

AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE

UFCSP
UOFC

Análise da actividade realizada em 2010



ÍNDICE	1
LISTA DE ABREVIATURAS	2
ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS	3
ENQUADRAMENTO	5
METODOLOGIA	6
INDICADORES DE DESEMPENHO	9
INDICADORES NACIONAIS	11
ACES Padrão	11
Desempenho por ACES	12
Desempenho por Região	13
ACESSO	17
DESEMPENHO ASSISTENCIAL	22
Planeamento Familiar e Vigilância da Gravidez	22
Saúde Infantil e Vacinação	24
Vigilância Oncológica	25
Diabetes	27
Hipertensão Arterial	28
Programa de Vigilância de saúde mental	29
QUALIDADE DOS REGISTOS	31
EFICIÊNCIA	33
EVOLUÇÃO DOS CUSTOS POR REGIÃO	37
Custos Totais	37
Peso das Principais Rubricas de Custos	38
Encargos com Medicamentos	39
Encargos com Recursos Humanos	39
Encargos com MCDT	41
NOTAS FINAIS	43
ANEXOS	44

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

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

ARS – Administração Regional de Saúde, I.P.

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ICPC2 – *International Classification for Primary Care (2ª versão)*

INFARMED – Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

PNV – Plano Nacional de Vacinação

PVP – Preço de Venda ao Público

SAP – Serviço de Atendimento Permanente

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

Tabela 1 – Distribuição dos ACES por região.....	7
Tabela 2 – Indicadores de Eixo nacional	9
Tabela 3 – Indicadores de Eixo Regional	10
Tabela 4 – Valores mínimos, medianos e máximos dos Indicadores nacionais	11
Tabela 5 – Valores contratualizados, realizados e desvios observados, Total Nacional.....	44
Tabela 6 – Valores contratualizados, realizados e desvios observados, ARS Norte	44
Tabela 7 – Valores contratualizados, realizados e desvios observados, ARS Centro	45
Tabela 8 – Valores contratualizados, realizados e desvios observados, ARS Lisboa e vale do Tejo	45
Tabela 9 – Valores contratualizados, realizados e desvios observados, ARS Alentejo	46
Tabela 10 – Valores realizados, ARS Algarve	46
Figura 1 – Posicionamento dos ACES face ao Aces padrão por região (Indocadores nacionais 2010)	13
Figura 2 – Desempenho nacional	14
Figura 3 – Desempenho da região Norte.....	15
Figura 4 – Desempenho da região centro.....	15
Figura 5 – Desempenho da região Lisboa e vale do tejo.....	15
Figura 6 – Desempenho da região Alentejo.....	16
Figura 7 – Desempenho da região Algarve	16
Figura 8 – Consultas médicas realizadas por região (exclui SAP)	17
Figura 9 – Consultas médicas realizadas por região, <i>per capita</i> (exclui SAP)	18
Figura 10 – Consultas médicas não programadas no total de consultas (exclui SAP).....	18
Figura 11 – Percentagem de inscritos sem médico de família, por região (exclui inscritos que não têm médico por opção)	19
Figura 12 – Consultas médicas realizadas em SAP, total e <i>per capita</i> , por região	19
Figura 13 – Taxa global de utilização de consultas médicas, por região (%)	20
Figura 14 – taxa de visitas domiciliárias, médicas e de enfermagem, por região (por 1.000 inscritos).....	21
Figura 15 – Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar, por região (%).....	22
Figura 16 – Recém-nascidos, de termo, com baixo peso por região (por 1.000 nados-vivos).....	23
Figura 17 – Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias, por região (%)	24
Figura 18 – percentagem de utentes com PNV actualizado aos 13 anos, por região (%)	25
Figura 19 – Percentagem de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro colo-rectal efectuado, por região (%).....	26
Figura 20 – Incidência de amputações em diabéticos na população residente, por região (por 10.000 residentes)	27
Figura 21 – Incidência de AVC na população residente, por região (por 10.000 residentes).....	29
Figura 22 – Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado do SNS, em ambulatório, por região (DDD/1.000 hab/dia)	30
Figura 23 – Percentagem de episódios agudos que deram origem a codificação de episódio (ICPC2), por região (%)	31

Figura 24 – Percentagem do consumo de medicamentos genéricos em embalagens, no total de embalagens de medicamentos, por região (%)	34
Figura 25 – Custo médio de medicamentos facturados (PVP) por utilizador, por região (€)	35
Figura 26 – Custo médio de MCDT facturado (encargo SNS) por utilizador, por região (€)	35
Figura 27 – Evolução do total de custos por região	37
Figura 28 – Peso dos custos de cada região no total nacional.....	38
Figura 29 – Peso das principais rubricas de custos no total nacional, 2010	38
Figura 30 – Custo total com medicamentos e valor <i>per capita</i> , por região (inclui ULS)	39
Figura 31 – Custo total com recursos humanos e valor <i>per capita</i> , por região (exclui ULS)	40
Figura 32 – Número de efectivos por região.....	40
Figura 33 – Número de médicos e enfermeiros por região.....	41
Figura 34 – Encargos com MCDT e valor <i>per capita</i> , por região, 2010 (exclui ULS)	42

Uma das principais novidades da reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) foi a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica (Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro).

A criação dos ACES teve como principal intuito incrementar o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, potenciar os ganhos em saúde conseguidos pelas Unidades de Saúde Familiar (USF), melhorar a qualidade de cuidados e dotar o sistema de melhores estruturas de gestão.

Os ACES são constituídos por diversas equipas multidisciplinares, organizadas em unidades funcionais, designadamente as USF, pioneiras em termos de contratualização ao nível dos CSP, as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Cuidados na Comunidade, as Unidades de Saúde Pública e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados. Cada unidade funcional assenta numa equipa multi-profissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES. No âmbito dos ACES funcionam ainda Serviços de Atendimento Permanente (SAP), Centros de Diagnóstico Pneumológico, entre outras estruturas.

Coadunando-se com a actual fase da reforma dos CSP, tornou-se necessário desenvolver uma estratégia nacional para a implementação do processo de contratualização com os prestadores, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada, consciente das necessidades das populações e, acima de tudo, visando a melhoria no acesso aos cuidados de saúde para se poder alcançar maiores ganhos em saúde.

Nesse sentido, durante o ano de 2010, foram implementados experimentalmente dois instrumentos previsionais junto dos recém-criados ACES: o plano de desempenho e o contrato programa. Estes instrumentos reflectem a necessidade em promover a autonomização e responsabilização dos prestadores para melhor responder às necessidades em saúde das populações.

Sendo 2010, o ano do início do processo de contratualização com os ACES e tendo sido considerado um ano experimental o mesmo foi desenvolvido num calendário muito desfasado do calendário definido para o efeito. No entanto, todo o empenho que os Departamentos de Contratualização das Administrações Regionais de saúde (ARS) prestaram às equipas no terreno (ACES), de forma a consolidar o modelo de colheita de informação e, principalmente, a forma de desenvolver este processo internamente com as várias unidades funcionais que compõem os agrupamentos, foi indispensável para que o processo pudesse vir a ser aplicado nos anos seguintes.

No âmbito do trabalho que tem vindo a ser desenvolvido pelo Grupo de Trabalho constituído para o Desenvolvimento do Processo de Contratualização nos CSP (Despacho n.º 7816/2009, de 9 de Março de 2009) foi aprovado o plano de desempenho dos ACES determinando, ainda que a título experimental, a implementação do processo de contratualização em 2010. A metodologia de contratualização, desenvolvida pelo grupo de trabalho, para o ano de 2010 encontra-se definida no documento “Metodologia de Contratualização ACES_2010”¹.

O processo de contratualização é composto por dois momentos distintos, a contratualização externa, formalizada com a assinatura de um contrato programa entre o ACES e a respectiva ARS, e a contratualização interna, formalizada com a assinatura de cartas de compromisso entre o Director Executivo do ACES e os coordenadores das diferentes unidades funcionais.

A contratualização interna consiste na definição da actividade que será desenvolvida pelas várias unidades funcionais dentro do ACES. É importante que as várias equipas percebam que o desempenho do ACES como um todo, resulta do trabalho de todas as partes envolvidas no processo. O resultado deste processo termina na proposta do plano de desempenho do ACES, que será negociado com a respectiva ARS na fase da contratualização externa.

Para efeitos de gestão, o contrato programa existe enquanto acordo celebrado entre o ACES e o Conselho Directivo da ARS através do qual se estabelecem os recursos afectos ao seu cumprimento e se fixam as regras relativas à respectiva execução.

Todo o processo de contratualização assenta na lógica de resposta às necessidades locais/regionais de saúde que são diferentes entre as várias populações que compõem os ACES. Nesse sentido, e para se iniciar o processo de contratualização interna torna-se necessário caracterizar os ACES do ponto de vista social, económico e epidemiológico.

Com esta finalidade, a Unidade Funcional para os CSP, na Administração Central do Sistema de Saúde I.P., em parceria com o Instituto Nacional de Estatística, recolheu e trabalhou um conjunto de informação demográfica e epidemiológica relativa a cada ACES, visando habilitar os prestadores de cuidados a desenvolver as melhores respostas, capacitando-os para o processo de contratualização em 2010 e anos subsequentes.

No seu conjunto os indicadores apurados permitem a caracterização dos ACES, mas também das regiões de saúde, possibilitando o planeamento das actividades assistenciais e de prevenção com base nas necessidades em saúde da população, quer por parte das ARS, quer por parte dos próprios ACES. A definição de prioridades assistenciais deve ainda basear-se no Plano Nacional de Saúde e nas iniciativas da Direcção Geral da Saúde e do Alto Comissariado da Saúde.

A definição das prioridades assistenciais e linhas estratégicas permite ao ACES definir o plano de desempenho anual e plurianual, de acordo com os recursos de que dispõe. O plano de desempenho é reflexo do planeamento conjunto de todas as unidades funcionais dos ACES e dos seus órgãos de gestão, mais especificamente do Director Executivo e do Conselho Clínico.

¹ Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metodologia_ContratualizaçãOACES_2010.pdf

A contratualização interna consiste na definição da actividade que será desenvolvida pelas várias unidades funcionais dentro do ACES, tendo em vista envolver os profissionais de saúde, responder às necessidades em saúde da população e às prioridades assistenciais definidas pelo Director Executivo e Conselho Clínico do ACES.

O resultado deste processo termina na proposta de plano de desempenho do ACES, que o Director Executivo e o Presidente do Conselho Clínico irão negociar com a respectiva ARS – contratualização externa.

Após a apreciação da proposta do plano de desempenho, deve decorrer o processo formal de negociação entre a ARS e o ACES.

Para efeitos de gestão, os contratos programa existem enquanto acordos celebrados entre o ACES e o Conselho Directivo da ARS através do qual se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objectivos e os recursos afectos ao seu cumprimento e se fixam as regras relativas à respectiva execução.

É importante salientar que o ano de 2010 sendo um ano experimental, decorreu de forma diferente entre as várias regiões que desencadearam o processo. Podemos considerar que foi um ano de aprendizagem, para todos os intervenientes no processo e foi também um momento de transferência de competências dos Departamentos de Contratualização de cada região para os ACES que as constituem, relativamente à forma como deverá ser conduzido o processo de negociação internamente em cada agrupamento.

O processo de contratualização externa com os ACES decorreu em todas as regiões, à excepção da ARS Algarve, com a devida formalização através da assinatura dos contratos programa pelo Presidente da ARS e Director Executivo do ACES.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS ACES POR REGIÃO

ARS	ACES / ULS
ARS Norte	24 ACES ULS Matosinhos (1 ACES) ULS Alto Minho (1 ACES)
ARS Centro	14 ACES ULS Castelo Branco (2 ACES) ULS Guarda (1 ACES)
ARS Lisboa e Vale do Tejo	22 ACES
ARS Alentejo	3 ACES ULS Baixo Alentejo (1 ACES) ULS Norte Alentejano (2 ACES)
ARS Algarve	3 ACES

Na ARS Norte e Alentejo o processo de contratualização interna foi desencadeado com todas as unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde personalizados (USF e UCSP). As restantes regiões apenas desencadearam o processo com as USF. É ainda de salientar que no âmbito das Unidades Locais de saúde (ULS) tem sido reforçada a necessidade do processo de contratualização interna decorrer nos mesmos moldes que nos restantes CSP, com a diferença que o compromisso será assinado entre o ACES que integra a ULS e o respectivo Conselho de Administração.

O relatório dos ACES tem por objectivo dar a conhecer o panorama da contratualização nos CSP a nível nacional, permitindo estabelecer comparações entre ACES e regiões e perceber a evolução ao nível da actividade por eles desenvolvida. É também objectivo deste relatório, analisar como evoluiu a actividade nos CSP entre os anos de 2009 e 2010.

Dados os constrangimentos ainda existentes ao nível da recolha de informação, a análise incidirá sobre os indicadores de eixo nacional bem como em alguns dados económico financeiros considerados pertinentes, pelo peso que têm na estrutura de custos dos CSP. Não foi possível incluir neste relatório a análise dos indicadores de eixo regional e local da responsabilidade de cada ARS.

INDICADORES DE DESEMPENHO

A selecção dos indicadores de desempenho a incluir no contrato programa de 2010 incidiu sobre a panóplia de indicadores de acompanhamento, descritos no plano de desempenho. A valorização dos mesmos foi efectuada de acordo com as prioridades assistenciais nacionais e regionais. O número de indicadores seleccionados não ultrapassa os 20, distribuídos em dois eixos: eixo nacional e eixo regional. O eixo nacional é constituído por 14 indicadores. O eixo regional é constituído por 6 indicadores, dos quais dois podem variar por ACES.

Em termos de peso relativo no contrato programa a ponderação a atribuir aos Indicadores nacionais será no mínimo de 60%, sendo no máximo 40% no caso do eixo regional (incluindo os indicadores locais).

TABELA 2 – INDICADORES DE EIXO NACIONAL

Indicador
Taxa de utilização global consultas médicas
Taxa de utilização de consultas planeamento familiar
Recém nascidos de termo com baixo peso por 1.000 Nados Vivos
Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias
Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 13 anos
Percentagem de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro colo-rectal efectuado
Incidência de amputações, em diabéticos na população residente (10.000 residentes)
Incidência de acidentes vasculares cerebrais na população residente (10.000 residentes)
Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado SNS em ambulatório (Dose Diária Definida /1000 habitantes/dia)
Percentagem de episódios agudos que deram origem a codificação de episódio (ICPC2) ²
Percentagem de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos ³
Percentagem de consumo de medicamentos genéricos em embalagens, no total de embalagens de medicamentos
Custo médio de medicamentos facturados (PVP) por utilizador
Custo médio de MCDT facturados (SNS aceite) por utilizador

Os indicadores regionais devem ser escolhidos pelas ARS tendo em conta as necessidades em saúde da população abrangida por cada região, sendo iguais para todos os ACES que a integram. Este nível de indicador deverá reflectir desta forma, algumas das preocupações relativas ao estado de saúde de cada região.

² Indicador apenas contratualizado nas ARS Norte e Alentejo

³ O indicador não foi contratualizado em 2010

Ainda no eixo regional (num total de 6 indicadores) deverão ser seleccionados dois indicadores que deverão reflectir questões específicas ao nível do ACES. São os indicadores de eixo local e deverão ser contratualizados individualmente com cada ACES.

TABELA 3 – INDICADORES DE EIXO REGIONAL

ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo
Taxa de referência por inscritos	Percentagem de diagnósticos precoces (TSHPKU) realizadas até ao sétimo dia de vida do recém-nascido	Taxa de referência por inscritos	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família
% de Utentes hipocoagulados activos no Programa TAO	Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos	Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos	Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos
% de doentes tratados por ECCI/doentes referenciados pelo ACES para a ECCI	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos)	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos)	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos)
Monitorização do grau de satisfação de serviço público - mediana de tempo de resolução de reclamações	Percentagem de hipertensos c/ registo de pressão arterial nos últimos 6 meses	Percentagem de consumo de quinolonas no consumo total de antibióticos	Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA1C registadas no últimos 12 meses desde que abranjam 2 semestres

O relatório encontra-se organizado de acordo com as várias áreas de monitorização das actividades (ie. Acesso, Desempenho Assistencial, Qualidade dos Registos e Eficiência). A área do Desempenho Assistencial será analisada com base nos programas de saúde existentes no âmbito dos CSP: 1) planeamento familiar e vigilância da gravidez; 2) saúde infantil e vacinação; 3) vigilância oncológica; 4) diabetes; 5) hipertensão arterial e 6) programa de vigilância de saúde mental.

