



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL  
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

OTIMIZAR RECURSOS  
GERAR EFICIÊNCIA



# Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários

Biénio 2020 / 2021

dezembro 2020



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

SAÚDE

[WWW.ACSS.MIN-SAUDE.PT](http://WWW.ACSS.MIN-SAUDE.PT)

(página intencionalmente em branco)

## Índice

1. Nota Prévia.....	5
2. Processo de Contratualização .....	7
2.1. Contratualização ano 2021 .....	7
2.2. Contratualização ano 2020 .....	8
3. Instrumentos para a Contratualização .....	9
4. Contratualização Interna .....	11
4.1. Processo .....	11
4.1.1. Negociação .....	11
4.1.2. Carta Compromisso .....	13
4.1.3. Acompanhamento / Monitorização .....	14
4.1.4. Avaliação .....	14
4.1.5. Incentivos Institucionais .....	14
4.1.6. Comissões de Acompanhamento Externo.....	14
4.2. Matriz multidimensional e indicadores .....	15
4.2.1. Matriz multidimensional das USF e UCSP .....	15
4.2.2. Matriz multidimensional das UCC.....	18
4.2.3. Matriz multidimensional das USP .....	20
4.2.4. Matriz multidimensional das URAP.....	22
4.3. Índice de Desempenho Global.....	24
4.3.1. Métricas - Índices de Desempenho Setoriais .....	26
4.3.1.1. IDS – Área “Desempenho Assistencial”.....	26
4.3.1.2. IDS – Área dos “Serviços” .....	28
4.3.1.3. IDS – Área da “Qualidade Organizacional” .....	33
4.3.1.4. IDS – Área “Formação Profissional” .....	36
4.3.1.5. IDS da Área “Atividade Científica” .....	37
4.3.2. Ponderação do desempenho em função do contexto .....	37
4.4. Acompanhamento/monitorização e avaliação no ano de 2020 .....	38
5. Contratualização Externa .....	39
5.1. Processo .....	39
5.1.1. Negociação .....	39
5.1.2. Contrato-programa.....	40
5.1.3. Acompanhamento e monitorização .....	41

5.1.4.	Avaliação .....	41
5.1.5.	Cálculo dos IDS de uma dimensão do ACES .....	41
5.1.6.	Cálculo do IDG do ACES .....	44
5.2.	Matriz Multidimensional e Indicadores dos ACES .....	45
5.3.	Unidades Locais de Saúde .....	48
5.4.	Acompanhamento/monitorização e Avaliação no ano de 2020 .....	48
6.	Cronograma .....	49
6.1.	Fase de Negociação 2021 .....	49
7.	Anexos .....	50
7.1.	Anexo I – Alterações à Operacionalização da Contratualização nos CSP para 2020 e 2021, face a 2019 .....	50
7.2.	Anexo II – Fases e <i>Check-List</i> da Contratualização Interna .....	57
7.3.	Anexo III – Estrutura da Ata das Reuniões de Negociação e de Acompanhamento .....	60
7.4.	Anexo IV – Plano de Ação da UF .....	61
7.5.	Anexo V – Cartas de Compromisso .....	62
7.6.	Anexo VI – Incentivos Institucionais .....	64
7.7.	Anexo VII – Regras da Matriz de Indicadores .....	66
7.8.	Anexo VIII – Correção das Ponderações por Inexistência de Indicadores .....	67
7.9.	Anexo IX - Contratualização das USF e UCSP - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG (2020 e 2021) .....	68
7.10.	Anexo X - Monitorização das USF e UCSP - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional sem impacto no cálculo do IDG .....	71
7.11.	Anexo XI - Contratualização das UCC - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG .....	73
7.12.	Anexo XII - Contratualização das USP - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG .....	74
7.13.	Anexo XIII - Contratualização das URAP - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG .....	74
7.14.	Anexo XIV - Contratualização dos ACES - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG .....	76
7.15.	Anexo XV – Monitorização dos ACES - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional sem impacto no cálculo do IDG .....	80
7.16.	Anexo XVI – Indicadores - Intervalos esperados e variação aceitável .....	82

## 1. NOTA PRÉVIA

Na sequência da aprovação dos “Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2021”<sup>1</sup>, apresenta-se o documento de operacionalização do processo de contratualização nos cuidados de saúde primários (CSP) para o biénio 2020/2021, incorporando os contributos produzidos pela Comissão Técnica Nacional (CTN) durante o ano de 2019, para implementação a partir do ano de 2020.

O processo de contratualização de cuidados de saúde para o ano de 2021 será executado num contexto de elevada complexidade e incerteza, derivado dos efeitos da situação de Pandemia COVID-19 existente.

Neste âmbito, e porque a atividade assistencial realizada pelos cuidados de saúde primários é um pilar essencial para a saúde da população, com especial relevância num contexto pandémico, o processo de contratualização de 2021 continuará a incentivar a qualificação do acesso a este nível de cuidados, nomeadamente em relação às atividades relacionadas com o seguimento de doentes COVID-19, aos programas de vacinação, de rastreio e de diagnóstico precoce, à resposta à doença aguda e à vigilância de doentes crónicos, ao cumprimento dos programas de saúde materna, infantil, planeamento familiar e de adultos, entre outras atividades essenciais para o seguimento dos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ao longo do seu trajeto de vida.

