regulamentação	111	111	0	é assim… ou pensam por nós e estruturam isto (não sei se a nossa equipa da ERA quererá fazer esse papel) ou estruturam isto, ou então têm de nos dar espaço e momentos de reunião, de reflexão de estarmos todos juntos.	216	0,39
LVT	E2	H\Regulamentação	107	107	0	Primeiro ponto devia sair alguma coisa regulamentada como saiu para as outras unidades porque isso é um documento de trabalho ao fim ao cabo. Eu tenho aquilo e é uma orientação, e por ali vou avançar. Tem também outro impacto.	226	0,41
LVT	E2	H\Reconhecimento	107	107	0	Depois também um bocadinho internamente dar a conhecer o que é que as pessoas fazem, porque pensa-se que toda a gente sabe, mas não sabe.	137	0,25

LVT	E2	H\Reconhecimento	107	107	0	Esta restruturação foi bem pensada, eu acho que foi bem vista, só que não foi bem, ou seja acho que a transmissão… e as pessoas em vez de pensarem isto é uma maneira mais fácil para funcionar mas é para funcionar todos em conjunto	230	0,42
LVT	E2	H\Recursos Humanos	107	107	0	Aumentar o número de profissionais para nós mostrarmos, não para nós apoiarmos e podermos dar às populações. Aumentar a acessibilidade e isso. Promover uma equidade que não há a nível nacional.	193	0,35
LVT	E2	H\Contratualização	111	111	0	Portanto essa parte aí, para mim é muito importante porque em termos da avaliação do desempenho, das avaliações, enquanto eu não tiver um indicador, poder monitorizar as atividades, também não lhe posso dizer… posso dizer aquelas coisas mais simples: número de eletrocardiogramas porque pediram… número de espirometrias, número de consultas de psicologia… esses números? Sim. Mas isso é só isto, então e o resto?	412	0,74
LVT	E2	H\Contratualização	113	113	0	mas também o ACES normalmente faz a contratualização pela ARS, se a ARS não tiver lá a visão do que é que faz a URAP, ou ao nível da URAP, para também o ACES poder contratualizar aquilo nada feito. Portanto isto tem muito de vir de cima.	237	0,43
LVT	E2	H\Reconhecimento	113	113	0	Enquanto de cima não perceberem, espera lá está aqui este grupo que se calhar temos de olhar de maneira diferente nada feito.	125	0,23
LVT	E12	H\Formação	62	62	0	nós precisávamos de ter também formação, os coordenadores da URAP devem ter formação na área da governação clínica e da saúde.	126	0,62
LVT	E12	H\Sistemas Informação	62	62	0	É importante desenvolver também o SClinico com os perfis em que o profissional vai e consegue visualizar os diversos campos, porque se está a trabalhar com o utente em determinada área não sabe o que é que os outros já fizeram, porque não tem esse campo disponível para leitura	277	1,36

Centro	E11	H\Sistemas Informação	60	60	0	Para já uma plataforma informática adaptada às nossas atividades e às nossas funções que não é só consulta e é o que existe atualmente.	135	0,65
Centro	E11	H\Recursos Humanos	60	60	0	Acho que também devia ser pensada uma aposta em termos de recursos humanos para conseguirmos dar uma resposta com deve ser à população, e às necessidades de saúde da população	175	0,84
Centro	E8	H\Regulamentação	63	63	0	Principalmente orientação superior, alguém que nos diga o que é que nós devemos fazer, como é que devemos trabalhar, porque existem muitas dúvidas sempre constantemente em relação ao nosso trabalho com as UCC com as outras unidades, há sempre muitas dúvidas.	258	1,85
Centro	E8	H\Recursos Humanos	63	63	0	na contratação de profissionais porque assim nós não conseguimos dar resposta efetiva a nada.	93	0,67
Centro	E3	H\GCS	74	74	0	Para melhorar, a governação clinica ser implementada claramente	63	0,22
Centro	E3	H\Recursos Humanos	74	74	0	Recursos humanos está excluído, porque sabemos que não vai haver contratações, não vai.	87	0,30
Centro	E3	H\Recursos Materiais	74	74	0	Mas a gestão dos recursos materiais tem de ser feita de outra maneira, não somos nós é o ACES que tem de a fazer, a ARS que a tem de fazer porque não há recursos.	162	0,56
Norte	E10	H\Reconhecimento	65	65	0	E eu penso que era importante trabalharmos realmente… começarmos a criar esta cultura de trabalho em equipa termos um processo único e vermos o doente realmente como um ser bio-psico-social.	190	0,96
Norte	E5	H\Sistemas Informação	79	79	0	Desenvolver os sistemas de informação sem dúvida.	49	0,18
Norte	E5	H\Regulamentação	79	79	0	Eu acho que se calhar efetivamente definir uma carteira de serviços e uma coisa que eu acho que é fundamental para as URAP, que é a regulamentação das mesmas.	158	0,59

Norte	E4	H\Regulamentação	70	70	0	Eu acho que como lhe disse há pouco, acho que tem de haver uma mudança de atuação por parte de quem está a orientar todas… e a controlar, e a definir todas estas orientações ao nível dos CSP, virarem-se um bocadinho para a URAP pensarem seriamente no que é esta unidade, e o que é possível fazer ouvindo os profissionais que estão no terreno.	342	1,16
Norte	E4	H\Sistemas Informação	70	70	0	E entretanto avançar de facto com o sistema de informação que possa de alguma forma reconhecer de uma forma clara e fidedigna todo o trabalho que é feito. E mesmo para se poder depois, quando se fala em contratualização, é importante também depois comparar, monitorizar…	270	0,91