ACES PADRÃO

No âmbito da avaliação do desempenho dos ACES em 2010, importa definir o nosso ACES Padrão. A construção do ACES Padrão tem como objectivo determinar o tipo de cuidados de saúde que um cidadão auferir quando utiliza os CSP.

Neste sentido, caracterizamos o ACES Padrão pela mediana nacional de cada indicador contratualizado, comparando a evolução ocorrida entre 2009 e 2010.

TABELA 4 – VALORES MÍNIMOS, MEDIANOS E MÁXIMOS DOS INDICADORES NACIONAIS

Indicadores	2009			2010		
	Mínimo	Mediana	Máximo	Mínimo	Mediana	Máximo
Tx de utilização global consultas médicas	41,0	65,3	78,6	43,0	65,3	77,3
Tx de utilização de consultas planeamento familiar	0,2	14,9	38,9	4,3	16,9	43,4
RN termo baixo peso por 1000 Nados Vivos	1,6	17,7	65,9	0,0	17,0	56,3
% RN de termo com baixo peso (no total de RN de termo)*	0,2	2,3	9,0	0,0	2,5	7,0
% de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias	9,6	59,9	88,8	12,4	68,0	90,8
% de crianças com PNV actualizado aos 13 anos	52,0	83,3	92,5	63,6	89,0	96,4
% de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro colo-rectal	0,0	5,7	34,1	0,1	7,4	36,8
Incidência de amputações, em diabéticos, na população residente	0,3	1,6	5,6	0,2	1,3	4,4
Incidência de amputações <i>major</i> , em diabéticos, na população residente*	0,0	0,8	3,9	0,0	0,5	2,8
Incidência de AVC na população residente	16,5	32,8	56,4	11,1	30,5	59,8
Incidência de AVC na população residente com idade < 65 anos*	4,8	9,1	18,5	4,5	9,4	18,7
Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado SNS em ambulatório (Dose Diária Definida /1000 habitantes/dia)	40,0	81,8	143,1	43,6	89,5	150,3
% de episódios agudos que deram origem a codificação de episódio	0,0	26,2	72,8	0,0	53,1	97,4
% de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos						
% de consumo de medicamentos genéricos em embalagens, no total de embalagens de medicamentos	16,9	21,5	26,3	21,5	27,7	32,5
Custo médio de medicamentos facturados por utilizador	156,4	218,4	395,4	165,7	226,9	308,3
Custo médio de MCDT facturados por utilizador	0,2	70,4	94,4	0,2	72,5	96,0

* Este indicador não foi contratualizado em 2010 e decorre do aperfeiçoamento implementado em 2011.

Com efeito, e como seria de esperar existem ainda diferenças significativas entre os valores obtidos para cada um dos indicadores. No entanto, importa salientar a evolução decorrida ao nível dos sistemas de informação. Por exemplo, a região Algarve tinha apenas 25% dos Centros de Saúde com módulo clínico informatizado. Como era expectável, com a evolução do processo de contratualização, o nível de registo tem vindo a evoluir bastante tornando cada vez mais consistente a leitura dos indicadores e a forma como estes reflectem a realidade dos cuidados prestados nos CSP.

No ACES Padrão e relativamente ao desempenho assistencial é notória a melhoria de alguns indicadores. No entanto, destaca-se a detecção precoce do cancro colo-rectal pelos valores muito baixos apresentado.

Em termos dos indicadores de eficiência verifica-se um aumento no volume de medicamentos genéricos em termos de embalagens consumidas. Em sentido contrário, o aumento do custo médio por utilizador quer em medicamentos quer em MCDT, contribuiu para os aumentos verificados na despesa em termos destas duas rubricas, que serão analisadas mais detalhadamente na parte final do relatório.

É ainda de salientar, o indicador relacionado com a qualidade dos registos (% de episódios agudos que deram origem a codificação) que duplicou, entre 2009 e 2010, reflexo por um lado de maior disponibilidade de sistemas informáticos nos CSP e, por outro, de um esforço que tem vindo a ser realizado pelos clínicos no sentido da melhoria do registo clínico.

DESEMPENHO POR ACES

De forma a compreender o posicionamento dos ACES face ao ACES Padrão, foi estabelecido um sistema de pontuação para os indicadores nacionais contratualizados.

Para se ter o panorama do desempenho dos ACES, e de acordo com a metodologia definida, nos casos em que os indicadores apresentem valores acima da mediana é-lhes atribuído um ponto e, no caso em que se encontram abaixo é-lhes subtraído um ponto. Note-se que para alguns indicadores a lógica é a inversa (ie. RN de termo baixo peso por 1.000 nados vivos; Incidência de amputações em diabéticos; Incidência de AVC; Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado SNS em ambulatório (DDD); encargos com medicamentos e encargos com MCDT).

Dado existirem 13 indicadores passíveis de serem calculados, a pontuação máxima (13 pontos) obtém-se no caso em que um ACES tem todos os seus indicadores acima da mediana nacional.

Tendo em consideração os pressupostos referidos conclui-se, pela figura, que a maioria dos ACES da ARS Norte e Centro apresentam um desempenho acima da mediana nacional. As outras regiões ficam, em termos globais, abaixo da mediana nacional.

Salienta-se no entanto, relativamente às regiões de saúde Alentejo e Algarve, que apesar dos seus ACES apresentarem valores abaixo da mediana nacional, verificou-se uma melhoria em praticamente todos os indicadores entre 2009 e 2010. O mesmo ocorreu na região de saúde Lisboa e Vale do Tejo.

O ACES que apresenta melhor pontuação é o ACES Porto IX (Espinho /Gaia), com 11 pontos, em sentido contrário temos o ACES Oeste I (Oeste Norte) cujos indicadores ficaram todos abaixo da mediana nacional.

- 3º. Tendo os cinco clusters constituídos para cada indicador, é-lhes atribuído um nível de desempenho que corresponde a uma determinada cor numa escala que varia entre o vermelho (pior nível de desempenho) e o verde-escuro (melhor nível de desempenho);
- 4º. Tendo por base os valores dos ACES, é calculado o valor regional para cada indicador, valor esse que se posiciona num dos cinco clusters. De acordo com esse posicionamento é-lhe atribuído um determinado nível de desempenho de acordo com a seguinte escala:






Cor	Escala	Cluster	Desempenho
	4-5	5	Ótimo
	3-4	4	Bom
	2-3	3	Médio
	1-2	2	Baixo
	0-1	1	Muito Baixo

FIGURA 2 – DESEMPENHO NACIONAL

Total Nacional



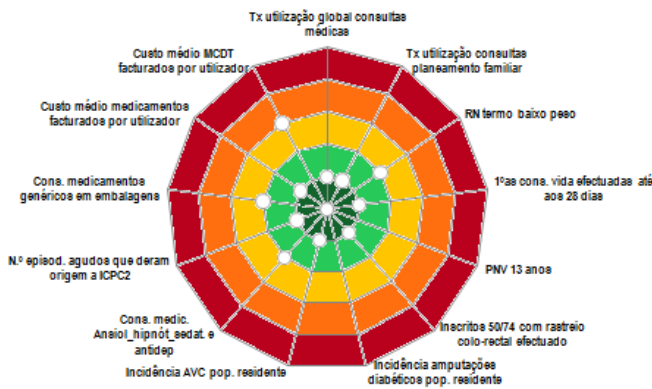
Em termos nacionais verifica-se que o ano de 2010 se caracteriza pela obtenção de um desempenho de nível médio, resultado da maioria dos seus indicadores se posicionarem no cluster 3. Apenas os indicadores referentes aos Programas de Saúde da Diabetes e Hipertensão, bem como o custo médio com medicamentos facturados por utilizador apresentam um nível de desempenho bom. Este facto resulta do muito bom desempenho que esses indicadores apresentam em algumas regiões.

Quando se efectua uma análise geral do desempenho de cada uma das regiões individualmente, desde logo nos apercebemos que ainda se verificam diferenças em termos dos valores atingidos, para os vários indicadores monitorizados.

Em termos de identificação das áreas mais fragilizadas e que requerem um maior enfoque e envolvimento, torna-se necessário que essa análise seja efectuada ao nível de cada região, uma vez que o comportamento nacional não permite destacar nenhuma área em particular.

FIGURA 3 – DESEMPENHO DA REGIÃO NORTE

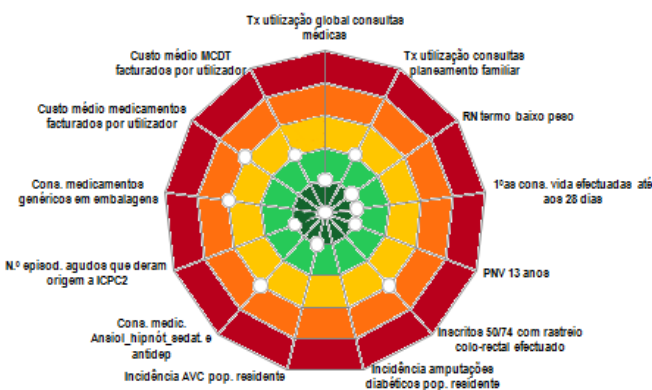
ARS Norte



Decorrente da metodologia definida, a ARS Norte apresenta-se como a região que melhor desempenho apresenta em termos globais, com a maioria dos indicadores posicionados no cluster 4, que equivale a um bom desempenho e dois no cluster 5. Destaca-se no entanto o indicador referente ao custo médio com MCDTs facturados por utilizador, como aquele que deve ser objecto de maior atenção e acompanhamento, por se posicionar no cluster 2, classificado num nível de desempenho baixo.

FIGURA 4 – DESEMPENHO DA REGIÃO CENTRO

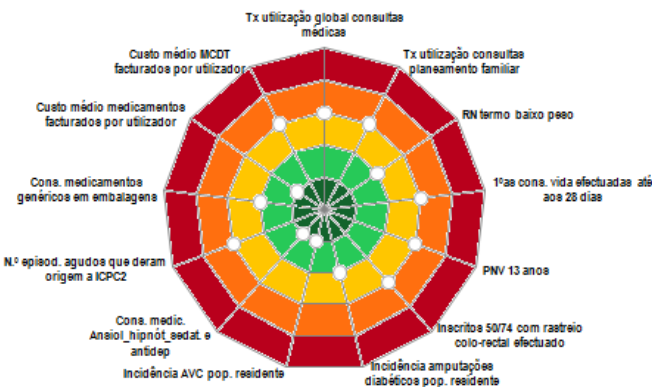
ARS Centro



Quando se analisa o desempenho da região de saúde Centro, constata-se que apesar de metade dos seus indicadores se posicionarem em níveis de desempenho bom e ótimo, existem 4 indicadores que apresentam maior fragilidade, devendo esta região prestar enfoque a estas áreas centrando nelas as suas estratégias de actuação.

FIGURA 5 – DESEMPENHO DA REGIÃO LISBOA E VALE DO TEJO

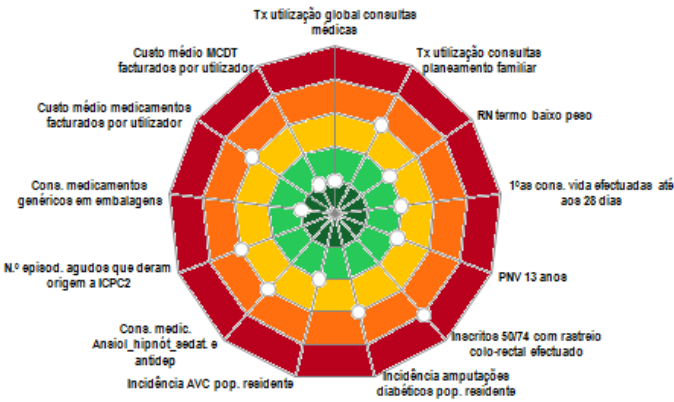
ARS LVT



Na análise da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, mais de metade dos seus indicadores posicionam-se no cluster 2. As áreas que apresentam melhor desempenho nesta região relacionam-se com a incidência de AVC na população residente e com os medicamentos (quer em valor médio por utilizador, quer na prescrição no âmbito da saúde mental)

FIGURA 6 – DESEMPENHO DA REGIÃO ALENTEJO

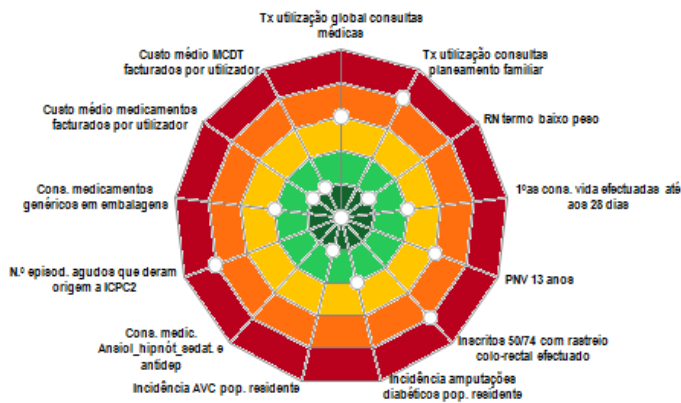
ARS Alentejo



Quando se analisa a região Alentejo verifica-se que a maior parte dos seus indicadores se posicionam nos clusters 2 e 3. A área mais fragilizada nesta região é a detecção precoce do cancro colo-rectal.

FIGURA 7 – DESEMPENHO DA REGIÃO ALGARVE

ARS Algarve



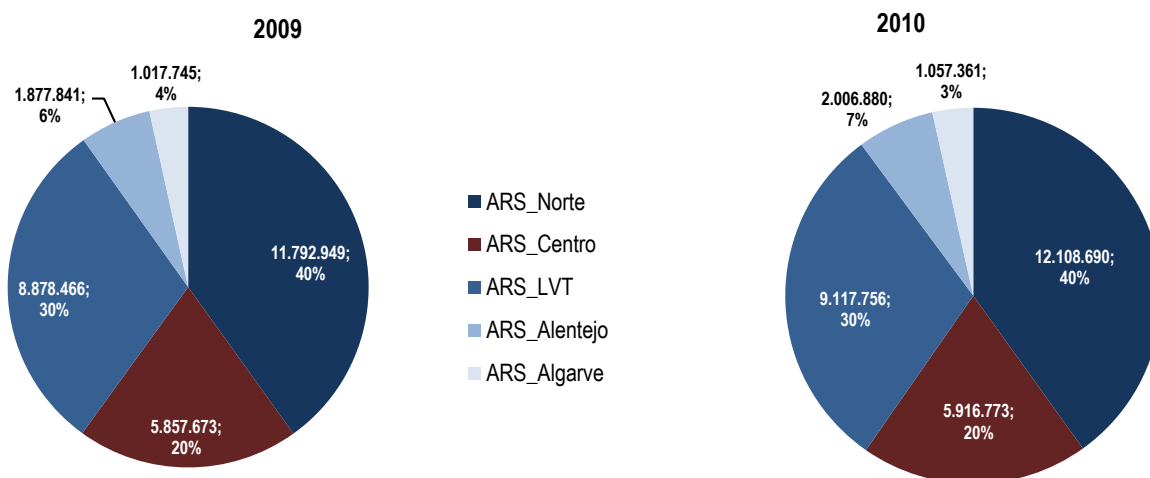
No que respeita ao desempenho da região de saúde do Algarve, verifica-se que 5 dos seus 13 indicadores estão categorizados nos clusters 1 e 2. São as áreas referentes à codificação de episódios agudos, de utilização de consultas de planeamento familiar e de detecção precoce do cancro colo-rectal as áreas mais fragilizadas nesta região.