É, pois, com este enquadramento, que as Administrações Regionais de Saúde (ARS), os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e as suas Unidades Funcionais devem executar o processo de contratualização nos cuidados de saúde primários para 2021, seguindo as regras e as normas definidas neste documento, que abrange, igualmente, o ano de 2020.

Efetivamente, para o ano de 2020, e após a publicação dos Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2020<sup>2</sup>, foi declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, a situação de pandemia para a infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19), que sucedeu à situação de Emergência de Saúde Pública de âmbito Internacional que já tinha sido declarada pela OMS a 30 de janeiro de 2020.

Em Portugal, foi decretado o Estado de Emergência nos termos do Decreto do Presidente da República nº 14-A/2020, de 18 de março, posteriormente renovado, vigorando até 2 de maio de 2020. Após essa data, entrou em vigor o Estado de Calamidade, determinado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 33-A/2020, de 30 de abril.

Durante a fase pandémica, o Ministério da Saúde foi emitindo diversas orientações para as entidades prestadoras de cuidados de saúde do SNS, nomeadamente para os cuidados de saúde primários, de forma a, numa primeira fase, ser suspensa a “*atividade assistencial não urgente que, pela sua natureza ou prioridade clínica, não implique risco de vida para os utentes, limitação do seu prognóstico e/ou limitação de acesso a tratamentos periódicos ou de vigilância*”<sup>3</sup> e, posteriormente, ser assegurada a “retoma gradual

---

<sup>1</sup> Disponível em [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/11/TR-Contratualizacao\\_2021\\_VHom.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/11/TR-Contratualizacao_2021_VHom.pdf).

<sup>2</sup> Disponível em [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/ACSS-Termos\\_Referencia-Contratualizacao\\_SNS\\_2020.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/ACSS-Termos_Referencia-Contratualizacao_SNS_2020.pdf)

<sup>3</sup> Conforme despacho S/N.º do Gabinete da Ministra da Saúde, de 16 de março.

---

do reagendamento e da realização da atividade assistencial suspensa no SNS devido à pandemia COVID-19<sup>4</sup>.

Considerando este contexto extraordinário, a fase de negociação do processo de contratualização para 2020 ficou prejudicada, tendo-se, contudo, garantido o cumprimento da fase de acompanhamento e monitorização ao longo do ano, nomeadamente, com a disponibilização regular dos dados referentes à atividade assistencial e ao cálculo do Índice de Desempenho Global das Unidades Funcionais e dos ACES, o que permite a implementação das medidas de ajustamento consideradas necessárias para assegurar a resposta às necessidades em saúde da população.

Para que seja possível fechar o ciclo de contratualização deste ano de 2020, procede-se à divulgação das diretrizes a aplicar na fase de avaliação do processo de contratualização nos cuidados de saúde primários para 2020, as quais são aplicáveis para o biénio 2020/2021.

---

4 Conforme despacho n.º 5314/2020 da Ministra da Saúde, de 7 de maio.

## 2. PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO

A contratualização com os cuidados primários é hoje uma cultura implementada em Portugal, constituindo-se como uma ferramenta plenamente assumida pelos profissionais que desempenham a sua atividade neste nível de cuidados, e representa um compromisso social a favor do cidadão, das famílias e das comunidades.

O processo de contratualização, transversal a todos os níveis da estrutura da prestação de cuidados de saúde primários no SNS (Administrações Regionais de Saúde, Agrupamentos de Centros de Saúde, Unidades Funcionais), potencia a melhoria contínua dos desempenho e assegura o necessário envolvimento e participação de todos os envolvidos no processo, designadamente, os utentes e os profissionais de saúde.

O modelo conceptual em vigor nos cuidados de saúde primários retira o foco da negociação de indicadores e metas, recentrando-o na prossecução dos resultados em saúde, alcançados num contexto de boas práticas assistenciais e de gestão dos percursos integrados em saúde, considerando as diferentes áreas e dimensões de desempenho das Equipas.

Assim, para 2021 prossegue-se o objetivo de aumentar a apropriação dos profissionais e das equipas em relação a este modelo de contratualização, o qual visa alcançar a melhoria contínua do desempenho, com enfoque no percurso evolutivo da unidade de observação (e não da meta), tornando como principal utilidade do indicador a demonstração da sua evolução.

### 2.1. CONTRATUALIZAÇÃO ANO 2021

Para 2021, estabelece-se que os Planos de Ação das Unidades Funcionais e os Planos de Desempenho dos ACES devem ser considerados como **Planos de Melhoria dirigidos a áreas específicas** do desempenho das equipas, nos termos definidos no presente documento.

Tratando-se de um processo negocial entre níveis diferentes da organização, a contratualização nos CSP operacionaliza-se em dois processos interligados:

- Contratualização interna - Entre ACES e Unidades Funcionais, suportada por um Plano de Ação (com um horizonte temporal a três anos), cujo enfoque para 2021 deverá centrar-se no plano de melhoria dirigido a áreas específicas, e formalizada através de assinatura da Carta de Compromisso, abrangendo todas as Unidades Funcionais de cada ACES.
- Contratualização externa – Entre as ARS e os ACES, suportada por um Plano de Desempenho (com um horizonte temporal a três anos), cujo enfoque para 2021 deverá centrar-se no plano de melhoria dirigido a áreas específicas, e formalizada através de assinatura do Contrato Programa de cada ACES.

A contratualização interna e externa, devem estar em alinhamento com os Planos Nacional, Regionais e Locais de Saúde, num objetivo transversal de alcançar os melhores resultados em saúde, fortalecido por uma Governação Clínica e de Saúde assente em “pilares” comuns e concertados com as prioridades nacionais.