Por sua vez a região de saúde Algarve apresenta um desempenho bom para os indicadores relacionados com a prescrição de medicamentos e MCDT.

Os CSP são o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde e é neste nível de cuidados que se encontra a responsabilidade pela promoção da saúde e prevenção da doença de toda a população. Neste contexto, é importante garantir equidade no acesso de forma a melhorar o estado de saúde da população. Os cidadãos esperam que o sistema de saúde lhes facilite o acesso a cuidados de saúde com qualidade, equidade e segurança no momento e local onde deles necessitam.

A reforma dos CSP veio facilitar o acesso pela forma de organização de trabalho em equipas autónomas. As USF cobrem já cerca de 36% da população (304 USF existentes em Julho de 2011). As restantes unidades de cuidados personalizados estão também a organizar-se, à semelhança das USF, de forma a dar resposta às necessidades da população. No entanto, nestas unidades verifica-se um número considerável dos utentes inscritos sem médico de família.

FIGURA 8 – CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS POR REGIÃO (EXCLUÍ SAP)

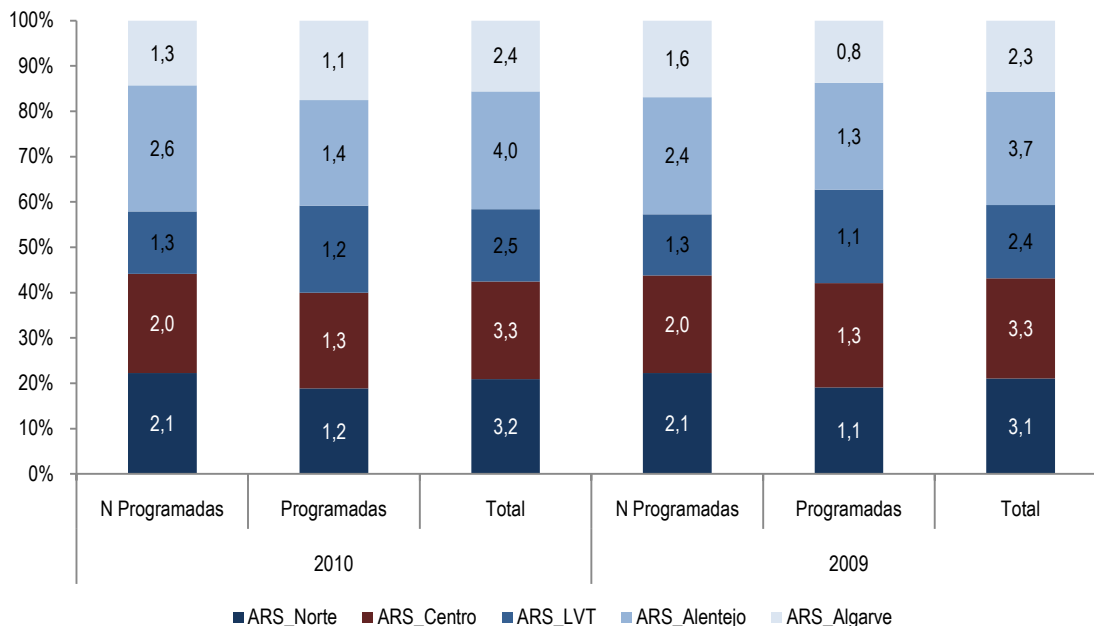


Em termos globais verificou-se um aumento de 2,7% de consultas médicas (excepto SAP) entre 2009 e 2010. Destacam-se aqui as regiões de saúde Algarve e Alentejo que observaram valores de crescimento acima da média de 3,9% e 6,9%, respectivamente. Analisando a produção por região em função do total nacional também se observa alguma estabilidade nos dois anos em causa.

Analisando os valores *per capita*, as regiões com maior número de consultas realizadas são as regiões de saúde Alentejo e Centro nos dois anos em análise. Conclui-se que, na região Alentejo a cada residente concretizam-se 35% mais consultas que a média nacional (2,9 consultas *per capita*). Em sentido contrário está a região Algarve onde em média são realizadas menos 20% de consultas que a média nacional.

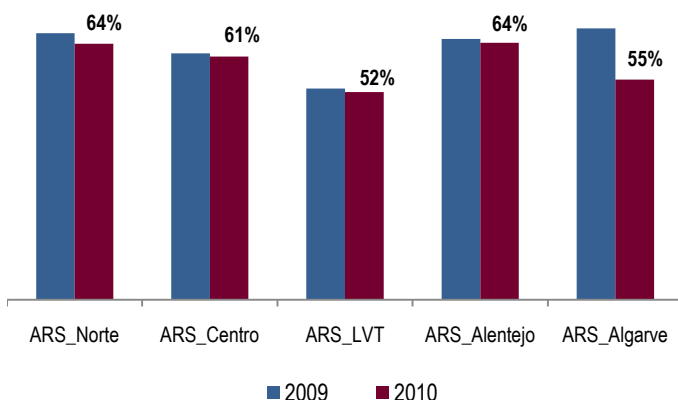
Recorde-se que a região de saúde Algarve depara-se com uma forte escassez de médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar (Figura 11).

FIGURA 9 – CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS POR REGIÃO, PER CAPITA (EXCLUI SAP)



A maior utilização de consultas na região Alentejo pode estar relacionada com o seu índice de envelhecimento (em 2009 o valor foi de 58,5 para um valor nacional de 49,7) e índice de dependência total (em 2009 o valor foi de 186,6 para um valor nacional de 120,3). A prevalência de condições crónicas é superior numa população mais envelhecida reflectindo uma maior necessidade de utilização de cuidados de saúde.

FIGURA 10 – CONSULTAS MÉDICAS NÃO PROGRAMADAS NO TOTAL DE CONSULTAS (EXCLUI SAP)

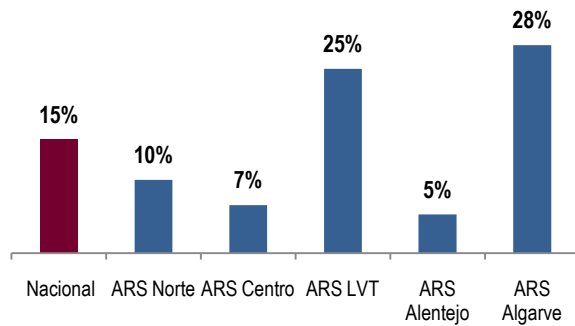


Apesar da tendência ligeiramente decrescente das consultas não programadas em função do total de consultas, entre o ano 2009 e 2010, os valores observados demonstram ainda um elevado peso da actividade não programada. Ou seja, cerca de 60% das consultas realizadas não decorrem de uma forma planeada.

Em princípio, todas as consultas que decorrem dos programas de vigilância são programadas pelo médico de família, tanto para os doentes crónicos como para a saúde infantil, planeamento familiar e acompanhamento da gravidez.

Quando se analisa o “acesso” não se pode deixar de observar a questão dos utentes sem médico de família. Os dados referentes a 2010, excluindo os inscritos que optam por não ter médico de família, apontam para um valor nacional de 15% de inscritos sem médico de família o que significa que cerca de 1,5 milhões de pessoas ainda não têm médico atribuído.

FIGURA 11 – PERCENTAGEM DE INSCRITOS SEM MÉDICO DE FAMÍLIA, POR REGIÃO (EXCLUI INSCRITOS QUE NÃO TÊM MÉDICO POR OPÇÃO)

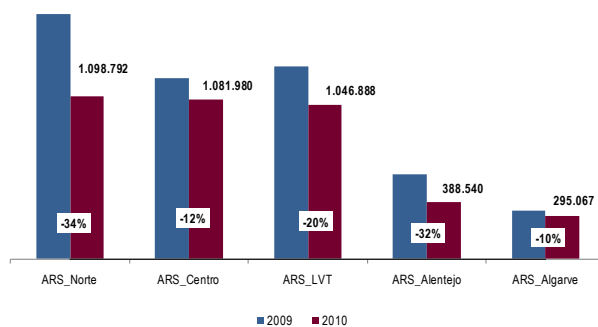


Apesar do valor nacional ser de 15% quando se refere os utentes inscritos sem médico de família, as assimetrias regionais são ainda bastante significativas. Em 2010 as regiões Lisboa e Vale do Tejo e Algarve apresentaram um rácio de médicos por 10.000 residentes de 6,4, sendo as únicas regiões abaixo da média nacional (6,8 médicos por 10.000 residentes).

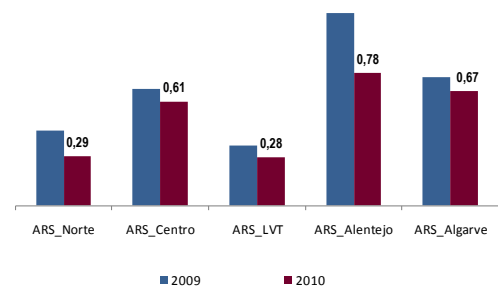
Decorrente da reorganização dos serviços de urgência, têm vindo a ser encerrados nos últimos anos vários Serviços de Atendimento Permanente (SAP) nos CSP. Como expectável, o número de consultas realizadas baixou significativamente em todas as regiões (23% a nível nacional). Esta variação deve ser considerada como positiva no sentido em que esta actividade é transferida para os cuidados de saúde personalizados via USF e UCSP.

FIGURA 12 – CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS EM SAP, TOTAL E PER CAPITA, POR REGIÃO

Total de Consultas em SAP



Consultas per capita em SAP

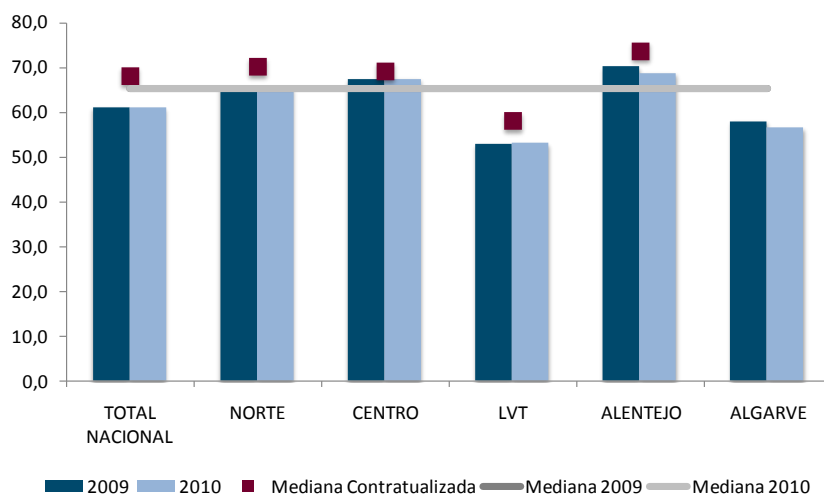


O Indicador de Acesso contratualizado com os ACES, **taxa de utilização global de consultas médicas**, evidencia as assimetrias existentes nas várias regiões a nível de utilização e acesso aos CSP. As regiões com maior taxa de utilização global de consultas médicas são o Norte, Centro e Alentejo, com valores acima dos 65%. A região de Lisboa e Vale do Tejo observa o valor mais baixo realizado (53,1%) sendo os ACES da Grande Lisboa os que mais contribuem para esta baixa utilização.

Os desvios verificados face às metas situam-se nos 4 pp à excepção do Centro que apresenta um valor de 1 pp, abaixo do contratualizado, o que significa que nenhuma região apresentou valores acima do compromisso estabelecido.

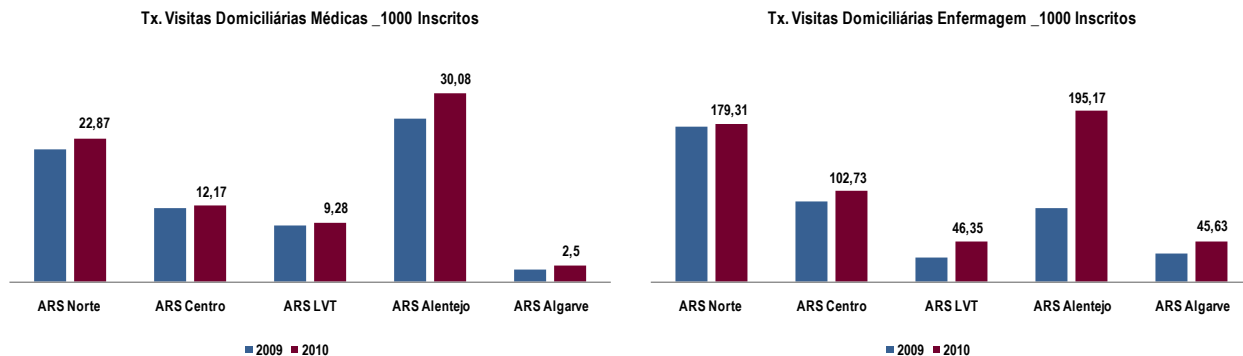
A análise dos valores regionais face às medianas nacionais observadas nos anos de 2009 e 2010 (65,3%), permite ainda constatar que todas as medianas regionais contratualizadas se situavam acima da mediana nacional, à excepção da mediana contratualizada pela região de Lisboa e Vale do Tejo. Esta região regista o menor nível de acesso, quando analisado por este indicador.

FIGURA 13 – TAXA GLOBAL DE UTILIZAÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS, POR REGIÃO (%)



Importa ainda referir nesta área as visitas domiciliárias, médicas e de enfermagem, que apesar de não serem contratualizadas com os ACES são-no com as unidades funcionais que os compõem, nomeadamente USF e UCSP. A contratualização deste tipo de actividade tem subjacente dois indicadores 1) taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos e 2) taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos.

FIGURA 14 – TAXA DE VISITAS DOMICILIÁRIAS, MÉDICAS E DE ENFERMAGEM, POR REGIÃO (POR 1.000 INSCRITOS)



Em termos de valores absolutos, os dois tipos de visitas domiciliárias, médicas e de enfermagem, aumentaram de valor entre 2009 e 2010 em 7,5% (165.349 para 177.674 visitas médicas) e 17,3% (1.094.706 para 1.283.782 visitas de enfermagem), respectivamente. Este aumento é seguramente reflexo do número de USF que iniciaram actividade entre os dois anos em análise. O facto de existir indicadores que monitorizam a actividade e, a aplicação de um incentivo financeiro (ie. Visitas domiciliárias médicas) pode ajudar a evolução positiva da actividade realizada.

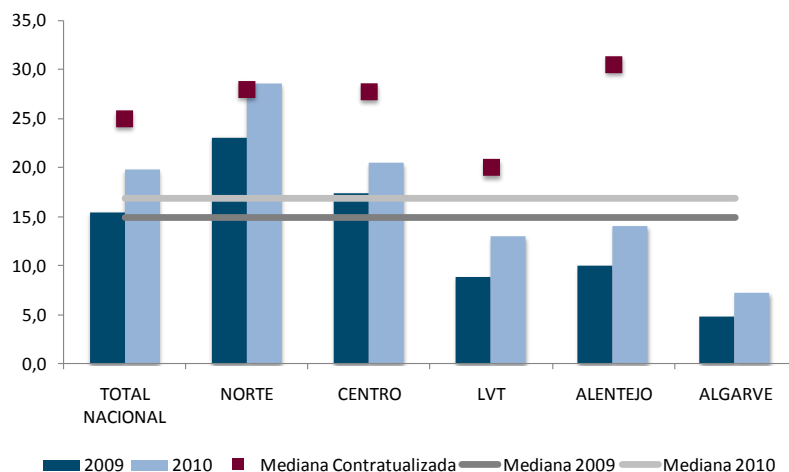
No entanto, são evidentes as assimetrias existentes entre regiões. Em ambos os tipos de visitas domiciliárias, são as regiões de saúde Norte e Alentejo, quem consegue proporcionar melhor oferta à sua população. Na região de saúde Algarve, o desenvolvimento da RNCCI, que proporciona visitação domiciliária, pode explicar os baixos valores observados.

PLANEAMENTO FAMILIAR E VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ

O conceito de saúde reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e decidir se, quando e com que frequência têm filhos. Esta última condição pressupõe o direito à informação, ao acesso a métodos de planeamento familiar, que sejam seguros e eficazes, bem como a serviços de saúde adequados, que permitam um correcto acompanhamento da gravidez e da realização do parto em segurança.

A *taxa de utilização de consultas de planeamento familiar* permite aferir o acesso nesta área em cada ACES.

FIGURA 15 – TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CONSULTAS DE PLANEAMENTO FAMILIAR, POR REGIÃO (%)



As taxas de utilização observadas a nível regional, para este indicador, permitem evidenciar a sua tendência de crescimento no período. As regiões que apresentam maiores taxas de utilização são o Norte e o Centro, com valores acima das medianas nacionais, 28,5% e 20,5% no ano de 2010, respectivamente. A região do Algarve é a que apresenta os valores mais baixos (7,3%).

Quando se analisam os desvios regionais face às metas contratualizadas, constata-se que nenhuma região (em termos globais), à excepção do Norte, conseguiu cumprir os objectivos a que se propunha, sendo de destacar o desvio de 15 pp observado, entre as mediana contratualizada e realizada no ano de 2010, na região do Alentejo.

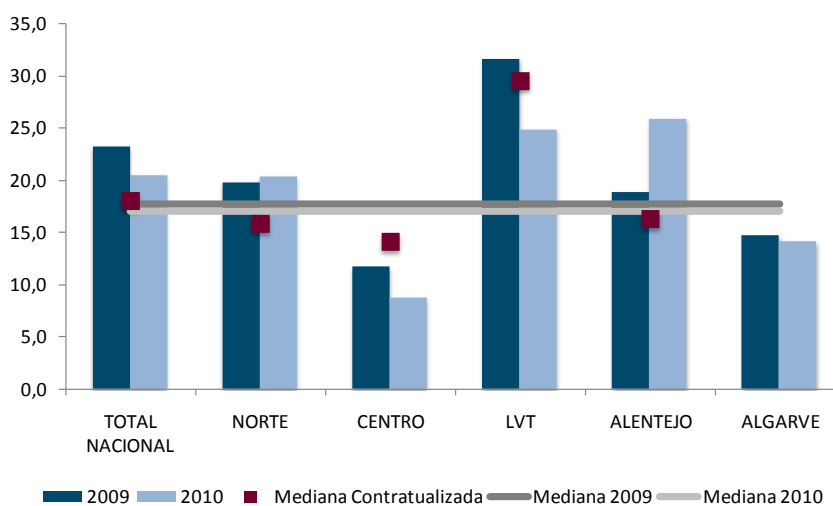
A evidência científica actualmente disponível mostra que há uma clara relação entre a qualidade dos cuidados prestados durante a gravidez e a redução da morbilidade e mortalidade materna e perinatal, tal como da redução do baixo peso à nascença e da prematuridade. A consulta pré-natal tem como objectivos: (1) avaliar o bem-estar materno e fetal através de parâmetros clínicos e laboratoriais criteriosos; (2) detectar precocemente factores de risco que possam afectar a evolução da gravidez e o bem-estar

do feto e orientar correctamente cada situação; (3) e promover a educação para a saúde integrando o aconselhamento e o apoio psicossocial ao longo da vigilância periódica da gravidez.

Em 2010 foi contratualizado a nível nacional o indicador **recém-nascidos de baixo peso por 1.000 nados vivos**. Este indicador evoluiu em 2011 para “percentagem de recém-nascidos de termo com baixo peso (no total de recém-nascidos de termo)”. Sendo ambos indicadores de resultado deverão reflectir todo o trabalho de base que é desenvolvido nos CSP. Salienta-se que este indicador só inclui episódios ocorridos em hospitais do SNS.

É ainda importante realçar que este indicador apesar de poder ser monitorizado anualmente, foi contratualizado a três anos, ou seja, só no final de 2012 poderá ser avaliado o cumprimento da meta definida.

FIGURA 16 – RECÉM-NASCIDOS, DE TERMO, COM BAIXO PESO POR REGIÃO (POR 1.000 NADOS-VIVOS)



A análise deste indicador permite identificar as regiões onde há maior prevalência de recém-nascidos com baixo peso por cada 1.000 nados vivos. Constatando-se que a mesma ocorre nas regiões de saúde de Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo, esta última apresentando um elevado crescimento face ao ano anterior.

Avaliando-se o cumprimento dos objectivos regionais, observa-se que apenas as regiões de saúde Centro e de Lisboa e Vale do Tejo cumpriram os valores medianos contratualizados.

Quando se analisa o posicionamento das regiões face às medianas nacionais realizadas, verifica-se que apenas as regiões do Centro e Algarve apresentam melhores resultados quando comparados com as mesmas.

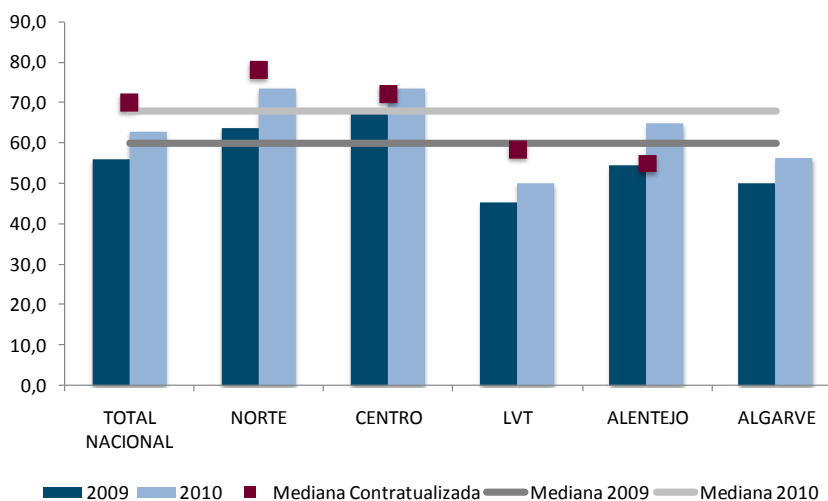
SAÚDE INFANTIL E VACINAÇÃO

A saúde não depende exclusivamente da prestação de cuidados. A influência do ambiente – social, biofísico e ecológico – é determinante. No entanto, é indiscutível o impacto das acções de vigilância da saúde infantil e juvenil, pertinentes e de qualidade. A manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças deverá ser um imperativo a todos os níveis.

A área da saúde infantil e juvenil engloba um conjunto de actividades de promoção e prevenção da saúde e do bem-estar das crianças e jovens dos 0 aos 18 anos que decorrem do Programa de Saúde Infantil e Juvenil de DGS. As áreas de intervenção da Saúde Infantil necessitam e obrigam a uma interligação com outros programas regionais, como sejam a Saúde da Mulher na sua vertente da saúde materna, e a Vacinação.

Para a contratualização com os ACES foram seleccionados dois indicadores que se enquadram neste capítulo. Por um lado a **percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias**, pela importância que deve ser dada à precocidade do contacto do recém-nascido com os cuidados médicos. Por outro, seleccionou-se o indicador **percentagem de utentes com PNV actualizado aos 13 anos**, dado que o PNV aos 2 e 6 anos se encontra já num patamar de desempenho elevado.

FIGURA 17 – PERCENTAGEM DE PRIMEIRAS CONSULTAS NA VIDA EFECTUADAS ATÉ AOS 28 DIAS, POR REGIÃO (%)



Quando se avalia o nível de consultas efectuadas até aos 28 dias de vida, desde logo se denota a tendência de crescimento deste indicador, com a mediana nacional a crescer 8pp. As regiões que mais contribuem para a melhoria do indicador são o Norte e Centro, com valores acima da mediana. A região que apresenta maior fragilidade neste indicador é a região de Lisboa e Vale do Tejo, onde apenas metade dos recém-nascidos acede aos CSP, a uma consulta antes de completar 28 dias de vida (50,1%).

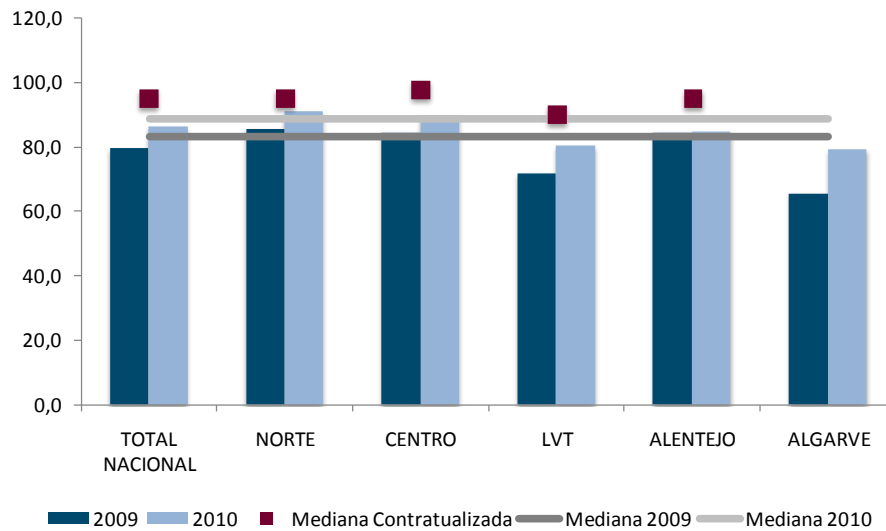
Observando-se o cumprimento dos objectivos face aos valores medianos contratualizados, conclui-se que apenas as regiões do Centro e Alentejo superaram os objectivos a que se propuseram. A região de Lisboa e Vale do Tejo ficou aquém da meta estabelecida apresentando um desvio de 10pp.

Avaliar o cumprimento dos programas nacionais de vacinação é essencial à prevenção e à não propagação de doenças infecciosas. O esforço feito nesse sentido permite observar a tendência de crescimento dos valores regionais, mais notório nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Algarve, talvez por serem as regiões que apresentam os resultados mais baixos quando comparados com as restantes regiões.

Analisando-se os desvios face às metas contratualizadas, observa-se que todas as regiões ficaram aquém dos valores medianos contratualizados, registando-se o maior desvio na região do Alentejo 10pp.

Observa-se ainda que a mediana nacional de 2010 (95%) se apresenta superior à do ano anterior em 6pp (89%), sendo apenas atingida pelas regiões Norte e Centro.

FIGURA 18 – PERCENTAGEM DE UTENTES COM PNV ACTUALIZADO AOS 13 ANOS, POR REGIÃO (%)



VIGILÂNCIA ONCOLÓGICA

As doenças oncológicas constituem a segunda principal causa de morte em Portugal e têm um profundo impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade em geral. A promoção de estilos de vida saudáveis por um lado e, a detecção precoce e tratamento, por outro, contribuem para menores taxas de mortalidade por cancro sendo os cuidados de saúde primários o local adequado para a implementação das estratégias definidas nesta área.

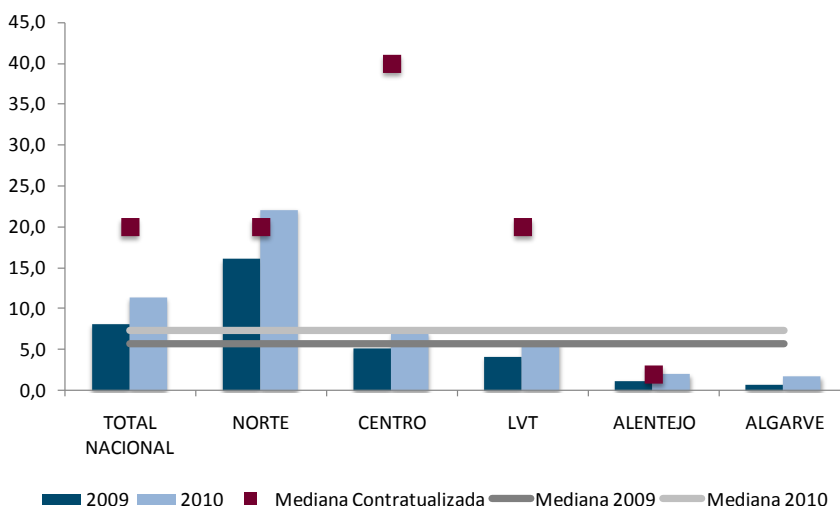
Não invalidando a relevância dos rastreios de base populacional, a nível dos cuidados de saúde personalizados deve ser promovida a detecção precoce do cancro.

A evidência científica actual é consensual sobre a utilidade de programas de detecção precoce do cancro em três áreas: mama, colo do útero e cólon e recto. Nesse sentido, e dado que nas Unidades Prestadoras de Cuidados Personalizados (USF e UCSP) existe já um acompanhamento das duas primeiras áreas através de dois indicadores, 1) percentagem de mulheres entre os 50 e

69 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos e 2) percentagem de mulheres entre 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos), optou-se pela área do cancro do cólon e recto para a contratualização no âmbito dos ACES tendo sido seleccionado o indicador **percentagem de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro colo-rectal**.

Apesar dos dois primeiros indicadores acima referidos apresentarem valores ainda muito baixos a nível nacional em 2010, 33,1% para a mamografia e 22,8% para a colpocitologia, a área da detecção precoce do cancro do cólon e recto é sem dúvida a área mais fragilizada tendo registado nesse ano um valor de mediana nacional de 7,4%. A selecção deste indicador sinaliza a importância de se trabalhar esta área e, os valores apresentados evidenciam o percurso que ainda há a fazer até se atingir níveis considerados aceitáveis.

FIGURA 19 – PERCENTAGEM DE INSCRITOS ENTRE OS 50 E 74 ANOS COM RASTREIO DE CANCRO COLO-RECTAL EFECTUADO, POR REGIÃO (%)



O tratamento do cancro colo-rectal tem uma probabilidade de sucesso mais elevada quando a doença é detectada precocemente. Considera-se assim essencial que todos os utentes entre os 50 e os 74 anos efectuem uma pesquisa de sangue oculto nas fezes de dois em dois anos ou uma colonoscopia de 5 em 5 anos, critério alterado no último ano. Em 2010, o indicador teve por base a leitura de qualquer um dos dois exames referidos, nos dois últimos anos.

Sendo uma área muito fragilizada, os valores regionais estão muito aquém do que seria desejável. No entanto constata-se que a região Norte se destaca das restantes regiões apresentando os melhores resultados (22,1%). No extremo oposto temos as regiões do Alentejo e Algarve com resultados a situarem-se nos 2,1% e 1,8%, respectivamente.

No que respeita ao cumprimento dos objectivos considerados constata-se que apenas as regiões de saúde Norte e Alentejo cumpriram os objectivos medianos. A região de saúde Centro apenas contratualizou este indicador com dois ACES, pelo que a variação de 34 pp resulta deste factor.

DIABETES

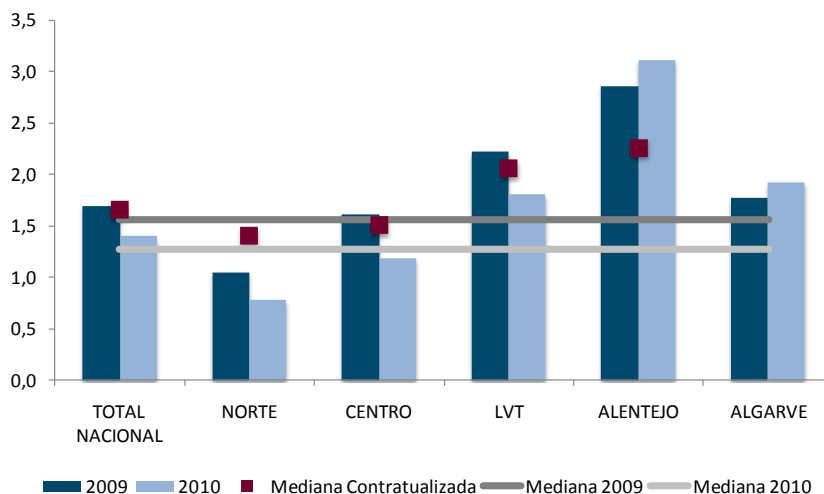
A Diabetes *Mellitus* é uma doença crónica cada vez mais frequente na nossa sociedade, e a sua prevalência aumenta muito com a idade, atingindo ambos os sexos e todas as idades. Dados do Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 2010 apontam para uma prevalência de 12,3% na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (em 2009) o que corresponde a um total de cerca de 983 mil indivíduos.