---

A negociação dos Planos de Ação e de Desempenho para 2021, centrada no plano de melhoria em áreas específicas, baseia-se na identificação das necessidades em saúde, refletindo a nova realidade face à situação epidemiológica existente, numa adequada avaliação dos recursos disponíveis, dos resultados obtidos e na definição dos resultados esperados anuais.

A avaliação é operacionalizada por uma matriz multidimensional da atividade, tendo como referência o Índice de Desempenho Global (IDG) que se pretende alcançar e melhorar continuamente.

Face ao referido, o presente documento de operacionalização define a estrutura processual aplicável a todos os agentes envolvidos no processo de contratualização nos cuidados de saúde primários, evidenciando assim a efetiva importância da Governação Clínica e de Saúde, através da negociação de um plano de melhoria contínua e da afetação dos recursos necessários para a sua implementação, de forma a alcançar ganhos em saúde e bem estar para todos.

## **2.2. CONTRATUALIZAÇÃO ANO 2020**

Considerando o impacto da Pandemia COVID-19 na execução das várias fases do processo de contratualização para 2020, principalmente na realização atempada da fase de negociação dos Planos de Ação das Unidades Funcionais e dos Planos de Desempenho dos ACES, importa reforçar as orientações para cumprimento das fases de monitorização/acompanhamento e de avaliação do processo de contratualização para este ano, as quais serão executadas de acordo com os indicadores, os intervalos esperados e as variações aceitáveis em vigor para o biénio 2020/2021, nos exatos termos que constam do presente documento de operacionalização.



### 3. INSTRUMENTOS PARA A CONTRATUALIZAÇÃO

São instrumentos essenciais para o processo de contratualização dos cuidados de saúde primários:

- Planos Nacional, Regional e Local de Saúde.
- Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2021, com especial relevância para os objetivos específicos identificados no seu ponto 1.1.
- Plano de Desempenho do ACES, cujo enfoque para 2021 deverá centrar-se no Plano de Melhoria a introduzir nas áreas específicas abaixo identificadas.
- Plano de Ação da Unidade Funcional (PAUF), que para 2021 deverá considerar a Matriz Multidimensional de Desempenho (nas áreas, subáreas e dimensões) e, essencialmente, centrar-se no Plano de Melhoria dirigido às áreas específicas e aos seguintes requisitos:
  - ✓ Áreas de melhoria (reforçando-se a importância da vertente do acesso):
    - Melhoria e Qualificação do Acesso (ao nível dos TMRG; do atendimento presencial, com pré-agendamento da atividade assistencial, ajustamento de horários e reorganização dos espaços; das visitas domiciliárias e respostas comunitárias de proximidade; do atendimento não presencial qualificado e dedicado; da resposta no próprio dia a situações de doença aguda, diminuição das urgências evitáveis, referenciação adequada para consultas de especialidade).
    - Qualificação da prescrição (MCDT e Medicamentos).
    - Qualificação da discussão clínica (referenciação, integração de cuidados e reforço da articulação com os cuidados hospitalares, nomeadamente, no agendamento programado de resposta a utentes triados como verdes, azuis e brancos).
    - Satisfação (profissionais e utentes).
    - Subáreas a necessitarem intervenção, em função da análise de resultados de 2020.
  - ✓ Integrar ou ter em anexo o Plano de Formação (PF).
  - ✓ Integrar ou ter em anexo a proposta do Plano de Aplicação dos Incentivos Institucionais (PAII) – apenas aplicável às UCSP e USF.
- Portal do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI CSP) - Módulos das áreas da Contratualização:
  - ✓ **Contratualização:**
    - A Operacionalização da contratualização nos cuidados de saúde primários para 2021;
    - Toda a informação disponível - contexto, caracterização, histórico de desempenho, resultados de toda a matriz de Indicadores dos CSP (portal BI CSP);

- 
- Funcionalidade de cálculo/simulação do(s) IDG e dos Índices de Desempenho das respectivas áreas, subáreas e dimensões que o compõem (IDS\_A, IDS\_S e IDS\_D);
  - Os vários níveis de análise tendo como unidade de observação obrigatória a UF (acesso “público”), mas com desagregação ao profissional/equipa (acesso pelos profissionais devidamente autenticados);
  - Capacidade de exploração da base de dados (todos os indicadores) e construção dos seus próprios *dashboards*.
- Glossário CSP - Explicitação dos principais conceitos em CSP (em desenvolvimento).
  - BI Self-Service – Conjunto de relatórios e *dashboards* que permitem obter informação sobre a atividade no âmbito do Acesso aos Cuidados de Saúde e Prescrição de Medicamentos.

Para aplicar a partir de 2020, a CTN propôs a incorporação de novas dimensões e de novos indicadores, a alteração aos intervalos de alguns indicadores e a eliminação de indicadores de 2019.

Estas alterações encontram-se devidamente discriminadas no **Anexo I – Alterações à Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2020 e 2021, face a 2019**.

## 4. CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA

Nos subcapítulos seguintes explicita-se a metodologia comum a qualquer Unidade Funcional (UF), sendo tratadas em capítulos próprios as especificidades, em termos de metodologia de contratualização das diferentes tipologias de UF.