Sendo esta uma doença com vários tipos de complicações associadas, nomeadamente doença cardiovascular, nefropatia, neuropatia, amputação e retinopatia, um dos objectivos do acompanhamento destes doentes é, efectivamente, a redução das complicações.

Existindo já uma panóplia de indicadores que são contratualizados internamente nos ACES, no âmbito das unidades funcionais, para o acompanhamento dos diabéticos, optou-se por um indicador de resultado a incluir no contrato programa de 2010, **incidência de amputações em diabéticos na população residente** (inclui amputações major e minor). Este indicador de resultado permite aferir o trabalho realizado pelos CSP. Para o processo de contratualização em 2011 este indicador evoluiu para “*incidência de amputações major do membro inferior, em diabéticos, na população residente*”.

Mais uma vez se deve salientar que este indicador apesar de poder ser monitorizado anualmente, foi contratualizado a três anos, ou seja, só no final de 2012 poderá ser avaliado o cumprimento da meta definida.

FIGURA 20 – INCIDÊNCIA DE AMPUTAÇÕES EM DIABÉTICOS NA POPULAÇÃO RESIDENTE, POR REGIÃO (POR 10.000 RESIDENTES)



À excepção das regiões do Alentejo e Algarve, todas as restantes regiões apresentam uma tendência de decréscimo deste indicador, o que poderá evidenciar um maior acompanhamento destes doentes ao nível dos CSP. Este facto repercute-se nos valores das medianas nacionais denotando-se que a mediana relativa ao ano de 2010 (1,7) apresenta um decréscimo de 0,3 amputações em diabéticos por 10.000 residentes, face ao ano anterior (1,4).

Apesar das regiões Norte, Centro e de Lisboa e Vale do Tejo terem superado os objectivos aos quais se propunham, continua a ser a região do Norte aquela que apresenta melhores resultados a nível nacional, pois apesar de apresentar o valor mediano contratualizado mais ambicioso, o mesmo foi superado.

HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial é uma das doenças com maior prevalência no mundo moderno, continuando a ser o principal factor de risco das doenças cardiovasculares, nomeadamente o enfarte do miocárdio e acidente vascular cerebral.

Não existindo, na maioria dos casos, uma causa conhecida para esta doença, a hereditariedade, a idade e os estilos de vida são factores a ter em atenção. No entanto, a adopção de um estilo de vida saudável poderá ajudar na prevenção do seu aparecimento.

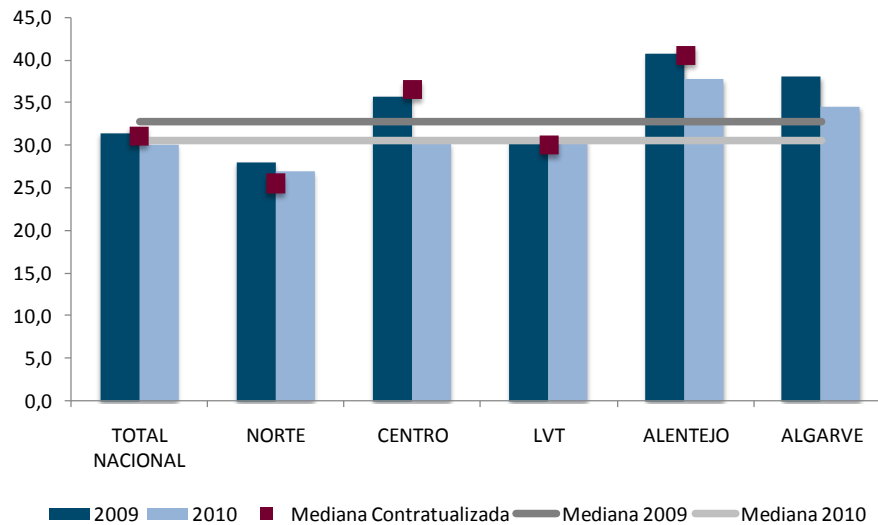
Sendo esta uma doença crónica, não existindo por isso cura para a mesma, o principal objectivo do tratamento do doente hipertenso é obter a longo prazo a máxima redução da morbilidade e mortalidade cardiovascular e renal. Na população hipertensa, o objectivo principal será a redução da tensão arterial para valores inferiores a 140/90mm Hg.

Sendo esta uma das principais áreas de acompanhamento nos CSP, à semelhança da Diabetes, existem já uma série de indicadores relacionados com a hipertensão arterial, actualmente acompanhados. No âmbito do contrato programa e, para este programa especificamente, foi seleccionado como indicador de resultado a **incidência de AVC na população residente**, que à semelhança de dois dos indicadores descritos anteriormente, também será monitorizado anualmente tendo sido, no entanto, contratualizado por um período temporal de três anos (2010-2012).

Uma vez mais, sendo este um indicador recolhido na produção hospitalar reflecte o acompanhamento que está a ser feito ao nível dos ACES. Um bom acompanhamento clínico de um doente hipertenso deverá resultar em melhores resultados que se traduzem neste caso, na redução da incidência de uma das principais formas de doença cardíaca. À semelhança de outras áreas, e no âmbito do aperfeiçoamento do processo de contratualização será considerado o indicador *“incidência de AVC na população residente com idade inferior a 65 anos”*.

Em termos globais verifica-se uma diminuição generalizada, do número de casos de AVC na população residente. Quando se procede a uma análise regional verifica-se que é nas regiões do Alentejo e Algarve que se observam os maiores níveis de incidência desta doença, com valores acima das medianas nacionais. A região Norte assume-se mais uma vez como a região que apresenta melhores resultados a nível nacional.

FIGURA 21 – INCIDÊNCIA DE AVC NA POPULAÇÃO RESIDENTE, POR REGIÃO (POR 10.000 RESIDENTES)



Em termos de cumprimento dos objectivos contratualizados constata-se que apenas as regiões Centro e Alentejo superaram os valores medianos contratualizados, apesar de se considerar que tal facto se deva à definição de metas pouco ambiciosas. No caso da região Centro, em particular, a mediana contratualizada apresenta um valor superior ao valor observado no ano de 2009.

PROGRAMA DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE MENTAL

Os problemas de saúde mental constituem actualmente a principal causa de incapacidade e uma das mais importantes causas de morbilidade nas nossas sociedades, tendo sido considerado um programa prioritário no âmbito do Plano Nacional de Saúde. O aumento da esperança de vida com conseqüente envelhecimento da população terá como conseqüência um aumento significativo da prevalência de doenças psiquiátricas, e em particular de casos de demência.

A adequação terapêutica nesta área é crucial, pela dependência que os fármacos que lhe estão associados causam no decorrer da sua utilização. As assimetrias em termos do consumo verificado são significativas entre ACES, não sendo possível nesta fase aferir se o consumo verificado seria o expectável face à carga de doença existente nesta área.

De forma a evidenciar a importância da saúde mental na área dos CSP, dado que é ao médico de família a quem em primeira instância o indivíduo recorre, sendo este o responsável pelo diagnóstico de uma patologia desta natureza, considerou-se pertinente a monitorização do indicador **consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado SNS em ambulatório (Dose Diária Definida/1.000 habitantes/dia)**.

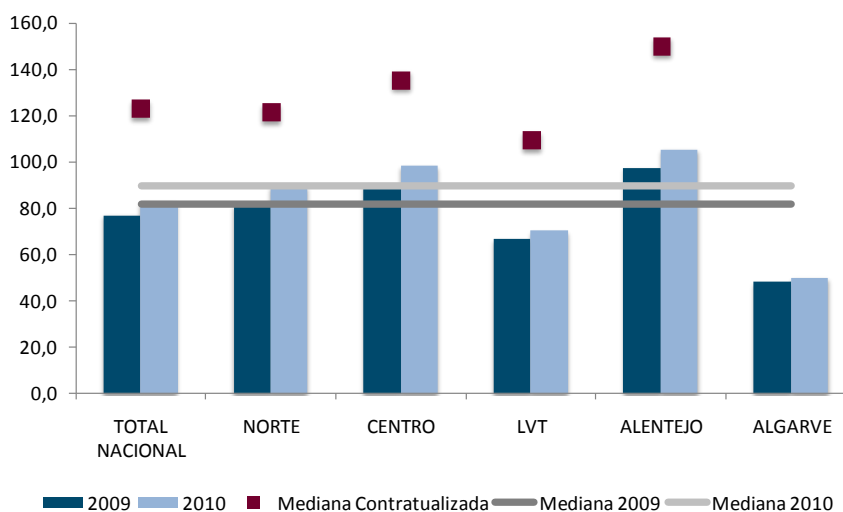
Analisado o consumo de medicamentos para os grupos fármaco terapêuticos considerados no indicador, conclui-se que as regiões que apresentam maior consumo destes fármacos são as regiões Centro e Alentejo, com valores acima das medianas nacionais, para ambos os anos em análise.

Analisado o ano de 2010 face ao 2009 verifica-se uma tendência de crescimento no consumo destes fármacos. De destacar a região do Algarve, como aquela que apresenta o menor consumo deste grupo de fármacos (50,4 DDD/1.000 hab / dia).

No que respeita à análise das metas contratualizadas, considera-se importante esclarecer que os valores contratualizados tiveram por base a informação proveniente do INFARMED, que contempla o consumo destes fármacos por concelho de residência, incluindo por isso todo o tipo de prescrições independentemente do local onde esta se realiza (ACES, consulta hospitalar, consultório privado, entre outros).

Pelo motivo acima referido, os valores contratualizados apresentam-se desfasados dos valores realizados (que consideram apenas as prescrições realizadas nos ACES), não sendo por isso objecto de qualquer análise neste ponto. Na avaliação do indicador, ter-se-á este factor em consideração e, o mesmo será dado como cumprido, se se tiver verificado uma redução do seu valor entre 2009 e 2010 (considerando apenas a informação de prescrição nos ACES).

FIGURA 22 – CONSUMO DE MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS, HIPNÓTICOS E SEDATIVOS E ANTIDEPRESSIVOS NO MERCADO DO SNS, EM AMBULATÓRIO, POR REGIÃO (DDD/1.000 HAB/DIA)



Os valores realizados, por seu lado, apenas consideraram as prescrições realizadas no âmbito dos ACES. Para avaliar o cumprimento do indicador, este será dado como cumprido se se tiver verificado redução no seu valor, entre 2009 e 2010.

Uma das prioridades definida no âmbito do Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Contratualização nos CSP, foi a implementação de um plano de registo da morbilidade nos CSP com base na *International Classification for Primary Care (ICPC2)*.

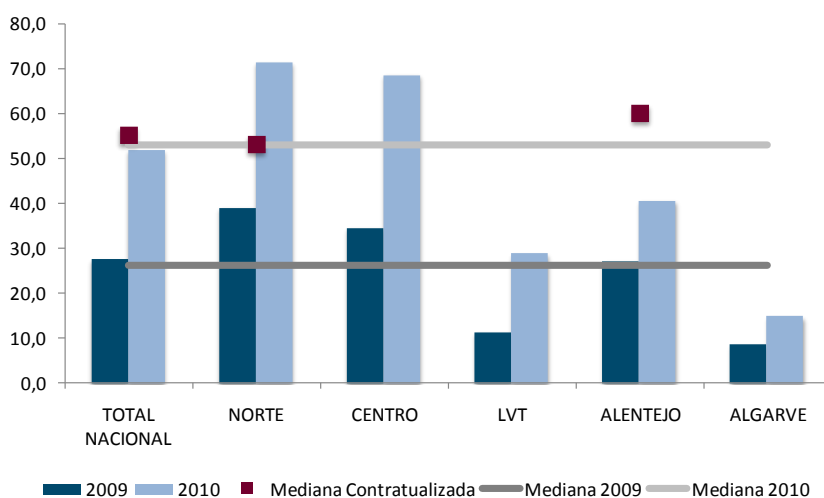
A codificação neste nível de cuidados, apesar de disponível há vários anos não tem sido feita de forma consistente e uniforme a nível nacional. Nesse sentido, e de forma a tornar possível a existência de informação de boa qualidade passível de evidenciar a carga de doença existente nas várias regiões foi elaborado, e encontra-se em fase de disseminação ao nível de todos os ACES, um Manual de Codificação para os CSP.

Conhecendo a carga de doença existente em cada ACES e em cada região, será possível planear a prestação dos cuidados de saúde de forma efectivamente adaptada às necessidades de cada população. Vários indicadores de mortalidade e morbilidade já monitorizados, mostram grandes assimetrias, mesmo em populações vizinhas. A definição de áreas prioritárias de intervenção, baseadas em carga de doença, permitirá alocar recursos de forma mais eficiente e equitativa, contribuindo para melhores resultados em saúde no futuro.

Sob o ponto de vista de cada clínico, a codificação correcta e homogénea dentro da equipa onde está inserido, permite uma melhor gestão do seu trabalho e da forma como contribui para essa mesma equipa.

No âmbito do processo de contratualização e de forma a sinalizar a importância desta área foi seleccionado um indicador que tem por objecto aferir a qualidade do registo nas situações de doença aguda, **percentagem de episódios agudos que deram origem a codificação de episódio (ICPC2)**. Em 2010, o indicador apenas foi contratualizado nas regiões de saúde Norte e Alentejo. No entanto, podemos avaliar a evolução do mesmo em todas as regiões.

FIGURA 23 – PERCENTAGEM DE EPISÓDIOS AGUDOS QUE DERAM ORIGEM A CODIFICAÇÃO DE EPISÓDIO (ICPC2), POR REGIÃO (%)



Para cálculo do indicador considerou-se como episódio agudo todo o episódio cujo local de consulta correspondesse a SAP, SASU e SACU. O conceito foi utilizado de forma uniforme para todas as regiões, sendo os resultados obtidos apresentados na figura acima.

Da análise da informação recolhida, conclui-se que o número de episódios codificados mais que duplicou no período em análise atingindo em 2010 uma mediana de 53%. Significa que mais de metade dos episódios têm pelo menos um código ICPC2 associado. Estes resultados comprovam o esforço que tem sido investido na promoção dos registos pelas equipas nos CSP.

As regiões do Norte e Centro, são as que apresentam melhores resultados, atingido já níveis de cerca de 70% de episódios codificados. As regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Algarve estão ainda aquém de atingirem os níveis nacionais. Não é demais salientar que todas as regiões apresentaram melhorias significativas neste indicador.

O envelhecimento populacional e o aumento dos custos com os tratamentos despoletaram premência de repensar a sustentabilidade na prestação dos cuidados de saúde. Os encargos com medicamentos constituem uma componente muito relevante no orçamento do SNS, com tendência de crescimento nos últimos anos (entre 2009 e 2010, o crescimento do mercado de medicamentos em ambulatório foi de 7%). Neste quadro de referência considera-se que, o incentivo à utilização de genéricos poderá contribuir para uma redução dos encargos com medicamentos no total da despesa em saúde.

Um medicamento genérico, trata-se de um medicamento com a mesma substância activa, forma farmacêutica, dosagem e com a mesma indicação terapêutica que o medicamento original, de marca, que serviu de referência. Apresenta a mesma qualidade do medicamento de referência, traduzida na demonstração de bioequivalência através de estudos de biodisponibilidade e têm igualmente um preço inferior⁵ ao medicamento original.

Com efeito e tendo em conta a promoção dos medicamentos genéricos, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 determinou como medida prioritária relativa à Política do Medicamento a definição de uma meta para 2010 que estabelecia uma percentagem na ordem de 15 a 20% (PVP) de medicamentos genéricos, no mercado total de medicamentos.

A percentagem de medicamentos genéricos no mercado total de medicamentos, em Portugal Continental, aumentou consideravelmente entre 2005 e 2010, passando de 13% para 19% quando se analisa o seu crescimento em PVP e, de 8% para 18%⁶ quando a análise tem por base o número de embalagens consumidas. Considera-se porém que o crescimento observado resulta quase exclusivamente da implementação de medidas centradas na oferta, considerando-se que para uma expansão adicional do mercado se deve fortalecer a implementação de medidas do lado da procura, incentivando os médicos e prescrever, os farmacêuticos a dispensar e os utentes a utilizar os medicamentos genéricos.

Com o objectivo de estimular o crescimento do mercado de medicamentos genéricos, o processo de contratualização com os ACES, incluiu o indicador **percentagem de embalagens de genéricos no total de embalagens de medicamentos**.

Ainda decorrente da assunção de medidas que levem à contenção dos custos com medicamentos, o grupo de trabalho entendeu seleccionar um indicador que permita a monitorização e o acompanhamento do **custo médio com medicamentos facturados (PVP) por utilizador**. Saliente-se que a análise em termos de PVP, visa eliminar o efeito da variação proporcionada pelos diferentes escalões de comparticipação de medicamentos no mercado SNS em ambulatório.

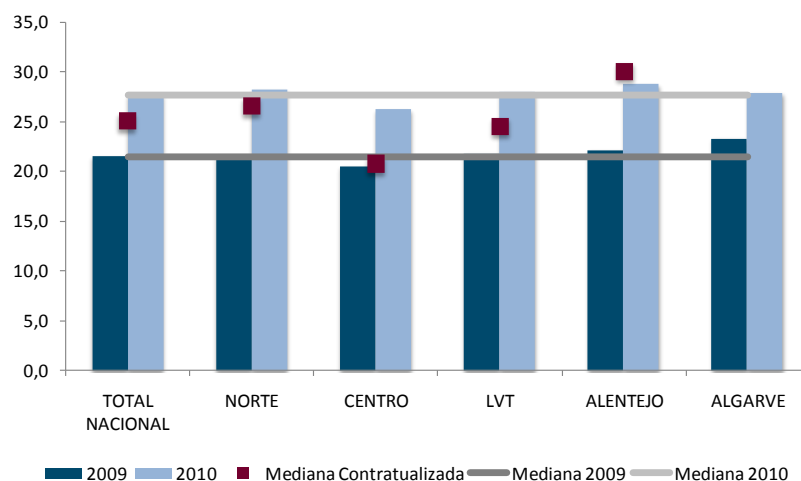
Outras das áreas que assume grande impacto na despesa consolidada do SNS, é a do sector convencionado da saúde. Com efeito é imprescindível que se acompanhe e controle as despesas neste sector. Neste âmbito e de entre os vários indicadores disponíveis seleccionou-se o indicador relativo ao **custo médio de MCDT facturados por utilizador**.

⁵ São 35% (ou em alguns casos 20%) mais baratos que os medicamentos de referência, para a mesma forma terapêutica e dosagem.

⁶ INFARMED Dezembro 2010

Antes de iniciar a análise dos resultados regionais, referentes aos indicadores de eficiência seleccionados, considera-se importante esclarecer que a análise assentou apenas no consumo dos medicamentos (em embalagens e PVP) e MCDT (encargos SNS) que são facturados à própria região, uma vez que o cálculo do Indicador é efectuado a nível regional. Assim, identificou-se que existe uma parcela de consumo, 1,1% de embalagens de medicamentos, 1,2% de custos com medicamentos (PVP) e 0,1% de encargos com MCDT (SNS) que não foram englobados no cálculo dos respectivos indicadores, pelo facto da ARS de Prescrição ser distinta da ARS facturada.

FIGURA 24 – PERCENTAGEM DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS EM EMBALAGENS, NO TOTAL DE EMBALAGENS DE MEDICAMENTOS, POR REGIÃO (%)

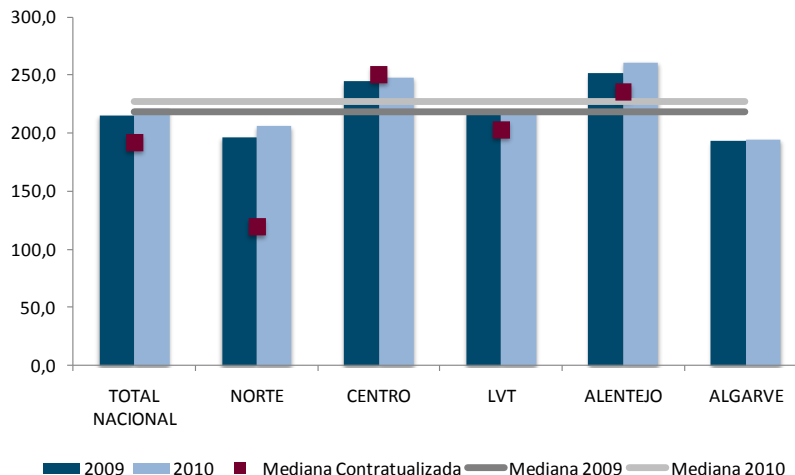


A representação gráfica dos resultados regionais, para este indicador, permite desde logo destacar a tendência generalizada de crescimento do consumo de genéricos em Portugal, bem como a homogeneidade existente entre as 5 regiões de saúde, dado que todas apresentam valores muito próximos das medianas nacionais, que assumem os valores de 21,5% e 27,7% para os anos de 2009 e 2010, respectivamente. Valores estes que se encontram bastante acima da meta estabelecida no Plano Nacional de Saúde para 2010, de 15 a 20% para o total do mercado.

No que respeita à análise do cumprimento das metas estabelecidas em cada uma das regiões, verifica-se que todas as regiões superaram os objectivos definidos, à excepção da região Alentejo que apresenta um desvio de 1,4pp, facto resultante da meta estabelecida ser ambiciosa (30%). Tal implicaria que cerca de um terço do consumo de medicamentos se traduzisse no consumo de genéricos em substituição dos medicamentos de marca.

No que respeita à análise dos custos com medicamentos facturados (PVP), por utilizador, destacam-se as regiões de saúde Centro e Alentejo, por serem as que apresentam custos médios por utilizador mais elevados e com tendência de crescimento. Aliás, ao contrário do que seria expectável todas as regiões reflectem um padrão de crescimento dos seus custos médios, o que desencadeou o aumento do valor da mediana nacional para 226,9€ por utilizador SNS, representando um crescimento de 8,5€ por utilizador face ao ano anterior.

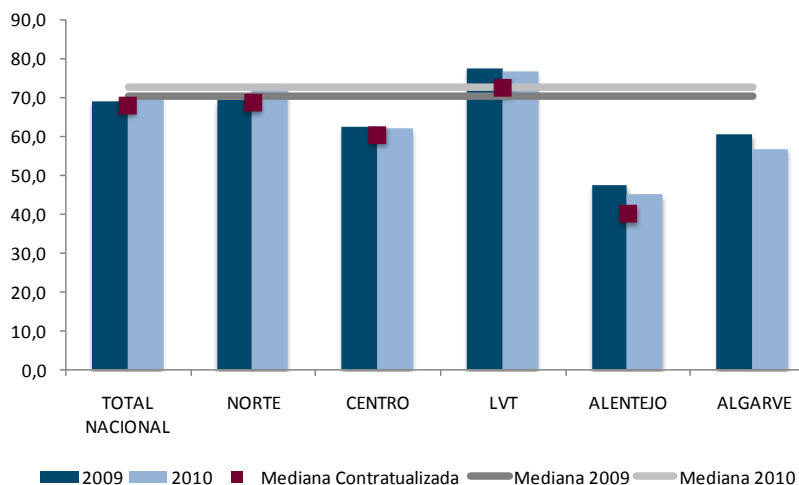
FIGURA 25 – CUSTO MÉDIO DE MEDICAMENTOS FACTURADOS (PVP) POR UTILIZADOR, POR REGIÃO (€)



A região do Algarve continua a demonstrar ser a região que apresenta maior eficiência quando a mesma é medida pela análise deste indicador, com os seus custos médios por utilizador a situarem-se nos 194,6€.

Relativamente aos objectivos contratualizados, verifica-se que apenas a região Centro cumpriu a meta estabelecida para este indicador (250€). No entanto, seria desejável que a sua meta descresse para patamares mais próximos dos valores medianos. Atitude diferente foi tomada pela região Norte, denotando-se maior exigência no estabelecimento da meta: custo médio de 119,8€ por utilizador.

FIGURA 26 – CUSTO MÉDIO DE MCDT FACTURADO (ENCARGO SNS) POR UTILIZADOR, POR REGIÃO (€)



Por último torna-se importante avaliar os valores apurados para os custos médios com MCDT, por utilizador SNS, constatando-se que ao contrário da análise efectuada para o custo médio com medicamentos, os custos médios no sector convencionado apresentam uma tendência de redução em todas as regiões, à excepção da região Norte. De salientar a região do Alentejo como aquela que apresenta os custos com MCDTs mais reduzidos (44,8€). Ainda assim, os resultados alcançados não foram suficientes para alcançar os objectivos desejados: custo médio de 40€ por utilizador.

Em resultado das regiões com maior população apresentarem os valores mais elevados, a mediana nacional apresenta um valor de 72,5€ por utilizador no ano de 2010, reflectindo um acréscimo de 2,1€ face ao ano anterior.

Nenhuma região, à excepção da região de saúde Centro (cujo desvio em termos da mediana foi mínimo), cumpriu os objectivos estabelecidos no processo de contratualização, apesar das metas se mostrarem alinhadas com o historial de custos de cada uma das regiões.

Para a análise dos MCDT e, dado que a informação proveniente do Centro de Conferência de Facturas (recolhida no SIARS), à data da elaboração deste relatório, não estava completa para os distritos da Guarda (mês de Agosto 2010 em falta) e Faro (meses de Novembro e Dezembro de 2010 em falta) foi necessário proceder à realização de uma estimativa, para o indicador em causa, para os ACES que têm concelhos pertencentes aos distritos acima referidos

CUSTOS TOTAIS

Para analisar os dados relativos aos custos de cada região foram analisadas as Demonstrações de Resultados (2009_2010) de cada uma das cinco ARS. Salienta-se no entanto, que à data da elaboração deste relatório a ARS Centro ainda apresentava dados provisórios. Sendo estes os dados disponíveis, os mesmos são tidos em consideração no relatório, nunca sendo demais referir que o estabelecimento de comparações entre a região Centro e as restantes quatro regiões, se encontra bastante limitada. As análises em que se considera o peso das regiões nos valores, quer totais de custos que por total de rubrica, também têm que ser analisados com cuidado pela mesma razão. Os dados contabilísticos, relativos aos custos totais por região, demonstram uma propensão de crescimento dos custos nas regiões que encerraram as contas referentes a 2010. Nos custos totais das ARS não se incluem os valores referentes às ULS, à exceção da rubrica medicamentos (medicamentos prescritos quer nos CSP quer no ambulatório hospitalar) dispensados em farmácias de oficina, cujo encargo financeiro é responsabilidade da ARS em que se insere a ULS.

FIGURA 27 – EVOLUÇÃO DO TOTAL DE CUSTOS POR REGIÃO

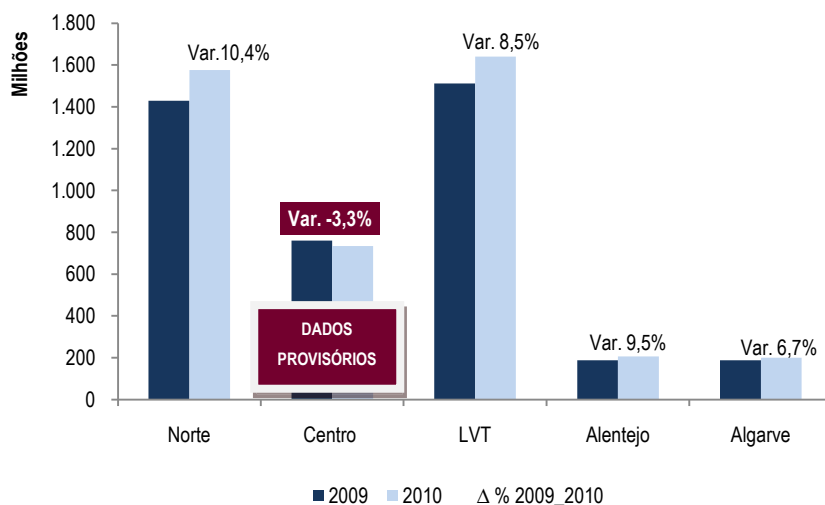
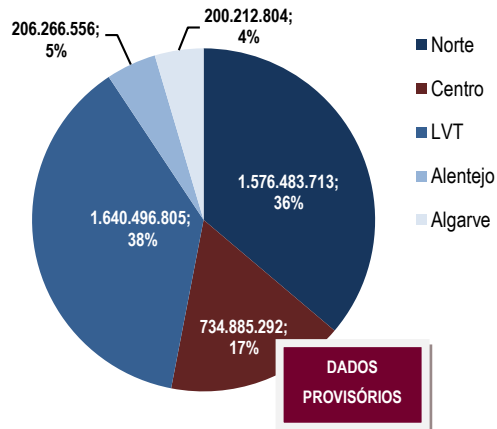


FIGURA 28 – PESO DOS CUSTOS DE CADA REGIÃO NO TOTAL NACIONAL



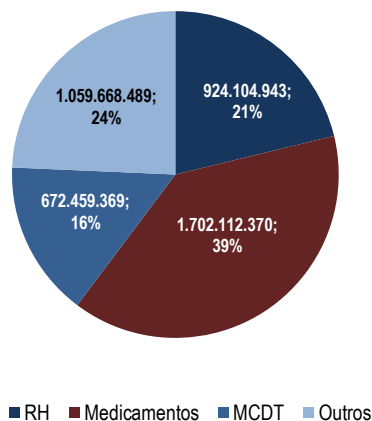
Da análise do total nacional conclui-se que 74% dos custos são responsabilidade das regiões Norte (36%) e LVT (38%).

Nestes valores estão incluídos os contratos das parcerias público privadas bem como os acordos estabelecidos com hospitais privados, que nestas duas regiões têm um peso significativo (9% na ARS Norte, 6% na ARS LVT e 4% na ARS Algarve) em 2010).

PESO DAS PRINCIPAIS RUBRICAS DE CUSTOS

Procedendo-se a uma desagregação dos custos pelas suas principais rubricas, verifica-se que 39% dos mesmos correspondem a custos com medicamentos dispensados em farmácia de oficina (conta 6214 FSE – farmácias privadas, na qual se incluem os medicamentos e consumíveis para controlo da diabetes), 21% a custos com Recursos Humanos (conta 64 – custos com pessoal) e 16% a custos com MCDT (conta 6212 e 6213 FSE – meios complementares de diagnóstico e meios complementares de terapêutica). Estas três rubricas em conjunto representam 76% do total de custos das regiões. Como já referido os encargos das ULS apenas são considerados no respeitante à rubrica de medicamentos (6214) já que é a única rubrica destas entidades assumida pelas ARS.

FIGURA 29 – PESO DAS PRINCIPAIS RUBRICAS DE CUSTOS NO TOTAL NACIONAL, 2010



ENCARGOS COM MEDICAMENTOS

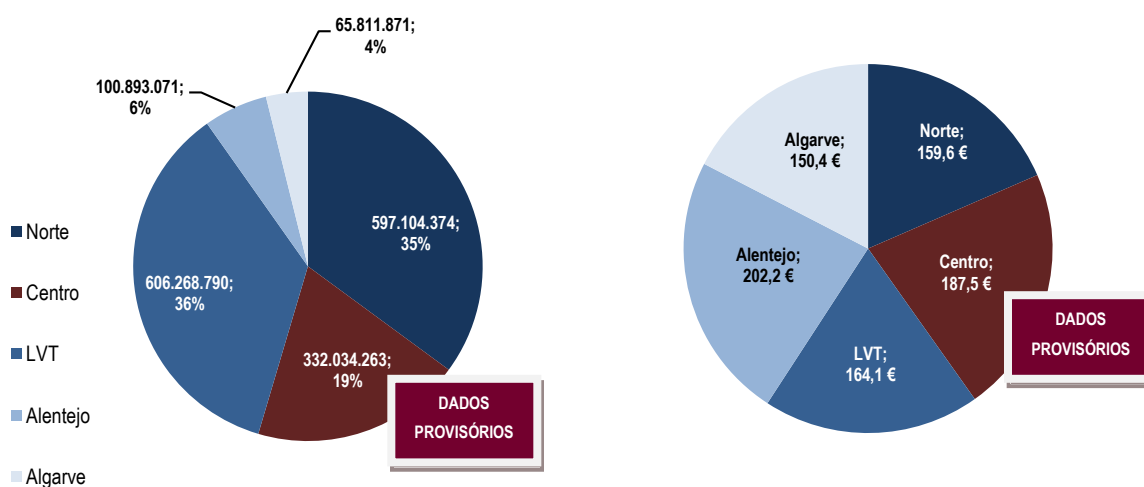
Quando se analisa a rubrica referente a encargos com medicamentos, a distribuição regional apresenta a mesma estrutura dos custos totais, com as regiões Norte e de Lisboa e Vale do Tejo a assumirem 71% da despesa. Importa salientar que a despesa com medicamentos engloba todo o ambulatório encargo do SNS (ie CSP, hospitais, clínicas privadas, IPSS, entre outros)

Efectuada a análise dos custos *per capita* verifica-se, no entanto, que este encargo se apresenta mais elevado na região Alentejo de 202,2 € por residente.