### 4.1. PROCESSO

A contratualização interna comporta as fases definidas para o processo (preparação, negociação, monitorização/acompanhamento e avaliação), sendo suportada pelas diversas ferramentas já identificadas no capítulo 3 deste documento, de forma a promover uma prestação de contas transparente e obrigatória.

Nesse sentido, enumera-se uma *check-list*, disponível no **Anexo II – Fases e Check-List da Contratualização Interna**, que pretende elucidar os diferentes focos do processo, nomeadamente ao nível da preparação e negociação. Esta *check-list* está mais focada nas USF / UCSP mas, com as devidas adaptações, é extensível a qualquer modelo de unidade funcional.

Todas as reuniões formais de negociação e acompanhamento culminam na elaboração da respetiva ata, a qual deve obedecer à estrutura constante no **Anexo III – Estrutura da Ata das Reuniões de Negociação e de Acompanhamento**.

#### 4.1.1. NEGOCIAÇÃO

O processo de contratualização interna de qualquer UF concretiza-se através da discussão e negociação do Plano de Ação da UF, o qual deve obedecer a uma estrutura comum, constante do **Anexo IV – Plano de Ação da UF**.

O Plano de Ação da UF é plurianual, normalmente a 3 anos, devendo em 2021 centrar-se no Plano de Melhoria a introduzir, decorrente da avaliação efetuada.

Tendo como enquadramento as necessidades em saúde identificadas e priorizadas pelas UF, as áreas específicas de melhoria, bem como os valores dos Índices de Desempenho Global (IDG) e dos Índices de Desempenho Setoriais (IDS) obtidos, são identificadas as áreas e subáreas de melhoria e discutidas as estratégias ou atividades a executar.

**Exemplo:** Melhorar a subárea "acesso" (IDS\_S acesso – de 50/100 para 70/100)

Atividades Propostas:

- Definir protocolos de referenciação com os hospitais para resposta à doença aguda, nomeadamente nas áreas assistenciais com maior procura e necessidade de articulação prioritária, ou seja: (i) Oftalmologia (catarratas, glaucoma, alterações da retina, ambliopia e oculoplástica); (ii) Otorrinolaringologia (hipoacusia, disfonia, acufenos, vertigem e infeções respiratórias altas até aos

24 meses); (iii) Ortopedia (gonalgia, coxalgia, lombalgia, omalgia e esporão do calcâneo); (iv) Urologia (hematúria, litíase urinária, aumento do PSA e incontinência urinária na mulher);

- Acompanhar os doentes com Covid-19 que têm indicação para vigilância nos cuidados de saúde primários, nos termos das orientações emanadas pela Direção Geral da Saúde;
- Contactar de forma pró-ativa os utentes com mais necessidades em saúde e maiores riscos de doença;
- Revisitar critérios e conceitos para agendamento de consultas não-presenciais versus presenciais;
- Criar algoritmo/fluxograma para atendimento telefónico e sua gestão;
- Redefinir política de acesso telefónico aos profissionais e publicitá-la aos utentes;
- Criar posto de trabalho para Secretário Clínico em *backoffice*, informatizado e com central telefónica.

Os resultados destas atividades são operacionalizados e monitorizados por indicadores e respetivas métricas que compõem as dimensões do IDS\_S "acesso".

A negociação deve incidir exclusivamente nas áreas, nas subáreas e dimensões, desfocando dos indicadores.

A discussão e negociação do Plano de Ação integra, obrigatoriamente, o Plano de Formação e a proposta para Aplicação dos Incentivos Institucionais (UCSP/USF).

O Plano de Ação representa assim o compromisso de:

- Recursos (os recursos disponíveis alocados para o efeito);
- Processos (caminho e ações a prosseguir para atingir os resultados);
- Resultados (onde se quer chegar).

Considerando a importância dos recursos para o cumprimento (ou incumprimento) da Carta de Compromisso e do respetivo Plano de Ação, é igualmente reconhecida a sua relevância e impacto no IDG.

Assim, a consequência do não cumprimento do suporte e apoio dos ACES, ao nível dos recursos, consubstancia-se numa ponderação que será englobada na matriz de ponderação referenciada em 4.3.2 - Ponderação do desempenho em função do contexto.

O Plano de Ação (PAUF) é operacionalizado através do portal BI-CSP, encontrando-se já esta ferramenta à disposição das USF, UCSP e UCC.

Em 2021, será também possível operacionalizar o PAUF das URAP e USP através do portal BI-CSP, contudo, ainda sem indicadores de desempenho.

O acesso a este portal é efetuado através da credenciação individual pelo e-mail institucional, sendo que esse endereço tem, obrigatoriamente, de constar como e-mail principal no sistema de informação denominado RHV (atualizado pelos recursos humanos da instituição respetiva, preferencialmente pelas estruturas do ACES).

#### 4.1.2. CARTA COMPROMISSO

A Carta de Compromisso representa o acordo anual explicitamente assumido entre a UF e o ACES e contempla:

- O compromisso de recursos disponíveis e alocados à UF;
- O compromisso de resultados, operacionalizado no nível de IDG e IDS que se pretende atingir.

A Carta de Compromisso deve incluir:

- Constituição da equipa profissional e a caracterização da população alvo;
- Plano de Ação, com o enfoque no plano de melhoria, de Formação, de Recursos e de Aplicação dos Incentivos Institucionais da UF (estes últimos, quando aplicável).
- Importa ainda assegurar que conste informação relativa à Carteira Adicional de Serviços negociada (nos termos do n.º 6 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 298/2007). A carteira adicional de serviços, tanto para as USF de modelo A como de modelo B, é uma das componentes do compromisso assistencial que se traduz no desenvolvimento de atividades assumidas (anexo II da Portaria n.º1368/2007, de 18 de Outubro);
- Declaração de inexistência de incompatibilidades dos profissionais (no caso das USF modelo B);
- Manual de Articulação.

**Para o ano 2021**, as linhas gerais que estruturam a Carta de Compromisso estão elencadas no **Anexo V – Cartas de Compromisso**, sendo o documento base automaticamente gerado pelo PAUF (para as USF, UCSP, UCC), obtido o acordo entre as partes no decurso da fase de negociação dos compromissos assistenciais para o ano.

**Relativamente a 2020**, considerando a excecionalidade do ano, nomeadamente em relação ao impacto da Pandemia COVID-19, que prejudicou a execução da fase de negociação do processo de contratualização nos cuidados de saúde primários, nomeadamente a negociação atempada do Plano de Ação da Unidade Funcional (PAUF) para o ano de 2020, e de forma a dar cumprimento ao definido no n.º 3 do Artigo 2.º da Portaria n.º 212/2017, de 19 de julho, estabelecem-se linhas gerais para a elaboração de uma Carta de Compromisso específica para 2020, sem recurso à Plataforma Eletrónica que suporta o PAUF, devidamente identificadas nos termos elencados no **Anexo V - Carta de Compromisso - Ano 2020**.

#### **4.1.3. ACOMPANHAMENTO / MONITORIZAÇÃO**

A monitorização é efetuada através do BI-CSP, com a publicação de forma continuada dos resultados dos IDG, IDS e respetivas dimensões, operacionalizados pelas suas métricas e respetivos indicadores.

Os resultados dos respetivos indicadores mantêm-se disponíveis no ecossistema SIM@SNS (SIM@SNS, SIARS e MIM@UF), bem como, no SDM, ao nível nacional, regional ou local, estando também disponível um conjunto de relatórios sobre os indicadores no portal BI-CSP.

O acompanhamento e monitorização deverá ser efetuado em tempos/espacos formais pelos órgãos de gestão do ACES, garantindo um efetivo acompanhamento das UF e potenciando os necessários ajustes que promovam a adequação do plano aos objetivos traçados, sendo que todas as reuniões devem ser documentadas com as respetivas atas.

#### **4.1.4. AVALIAÇÃO**

A avaliação materializa-se através dos IDG, IDS\_A, IDS\_S e IDS\_D, conforme descrito no ponto 4.3 **Índice de Desempenho Global**.

#### **4.1.5. INCENTIVOS INSTITUCIONAIS**

Os incentivos institucionais constituem-se como um instrumento que, no âmbito de um processo de gestão por objetivos como é o caso do processo de contratualização nos CSP, representam o reconhecimento do nível de desempenho obtido pelas UF.

Os incentivos institucionais, enquadrados num processo de contratualização que integra uma estratégia de melhoria contínua e assegura a adequação às necessidades em saúde da população, destinam-se ao desenvolvimento de ambientes de motivação dos profissionais, designadamente a melhoria do contexto físico do seu exercício, bem como o reforço de competências decorrente da facilitação do acesso a ações de formação.

Os critérios e procedimentos para o cálculo dos incentivos institucionais estão definidos **Anexo VI – Incentivos Institucionais**.

#### **4.1.6. COMISSÕES DE ACOMPANHAMENTO EXTERNO**

Sempre que necessário, pode ser solicitada pronúncia à comissão de acompanhamento com competência para acompanhar o processo de contratualização e o apuramento de resultados, bem como dirimir e arbitrar eventuais conflitos entre as UF e os ACES emergentes do processo de contratualização e apuramento de resultados, em conformidade com o estabelecido na Portaria n.º 212/2017, de 19 de julho.

## 4.2. MATRIZ MULTIDIMENSIONAL E INDICADORES

### 4.2.1. MATRIZ MULTIDIMENSIONAL DAS USF E UCSP

As USF e UCSP deverão desenvolver a sua atividade considerando a matriz multidimensional constante da Tabela 1, que integra as ponderações associadas a cada Área, Subárea ou Dimensão.

**Tabela 1 - Matriz multidimensional - contratualização USF e UCSP<sup>6</sup>**

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2021 <sup>7</sup>
<b>A - Desempenho Assistencial</b>	50	
<b>S – Acesso</b>	20	
D - Cobertura ou Utilização	10	Sim
D – Personalização	10	Sim
D - Atendimento Telefónico	10	Não
D - Tempos Máximos de Resposta Garantidos	40	Sim
D - Consulta no Próprio Dia	10	Sim
D - Trajeto do Utente na Unidade Funcional	10	Não
D - Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	10	Sim
<b>S - Gestão da Saúde</b>	20	
D - Saúde Infantil e Juvenil	25	Sim
D - Saúde da Mulher	25	Sim
D - Saúde do Adulto	25	Sim
D - Saúde do Idoso	25	Sim
<b>S - Gestão da Doença</b>	20	
D - Diabetes Mellitus	25	Sim
D - Hipertensão Arterial	25	Sim
D - Doenças Aparelho Respiratório	25	Sim
D - Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças	25	Sim
<b>S - Qualificação da Prescrição</b>	20	
D - Prescrição Farmacoterapêutica	50	Sim
D - Prescrição MCDT	30	Sim
D - Prescrição de Cuidados	20	Não
<b>S - Satisfação de Utentes</b>	20	
D - Satisfação de Utentes	100	Sim

<sup>6</sup> De forma transversal à elaboração dos seus Planos de Ação, com enfoque no plano de melhoria dirigido a áreas específicas, as USF e UCSP devem implementar medidas articuladas com as restantes Unidades Funcionais, que contribuam para a melhoria da resposta à doença aguda e para o aumento da cobertura nas áreas da saúde oral, visual, psicologia, nutrição, saúde mental e medicina física e de reabilitação, bem como, para o reforço da articulação com os municípios e com outras estruturas da comunidade e para a participação ativa dos cidadãos na definição do funcionamento dos serviços de saúde.