Os valores anteriormente analisados, decorrentes dos indicadores contratualizados, apresentavam as regiões Centro e Algarve com os valores mais elevados quando analisados os medicamentos facturados por utilizador.

As figuras de seguida apresentadas, elucidam as conclusões que se retiram nesta área que apresentou um crescimento de 5,6% entre os dois anos em análise.

FIGURA 30 – CUSTO TOTAL COM MEDICAMENTOS E VALOR *PER CAPITA*, POR REGIÃO (INCLUI ULS)

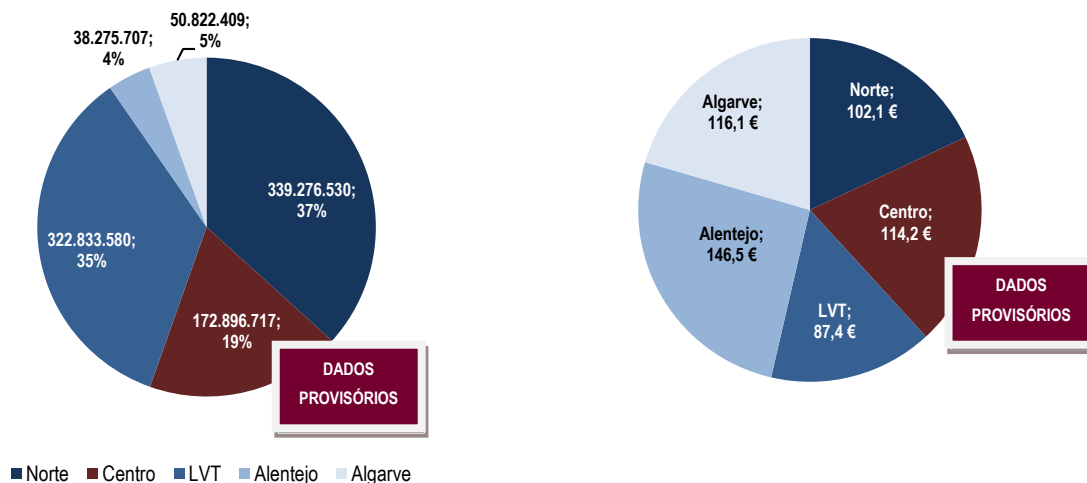


ENCARGOS COM RECURSOS HUMANOS

Os recursos humanos, segunda rubrica com maior peso na estrutura de custos das regiões, apresentaram uma redução de 1,3% entre 2009 e 2010. As regiões que verificam crescimento nesta rubrica são o Norte (3,6%) e o Alentejo (0,8%).

Mais uma vez se salienta que os dados da região Centro são provisórios bem como o facto de os encargos com recursos humanos afectos aos CSP nas ULS não se incluírem nesta análise, por serem responsabilidade das respectivas ULS.

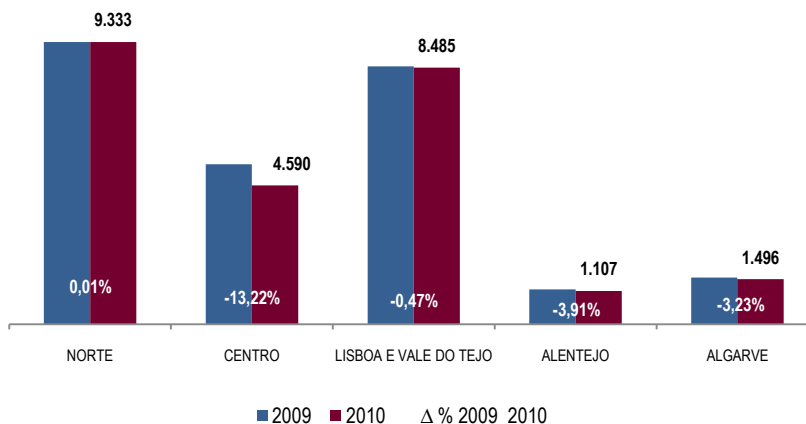
FIGURA 31 – CUSTO TOTAL COM RECURSOS HUMANOS E VALOR PER CAPITA, POR REGIÃO (EXCLUÍ ULS)



Em termos de valores por residente, as regiões que apresentam valores mais elevados são o Alentejo (146,5€) e o Algarve (116,1€) por serem as regiões que em termos globais apresentam maior número de efectivos por 10.000 residentes (considerando todos os recursos humanos que estão afectos às ARS).

Em relação ao número de efectivos, em 2010 não se verificou aumento dos mesmos em nenhuma região. Pelo que o aumento de encargos verificado na ARS Norte, em particular na rubrica dos suplementos poderá estar relacionado com a forma de pagamento nas USF modelo B, visto ser esta a região que maior número apresenta deste tipo de unidades.

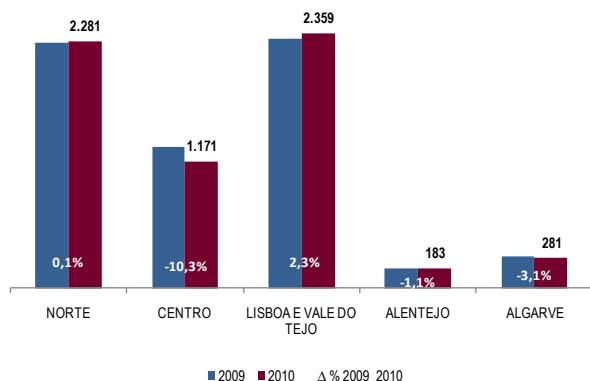
FIGURA 32 – NÚMERO DE EFECTIVOS POR REGIÃO



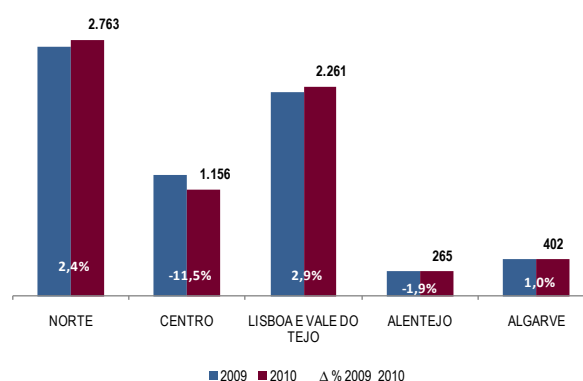
Outro dado interessante a retirar passa pela redução de custos nesta rubrica na região Lisboa e Vale do Tejo, associada a um crescimento do número de médicos e do número de enfermeiros em 2010. Os dados recolhidos permitem ainda perceber que foi a região Centro única em que se verificou simultaneamente redução do número de médicos e de enfermeiros, decorrente da constituição da ULS Castelo Branco em Janeiro de 2010.

FIGURA 33 – NÚMERO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS POR REGIÃO

Médicos nos CSP



Enfermeiros nos CSP



Ainda em termos dos encargos com recursos humanos no âmbito dos CSP e, apesar de se ter verificado uma redução na rubrica Custos com Pessoal (64) entre 2009 e 2010, o aumento verificado na rubrica FSE III, em particular na conta 6223642 – Trabalhos especializados - serviços técnicos de RH prestados por empresas, foi muito significativo decorrente essencialmente, da contratação de médicos e de enfermeiros, através de empresas. Se em 2009 esta conta apresentava valores na ordem dos 3,7 milhões de euros, já em 2010 o valor das cinco ARS para esta rubrica foi de 20,8 milhões de euros.

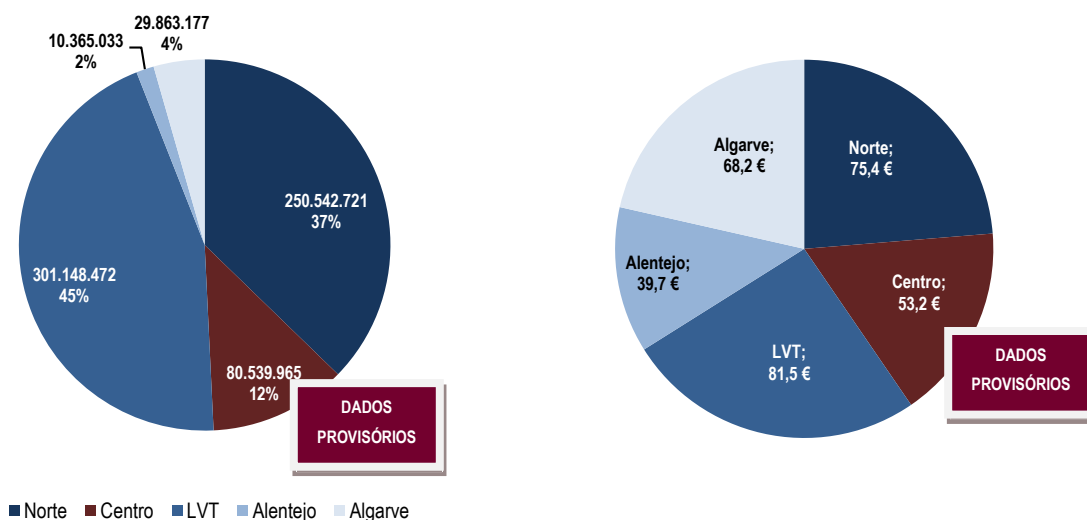
ENCARGOS COM MCDT

O Sector Convencionado, designadamente ao nível dos MCDT apesar do seu carácter complementar, representa uma parcela com impacto significativo no total de despesas em saúde no nosso país, representando no seu total 16% da despesa das regiões (neste valor está incluída a diálise e a oxigenoterapia). No que diz respeito a MCDT que são encargo financeiro das ARS, estão incluídas as prescrições realizadas não só nos CSP como também nos hospitais, IPSS, entre outros. O valor apresentado poderá ainda sofrer alteração decorrente do encerramento de contas da ARS Centro.

Nesta área, a procura está intimamente relacionada com a oferta de serviços pelo que é natural que regiões em que exista maior número de prestadores convencionados, tenham valor superior quando analisados os dados por residente.

Assim sendo, e de acordo com as figuras apresentadas, é efectivamente na região Lisboa e Vale do Tejo que o valor *per capita* apresenta o seu máximo, 81,5€. Esta conclusão tinha já sido retirada na análise dos indicadores contratualizados, nomeadamente o custo médio de MCDT por utilizador.

FIGURA 34 – ENCARGOS COM MCDT E VALOR *PER CAPITA*, POR REGIÃO, 2010 (EXCLUI ULS)



O valor registado na região Algarve reflecte o peso que a diálise tem nesta região e que representa 35% do total do sector, pelo que o valor *per capita* nesta rubrica atinge um valor bastante elevado quando comparado com o valor do indicador contratualizado (onde não se considera diálise).

A análise das contas globais das ARS, apesar das limitações inerentes ao não encerramento das mesmas por parte da ARS Centro, permite dar a conhecer o panorama global do que representam os CSP em termos do orçamento do SNS pelo que se considerou pertinente a sua inclusão no âmbito deste relatório.

O presente relatório visa, de forma sucinta, dar a conhecer o panorama nacional relativamente ao processo de contratualização e evolução da actividade realizada nos CSP no ano de 2010.

O facto de só ter sido possível analisar a informação recolhida centralmente, indicadores de Eixo Nacional, inviabiliza uma análise mais completa do processo de contratualização, nomeadamente a avaliação do grau de cumprimento do contrato programa bem como a possível atribuição de incentivos, que o mesmo estalecece.

No entanto, tendo sido este o primeiro ano em que decorreu o processo de contratualização em termos globais nos CSP, de forma assumidamente experimental, mais do que analisar o grau de cumprimento das metas definidas importa perceber a evolução verificada ao nível dos indicadores contratualizados, que deverão ser indicativos e reflectir a forma de prestação de cuidados de saúde à população, nas áreas monitorizadas.

Em termos nacionais conclui-se que o valor mediano contratualizado em 2010, para todos os indicadores, foi mais ambicioso relativamente aos valores medianos realizados em 2009. A evolução é positiva em praticamente todos os indicadores a nível nacional. Exceptuam-se dois dos indicadores de eficiência (custo médio por utilizador de medicamentos e de MCDT facturados) e o aumento do consumo verificado nos medicamentos relacionados com a saúde mental.

Nesta área, o papel dos Conselhos Clínicos dos ACES é fundamental para, junto das unidades funcionais, melhorar a qualidade e racionalidade da prescrição de medicamentos e de MCDT. Este processo passa não só pela implementação e monitorização de normas de orientação como também pelo acompanhamento dos perfis de prescrição.

Ainda na área da eficiência, destaca-se pela positiva a evolução no consumo de medicamentos genéricos em embalagens. Pela primeira, os prestadores de cuidados de saúde primários atingem um valor de 27,7%, demonstrando uma evolução considerável face ao valor de 2009: 21,5%.

O nível de codificação dos episódios agudos (ICPC2) duplicou nos dois anos em análise. Este resultado é consistente com o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido pelas ARS, APMCG e ACSS. Um bom registo clínico é fundamental para uma melhor gestão da saúde individual de cada cidadão, e do sistema de saúde como um todo.

Não se pode deixar de fazer referência às fragilidades existentes, a nível da vigilância oncológica. Os valores apresentados para o cancro colo-rectal são ainda muito baixos face ao desejável, evidenciando que existe um importante trabalho a desenvolver.

No entanto, apesar da evolução verificada, existem ainda diferenças no estadió de desempenho ao nível das cinco regiões. O facto da região Norte apresentar melhores resultados em praticamente todos os indicadores de desempenho assistencial poderá estar relacionado com o facto de ser a região do país com maior número de USF em funcionamento, onde grande parte dos indicadores analisados são já monitorizados há alguns anos, contribuindo desta forma para que se verifique um melhor desempenho ao nível da região.

A implementação do processo de contratualização com os prestadores de CSP permite uma gestão rigorosa e equilibrada, consciente das necessidades das populações e, acima de tudo, da melhoria do acesso e qualidade dos cuidados de saúde. É fundamental que este processo possibilite a reorientação de recursos escassos, tendo por base as efectivas necessidades em saúde da população.

Como já referido, entre 2009 e 2010 podemos constatar a existência de progressos no desempenho dos ACES e conseqüente das regiões, em praticamente todos os indicadores de desempenho, demonstrando uma crescente melhoria dos cuidados prestados aos cidadãos.