<sup>7</sup> Indicação se a dimensão é possível de operacionalizar em 2021 (para efeitos de cálculo do IDG).

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2021 <sup>7</sup>
<b>A – Serviços</b>	10	
S - Serviços de Carácter Assistencial	80	
D - Serviços de Carácter Assistencial	100	Sim
S - Serviços de Carácter não Assistencial	20	
D - Atividades de Governação Clínica no ACES	80	Sim
D - Outras Atividades não Assistenciais	20	Não
<b>A - Qualidade Organizacional</b>	20	
S - Melhoria Contínua da Qualidade	40	
D – Acesso	25	Sim
D - Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados	75	Sim
<b>S – Segurança</b>	40	
D - Segurança de Utentes	40	Sim
D - Segurança de Profissionais	30	Sim
D - Gestão do Risco	30	Não
<b>S - Centralidade no Cidadão</b>	20	
D – Participação do Cidadão	100	Não
<b>A - Formação Profissional</b>	10	
S - Formação Interna	80	
D - Formação da Equipa Multiprofissional	50	Sim
D - Formação de Internos e Alunos	50	Sim
S - Formação Externa	20	
D - Serviços de Formação Externa	100	Não
<b>A - Atividade Científica</b>	10	
S - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	50	
D - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	100	Não
S - Trabalhos de Investigação	50	
D - Trabalhos de Investigação	100	Não

Para efeitos de monitorização da respetiva matriz, foram indexados um conjunto de indicadores a cada dimensão, que permitem acompanhar o percurso de cada unidade, promovendo assim uma monitorização contínua e uma avaliação sustentada na evidência do que é traduzido pelos indicadores validados na matriz.



---

Considerando as determinações e as validações efetuadas no âmbito dos trabalhos da Comissão Técnica Nacional, apresentam-se, em anexo, duas tabelas distintas que incorporam os indicadores monitorizados, os quais carecem de distinção face ao seu impacto, ou não, no cálculo do IDG, nomeadamente:

- **Anexo IX - Contratualização das USF e UCSP - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG**, que resume os indicadores que contribuem para o cálculo do IDG;
  
- **O Anexo X - Monitorização das USF e UCSP - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional sem impacto no cálculo do IDG**, que apresenta os indicadores de monitorização, indexados às áreas, subáreas e dimensões, sem impacto no cálculo do IDG.

#### 4.2.2. MATRIZ MULTIDIMENSIONAL DAS UCC

As UCC são unidades cujo processo de contratualização se iniciou, de forma transversal a nível nacional, no ano de 2016, necessitando de continuar a ser fortalecido e mais abrangente.

A matriz multidimensional contida na Tabela 2 visa espelhar a carteira de serviços inerente a esta tipologia de unidades, na procura da uniformização do seu espectro de atuação, bem como na criação de instrumentos conducentes à desejável comparabilidade a nível nacional, promovendo uma orientação harmonizada e com objetivos comuns.

**Tabela 2 - Matriz multidimensional - contratualização UCC<sup>8</sup>**

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2021 <sup>9</sup>
<b>A - Desempenho Assistencial</b>	50	
<b>S – Acesso</b>	20	
D – Cobertura ou Utilização	30	Sim
D - Distribuição da Atividade	20	Sim
D - Tempos Máximos de Resposta Garantidos	50	Sim
<b>S - Gestão da Saúde</b>	20	
D - Criança e Adolescência	25	Não
D - Saúde Reprodutiva	25	Sim
D - Saúde do Adulto	25	Não
D - Saúde do Idoso	25	Sim
<b>S - Gestão da Doença</b>	20	
D – Reabilitação	20	Sim
D - Saúde Mental	20	Sim
D - Abordagem Paliativa	20	Sim
D - Doença Crónica	20	Sim
D – ECCI	20	Sim
<b>S - Intervenção Comunitária</b>	20	
D - Saúde Escolar	40	Sim
D - Intervenção Precoce	10	Não
D - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco	10	Não
D - Núcleo Local de Inserção	10	Não
D - Comissão de Proteção de Jovens em Risco	10	Não
D - Equipa de Prevenção da Violência em Adultos	10	Não

<sup>8</sup> De forma transversal à elaboração dos seus Planos de Ação, com enfoque no plano de melhoria dirigido a áreas específicas, as UCC devem implementar medidas articuladas com as restantes Unidades Funcionais, que contribuam para a melhoria da resposta à doença aguda e para o aumento da cobertura nas áreas da saúde oral, visual, psicologia, nutrição, saúde mental e medicina física e de reabilitação, bem como, para o reforço da articulação com os municípios e com outras estruturas da comunidade e para a participação ativa dos cidadãos na definição do funcionamento dos serviços de saúde. Face ao contexto pandémico, deve também ser prevista a integração em equipas multidisciplinares de combate à COVID-19.

<sup>9</sup> Indicação se a dimensão é possível de operacionalizar em 2021 (para efeitos de cálculo do IDG).

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2021 <sup>9</sup>
D - Rede Social	10	Não
S - Satisfação de Utentes	20	
D - Satisfação de Utentes	100	Sim
<b>A – Serviços</b>	<b>10</b>	
S - Serviços de Carácter Assistencial	80	
D - Serviços de Carácter Assistencial	100	Sim
S - Serviços de Carácter não Assistencial	20	
D - Atividades de Governação Clínica no ACES	50	Sim
D - Outras Atividades não Assistenciais	50	Não
<b>A - Qualidade Organizacional</b>	<b>20</b>	
S - Melhoria Contínua da Qualidade	40	
D – Acesso	25	Sim
D - Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados	75	Sim
S – Segurança	40	
D - Segurança de Utentes	40	Sim
D - Segurança de Profissionais	30	Sim
D - Gestão do Risco	30	Não
S - Centralidade no Cidadão	20	
D - Centralidade no Cidadão	100	Não
<b>A - Formação Profissional</b>	<b>10</b>	
S - Formação Interna	80	
D - Formação da Equipa Multiprofissional	50	Sim
D - Formação de Internos e Alunos	50	Sim
S - Formação Externa	20	
D - Serviços de Formação Externa	100	Não
<b>A - Atividade Científica</b>	<b>10</b>	
S - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	50	
D - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	100	Não
S - Trabalhos de Investigação	50	
D - Trabalhos de Investigação	100	Não

No **Anexo XI - Contratualização das UCC - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG**, elencam-se os indicadores passíveis de inclusão no cálculo do IDG para o ano de 2021, contemplando já novos indicadores em outras dimensões da matriz, indo assim de encontro às pretensões manifestadas pelas equipas.

### 4.2.3. MATRIZ MULTIDIMENSIONAL DAS USP

No caso das USP, tem havido experiências-piloto de contratualização a nível regional, encontrando-se em curso trabalho tendente à implementação de um processo de abrangência nacional, o qual tem sido realizado em conjunto com a Comissão Nacional da Reforma da Saúde Pública, nomeadamente com a subcomissão dedicada à contratualização.

O referencial de contratualização interna das USP para 2021 assenta na sua matriz de competências, garantindo o cumprimento da “Carteira Básica de Serviços”, sem esquecer a atividade a realizar no contexto específico da pandemia de COVID-19.

A matriz de desempenho é a constante da Tabela 3.

**Tabela 3 - Matriz multidimensional - contratualização USP<sup>10</sup>**

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2021 <sup>11</sup>
A - Desempenho Assistencial	50	
S - Observação do Estado de Saúde e Bem-estar da População	15	
D - Diagnóstico de Situação de Saúde	40	Não
D - Monitorização do Estado de Saúde da População e dos seus Determinantes	60	Não
S - Vigilância Epidemiológica e Resposta às Emergências em Saúde Pública	15	
D - Caracterização das estruturas de apoio das Comunidades	15	Não
D - Cartas Sanitárias de Risco	25	Não
D - Planos de Contingência	20	Não
D - Investigação Epidemiológica	40	Não
S - Proteção da Saúde (Incluindo Ambiental, Ocupacional, Segurança Alimentar e Outros)	15	
D - Vacinação	22	Não
D - Saúde Ocupacional	19	Não
D - Sanidade Internacional	19	Não
D - Saúde Ambiental	20	Não
D - Qualidade e Segurança Alimentar	20	Não
S - Promoção da Saúde (Incluindo Determinantes Sociais e Desigualdades)	15	
D - Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidado	20	Não
D - Saúde Oral	20	Não
D - Saúde Escolar	20	Não
D - Estilos de Vida Saudáveis	20	Não
D - Ambientes Saudáveis	20	Não
S - Governança para a Saúde e Bem-estar	14	
D - Planeamento em Saúde	50	Não
D - Estudos de Impacto na Saúde	20	Não

<sup>10</sup> De forma transversal à elaboração dos seus Planos de Ação, com enfoque no plano de melhoria dirigido a áreas específicas, as USP devem implementar medidas articuladas com as restantes Unidades Funcionais, que contribuam para a melhoria da resposta à doença aguda e para o aumento da cobertura nas áreas da saúde oral, visual, psicologia, nutrição, saúde mental e medicina física e de reabilitação, bem como, para o reforço da articulação com os municípios e com outras estruturas da comunidade e para a participação ativa dos cidadãos na definição do funcionamento dos serviços de saúde.

<sup>11</sup> Indicação se a dimensão é possível de operacionalizar em 2021 (para efeitos de cálculo do IDG).