TABELA 5 – VALORES CONTRATUALIZADOS, REALIZADOS E DESVIOS OBSERVADOS, TOTAL NACIONAL

TOTAL NACIONAL_INDICADORES EIXO NACIONAL					ANÁLISE 2010				Desvio Contratualizado vs Realizado			
Designação	Meta contratualizada				Resultado Atingido				Mínimo	Média	Mediana	Máximo
	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Máximo				
Acesso												
Tx utilização global consultas médicas	50,0	66,0	68,0	80,0	43,0	63,0	65,3	77,3	● -7,0	● -3,0	● -2,7	● -2,7
Qualidade Técnica Efectividade												
Tx de utilização de consultas de planeamento familiar	15,0	26,3	25,0	42,0	4,3	19,5	16,9	43,4	● -10,7	● -6,8	● -8,1	● 1,4
Recém-nascidos, de termo, com baixo peso_1.000 nados vivos	1,4	20,1	18,0	60,0	0,0	19,5	17,0	56,3	● -1,4	● -0,6	● -1,0	● -3,7
% de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias	35,0	67,3	70,0	88,0	12,4	66,0	68,0	90,8	● -22,6	● -1,3	● -2,0	● 2,8
% de crianças com PNIV actualizado aos 13 anos	85,0	94,2	95,0	99,0	63,6	87,0	89,0	96,4	● -21,4	● -7,2	● -6,1	● -2,7
% de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro colo-rectal efectuado	2,0	19,4	20,0	65,0	0,1	11,2	7,4	36,8	● -1,9	● -8,2	● -12,6	● -28,3
Incidência de amputações, em diabéticos na população residente	0,1	1,7	1,7	4,4	0,2	1,4	1,3	4,4	● 0,1	● -0,3	● -0,4	● 0,0
Incidência de acidentes vasculares cerebrais na população residente	12,0	31,9	31,1	50,0	11,1	31,9	30,5	59,8	● -0,9	● -0,1	● -0,6	● 9,8
Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado SNS em ambulatório (Dose Diária Definida /1000 habitantes/dia)	70,0	124,9	123,0	240,0	43,6	89,2	89,5	150,3	● -26,4	● -35,7	● -33,5	● -89,7
% de episódios agudos que deram origem a codificação de episódio (CPC2)	22,5	54,9	55,0	78,0	0,0	51,8	53,1	97,4	● -22,5	● -3,1	● -1,9	● 19,4
% de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos												
Eficiência												
% de consumo de medicamentos genéricos em embalagens, no total de embalagens de medicamentos	19,7	24,8	25,0	30,0	21,5	27,7	27,7	32,5	● 1,8	● 2,9	● 2,7	● 2,5
Custo médio de medicamentos facturados por utilizador	97,0	181,8	192,0	288,0	165,7	227,3	226,9	308,3	● 68,7	● 45,6	● 34,9	● 20,3
Custo médio de MCDT facturados por utilizador	28,0	64,1	68,0	84,0	0,2	67,2	72,5	96,0	● -27,8	● 3,1	● 4,5	● 12,0

TABELA 6 – VALORES CONTRATUALIZADOS, REALIZADOS E DESVIOS OBSERVADOS, ARS NORTE

ARS NORTE_INDICADORES EIXO NACIONAL					ANÁLISE 2010				Desvio Contratualizado vs Realizado			
Designação	Meta contratualizada				Resultado Atingido				Mínimo	Média	Mediana	Máximo
	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Máximo				
Acesso												
Tx utilização global consultas médicas	64,0	69,6	70,0	78,0	53,1	65,6	66,0	72,7	● -10,9	● -4,0	● -4,0	● -5,3
Qualidade Técnica Efectividade												
Tx de utilização de consultas de planeamento familiar	20,0	29,0	28,0	42,0	15,8	28,3	27,1	43,4	● -4,2	● -0,8	● -0,9	● 1,4
Recém-nascidos, de termo, com baixo peso_1.000 nados vivos	4,2	16,9	15,9	38,8	6,7	22,0	19,6	56,3	● 2,5	● 5,1	● 3,7	● 17,5
% de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias	70,0	78,6	78,0	88,0	45,5	74,4	76,9	90,8	● -24,5	● -4,2	● -1,1	● 2,8
% de crianças com PNIV actualizado aos 13 anos	95,0	95,8	95,0	99,0	79,8	91,1	91,8	96,4	● -15,2	● -4,8	● -3,2	● -2,7
% de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro colo-rectal efectuado	12,0	21,8	20,0	50,0	11,2	22,1	20,2	36,8	● -0,8	● 0,4	● 0,2	● -13,3
Incidência de amputações, em diabéticos na população residente	0,1	1,3	1,4	4,4	0,2	0,8	0,8	2,2	● 0,1	● -0,5	● -0,6	● -2,2
Incidência de acidentes vasculares cerebrais na população residente	12,0	27,3	25,5	47,8	14,3	28,1	24,4	52,4	● 2,3	● 0,8	● -1,1	● 4,6
Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado SNS em ambulatório (Dose Diária Definida /1000 habitantes/dia)	91,0	127,8	121,5	240,0	63,6	91,6	91,4	148,0	● -27,4	● -36,2	● -30,1	● -92,0
% de episódios agudos que deram origem a codificação de episódio (CPC2)	22,5	53,4	53,0	78,0	36,0	69,5	69,9	96,0	● 13,5	● 16,1	● 16,9	● 18,0
% de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos												
Eficiência												
% de consumo de medicamentos genéricos em embalagens, no total de embalagens de medicamentos	21,0	26,4	26,5	30,0	24,6	28,2	28,0	32,5	● 3,6	● 1,9	● 1,5	● 2,5
Custo médio de medicamentos facturados por utilizador	97,0	116,9	119,8	140,0	165,7	207,2	204,0	267,8	● 68,7	● 90,3	● 84,2	● 127,8
Custo médio de MCDT facturados por utilizador	44,0	64,5	68,5	84,0	0,2	73,6	76,5	96,0	● -43,8	● 9,2	● 8,0	● 12,0

TABELA 7 – VALORES CONTRATUALIZADOS, REALIZADOS E DESVIOS OBSERVADOS, ARS CENTRO

ARS CENTRO_INDICADORES EIXO NACIONAL					ANÁLISE 2010								
Designação	Meta contratualizada				Resultado Atingido				Desvio Contratualizado vs Realizado				
	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	
Acesso													
Tx utilização global consultas médicas	60,0	69,2	69,0	76,7	59,7	68,4	67,5	76,8	● -0,3	● -0,8	● -1,5	● 0,1	
Qualidade Técnica Efectividade													
Tx de utilização de consultas de planeamento familiar	23,4	28,1	27,7	33,2	11,8	19,5	19,2	30,4	● -11,6	● -8,7	● -8,5	● -2,8	
Recém-nascidos, de termo, com baixo peso_1.000 nados vivos	1,4	12,6	14,1	22,0	0,0	7,8	5,8	16,6	● -1,4	● -4,9	● -8,3	● -5,4	
% de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias	54,0	69,8	72,0	84,8	60,2	75,2	75,2	87,0	● 6,2	● 5,3	● 3,2	● 2,2	
% de crianças com PNV actualizado aos 13 anos	95,0	97,7	97,8	98,9	79,6	90,2	91,0	95,0	● -15,4	● -7,5	● -6,8	● -4,0	
% de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro colo-rectal efectuado	15,0	40,0	40,0	65,0	2,4	7,2	6,1	17,0	● -12,6	● -32,8	● -33,9	● -48,0	
Incidência de amputações, em diabéticos na população residente	0,7	1,7	1,5	3,1	0,2	1,3	1,1	3,0	● -0,5	● -0,4	● -0,4	● -0,1	
Incidência de acidentes vasculares cerebrais na população residente	28,0	36,6	36,5	49,9	24,0	34,4	29,0	50,5	● -4,0	● -2,2	● -7,5	● 0,6	
Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado SNS em ambulatório (Dose Diária Definida /1000 habitantes/dia)	114,0	135,7	135,5	174,0	82,1	100,3	100,0	137,2	● -31,9	● -35,5	● -35,5	● -36,8	
% de episódios agudos que deram origem a codificação de episódio (ICPC2)					13,2	66,2	75,0	97,4					
% de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos													
Eficiência													
% de consumo de medicamentos genéricos em embalagens, no total de embalagens de medicamentos	19,7	20,8	20,8	22,0	21,50 €	26,18 €	26,11 €	29,33 €	● 1,8	● 5,4	● 5,4	● 7,3	
Custo médio de medicamentos facturados por utilizador	188,0	241,0	250,0	288,0	198,96 €	251,80 €	256,72 €	308,25 €	● 11,0	● 10,8	● 6,7	● 20,3	
Custo médio de MCDT facturados por utilizador	46,5	61,0	60,3	72,0	41,09 €	59,82 €	60,47 €	76,98 €	● -5,4	● -1,2	● 0,2	● 5,0	

TABELA 8 – VALORES CONTRATUALIZADOS, REALIZADOS E DESVIOS OBSERVADOS, ARS LISBOA E VALE DO TEJO

ARS LVT_INDICADORES EIXO NACIONAL					ANÁLISE 2010								
Designação	Meta contratualizada				Resultado Atingido				Desvio Contratualizado vs Realizado				
	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	
Acesso													
Tx utilização global consultas médicas	50,0	57,8	58,0	70,0	43,0	54,2	53,7	69,0	● -7,0	● -3,6	● -4,3	● -1,0	
Qualidade Técnica Efectividade													
Tx de utilização de consultas de planeamento familiar	15,0	21,2	20,0	30,0	5,1	13,1	13,5	21,0	● -10,0	● -8,1	● -6,5	● -9,0	
Recém-nascidos, de termo, com baixo peso_1.000 nados vivos	7,6	29,8	29,5	60,0	7,2	25,4	22,1	48,0	● -0,4	● -4,4	● -7,4	● -12,0	
% de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias	35,0	56,8	58,5	70,0	12,4	50,1	47,6	68,9	● -22,6	● -6,6	● -10,9	● -1,1	
% de crianças com PNV actualizado aos 13 anos	85,0	90,1	90,0	98,0	63,6	81,1	81,1	91,1	● -21,4	● -9,1	● -8,9	● -6,9	
% de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro colo-rectal efectuado	13,0	19,5	20,0	30,0	1,4	5,9	5,3	16,5	● -11,6	● -13,7	● -14,8	● -13,5	
Incidência de amputações, em diabéticos na população residente	0,9	2,0	2,1	3,0	0,8	1,8	1,9	3,7	● -0,1	● -0,2	● -0,2	● 0,7	
Incidência de acidentes vasculares cerebrais na população residente	15,1	31,9	30,0	50,0	11,1	31,7	30,1	59,8	● -4,0	● -0,2	● 0,1	● 9,8	
Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado SNS em ambulatório (Dose Diária Definida /1000 habitantes/dia)	70,0	110,2	109,5	162,0	43,6	72,5	66,6	104,7	● -26,4	● -37,7	● -42,9	● -57,3	
% de episódios agudos que deram origem a codificação de episódio (ICPC2)					0,0	30,1	31,7	65,5	● 0,0	● 30,1	● 31,7	● 65,5	
% de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos													
Eficiência													
% de consumo de medicamentos genéricos em embalagens, no total de embalagens de medicamentos	22,0	24,3	24,5	27,0	25,08 €	27,84 €	27,45 €	32,52 €	● 3,1	● 3,6	● 2,9	● 5,5	
Custo médio de medicamentos facturados por utilizador	158,0	204,9	203,0	270,0	176,42 €	220,66 €	210,33 €	285,95 €	● 18,4	● 15,8	● 7,3	● 16,0	
Custo médio de MCDT facturados por utilizador	62,0	72,3	72,5	83,0	62,09 €	76,01 €	76,91 €	84,48 €	● 0,1	● 3,7	● 4,4	● 1,5	

TABELA 9 – VALORES CONTRATUALIZADOS, REALIZADOS E DESVIOS OBSERVADOS, ARS ALENTEJO

ARS ALENTEJO_INDICADORES EIXO NACIONAL					ANÁLISE 2010				Desvio Contratualizado vs Realizado							
Designação	Meta contratualizada				Resultado Atingido				Mínimo	Média	Mediana	Máximo				
	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Máximo								
Acesso																
Tx utilização global consultas médicas	70,0	73,8	73,5	80,0	60,9	69,3	69,4	77,3	●	-9,1	●	-4,5	●	-4,1	●	-2,7
Qualidade Técnica Efectividade																
Tx de utilização de consultas de planeamento familiar	20,0	29,5	30,5	37,0	6,7	13,5	15,3	16,3	●	-13,3	●	-16,0	●	-15,2	●	-20,7
Recém-nascidos, de termo, com baixo peso, 1.000 nados vivos	6,0	14,6	16,3	25,0	9,2	25,4	23,4	41,7	●	3,2	●	10,8	●	7,1	●	16,7
% de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias	42,0	55,0	55,0	66,0	53,1	65,1	65,0	78,8	●	11,1	●	10,1	●	10,0	●	12,8
% de crianças com PNV actualizado aos 13 anos	95,0	95,0	95,0	95,0	80,5	86,0	84,8	92,3	●	-14,5	●	-9,0	●	-10,2	●	-2,7
% de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro colo-rectal efectuado	2,0	2,2	2,0	3,0	1,5	2,0	1,8	2,8	●	-0,5	●	-0,1	●	-0,2	●	-0,2
Incidência de amputações, em diabéticos na população residente	2,0	2,4	2,3	3,0	1,4	2,8	2,5	4,4	●	-0,6	●	0,4	●	0,3	●	1,4
Incidência de acidentes vasculares cerebrais na população residente	38,0	40,0	40,5	42,0	33,6	37,7	37,3	42,2	●	-4,4	●	-2,3	●	-3,2	●	0,2
Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado SNS em ambulatório (Dose Diária Definida /1000 habitantes/dia)	110,0	141,7	150,0	160,0	78,9	113,6	113,8	150,3	●	-31,1	●	-28,0	●	-36,2	●	-9,7
% de episódios agudos que deram origem a codificação de episódio (ICPC2)	55,0	60,1	60,0	62,0	18,0	39,4	39,7	63,3	●	-37,0	●	-20,8	●	-20,3	●	1,3
% de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos																
Eficiência																
% de consumo de medicamentos genéricos em embalagens, no total de embalagens de medicamentos	30,0	30,0	30,0	30,0	27,00 €	28,61 €	28,57 €	30,75 €	●	-3,0	●	-1,4	●	-1,4	●	0,8
Custo médio de medicamentos facturados por utilizador	190,0	228,2	235,0	259,0	228,90 €	268,43 €	275,29 €	301,37 €	●	38,9	●	40,3	●	40,3	●	42,4
Custo médio de MCDT facturados por utilizador	28,0	39,7	40,0	50,0	27,69 €	44,22 €	44,46 €	58,12 €	●	-0,3	●	4,6	●	4,5	●	8,1

TABELA 10 – VALORES REALIZADOS, ARS ALGARVE

ARS ALGARVE_INDICADORES EIXO NACIONAL					ANÁLISE 2010				Desvio Contratualizado vs Realizado			
Designação	Meta contratualizada				Resultado Atingido				Mínimo	Média	Mediana	Máximo
	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Máximo				
Acesso												
Tx utilização global consultas médicas					55,5	58,3	55,8	63,6				
Qualidade Técnica Efectividade												
Tx de utilização de consultas de planeamento familiar					4,3	6,7	6,3	9,5				
Recém-nascidos, de termo, com baixo peso, 1.000 nados vivos					5,8	12,9	10,6	22,2				
% de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias					53,6	55,8	55,4	58,4				
% de crianças com PNV actualizado aos 13 anos					74,6	80,1	77,3	88,4				
% de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro colo-rectal efectuado					0,1	1,9	2,8	2,8				
Incidência de amputações, em diabéticos na população residente					1,4	2,0	2,1	2,4				
Incidência de acidentes vasculares cerebrais na população residente					32,2	35,4	36,9	37,0				
Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado SNS em ambulatório (Dose Diária Definida /1000 habitantes/dia)					44,9	55,8	51,2	71,3				
% de episódios agudos que deram origem a codificação de episódio (ICPC2)					9,7	14,3	13,4	19,9				
% de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos												
Eficiência												
% de consumo de medicamentos genéricos em embalagens, no total de embalagens de medicamentos					25,27 €	26,68 €	28,89 €	31,88 €				
Custo médio de medicamentos facturados por utilizador					178,50 €	203,50 €	206,18 €	225,83 €				
Custo médio de MCDT facturados por utilizador					53,08 €	55,40 €	53,26 €	59,87 €				