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2021 <sup>11</sup>
D – Informação à População	30	Não
S - Prevenção da Doença	14	
D - Programas Nacionais Prioritários	100	Não
S - Atividades de Autoridade de Saúde	12	
D - Lei da Saúde Mental	10	Não
D – Emissão de atestados	50	Não
D – Outros	40	Não
<b>A - Serviços</b>	<b>10</b>	
S - Serviços de Carácter Assistencial	80	
D - Serviços de Carácter Assistencial	100	Sim
S - Serviços de Carácter não Assistencial	20	
D - Atividades de Governação Clínica no ACES	50	Sim
D - Outras Atividades não Assistenciais	50	Não
<b>A - Qualidade Organizacional</b>	<b>20</b>	
S - Melhoria Contínua da Qualidade	40	
D - Acesso	25	Sim
D - Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados	75	Sim
S - Segurança	40	
D - Segurança de Utentes	40	Sim
D - Segurança de Profissionais	30	Sim
D - Gestão do Risco	30	Não
S - Centralidade no Cidadão	20	
D - Centralidade no Cidadão	100	Não
<b>A - Formação Profissional</b>	<b>10</b>	
S - Formação Interna	80	
D - Formação da Equipa Multiprofissional	50	Sim
D - Formação de Internos e Alunos	50	Sim
S - Formação Externa	20	
D - Serviços de Formação Externa	100	Não
<b>A - Atividade Científica</b>	<b>10</b>	
S - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	50	
D - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	100	Não
S - Trabalhos de Investigação	50	
D - Trabalhos de Investigação	100	Não

Para este tipo de UF, pese embora não existam ainda indicadores de desempenho, será possível operacionalizar os IDS para as áreas de Serviços, Qualidade Organizacional e Formação.

#### 4.2.4. MATRIZ MULTIDIMENSIONAL DAS URAP

No caso das URAP tem havido experiências-piloto de contratualização a nível regional.

No ano de 2017, foi constituído um grupo de trabalho que teve como finalidade conceptualizar/operacionalizar o processo de contratualização para estas unidades funcionais, de acordo com as orientações para as demais unidades do ACES.

Para 2021, a matriz de desempenho é a constante da Tabela 4.

**Tabela 4 - Matriz multidimensional - contratualização URAP<sup>12</sup>**

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2021 <sup>13</sup>
A - Desempenho Assistencial	50	
S – Acesso	30	
D - Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	20	Não
D - Tempos Máximos de Resposta Garantidos	60	Não
D - Trajeto do Utente na Unidade Funcional	20	Não
S - Gestão da Saúde	20	
D - Saúde Oral	50	Não
D - Outras Atividades de Gestão da Saúde	50	Não
S - Gestão da Doença	30	
D - Apoio Social	20	Não
D - Saúde Mental	20	Não
D - Medicina Física e Reabilitação	20	Não
D - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	20	Não
D - Outras Atividades na Gestão da Doença	20	Não
S - Satisfação de Utentes	20	
D - Satisfação de Utentes	100	Sim
A – Serviços	10	
S - Serviços de Carácter Assistencial	80	
D - Serviços de Carácter Assistencial	100	Sim
S - Serviços de Carácter não Assistencial	20	
D - Atividades de Governação Clínica no ACES	50	Sim
D - Outras Atividades não Assistenciais	50	Não
A - Qualidade Organizacional	20	

<sup>12</sup> De forma transversal à elaboração dos seus Planos de Ação, com enfoque no plano de melhoria dirigido a áreas específicas, as URAP devem implementar medidas articuladas com as restantes Unidades Funcionais, que contribuam para a melhoria da resposta à doença aguda e para o aumento da cobertura nas áreas da saúde oral, visual, psicologia, nutrição, saúde mental e medicina física e de reabilitação, bem como, para o reforço da articulação com os municípios e com outras estruturas da comunidade e para a participação ativa dos cidadãos na definição do funcionamento dos serviços de saúde.

<sup>13</sup> Indicação se a dimensão é possível de operacionalizar em 2021 (para efeitos de cálculo do IDG).

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2021 <sup>13</sup>
S - Melhoria Contínua da Qualidade	40	
D – Acesso	25	Sim
D - Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados	75	Sim
S – Segurança	40	
D - Segurança de Utentes	40	Sim
D - Segurança de Profissionais	30	Sim
D - Gestão do Risco	30	Não
S - Centralidade no Cidadão	20	
D - Centralidade no Cidadão	100	Não
A - Formação Profissional	10	
S - Formação Interna	80	
D - Formação da Equipa Multiprofissional	50	Sim
D - Formação de Internos e Alunos	50	Sim
S - Formação Externa	20	
D - Serviços de Formação Externa	100	Não
A - Atividade Científica	10	
S - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	50	
D - Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências	100	Não
S - Trabalhos de Investigação	50	
D - Trabalhos de Investigação	100	Não

Para este tipo de UF, pese embora não existam ainda indicadores de desempenho, será possível operacionalizar os IDS para as áreas de Serviços, Qualidade Organizacional e Formação.

### 4.3. ÍNDICE DE DESEMPENHO GLOBAL

A diversidade, quer dos contextos da prestação de cuidados de cada tipologia de UF, quer dos seus níveis de desenvolvimento e maturidade organizacional, conduziram à conceção de um modelo que, permitindo acompanhar e avaliar (quantificar e qualificar) o desempenho de todas as UF, promove a sua melhoria contínua e a diminuição da variabilidade dos resultados alcançáveis, num contexto de equidade entre diferentes tipologias organizacionais.

A operacionalização deste desiderato ocorre através da avaliação do desempenho assente numa matriz multidimensional que congrega uma visão integrada do desempenho global de cada tipologia de UF.

Para cada área da matriz multidimensional, definem-se diferentes subáreas, dimensões, métricas e indicadores, identificando os resultados esperados.

Os indicadores utilizados no processo da contratualização constam obrigatoriamente na Matriz Indicadores dos CSP e respeitam todos os seus requisitos e atributos, conforme descrição no **Anexo VII – Regras da Matriz de Indicadores**.

Desde que possível e adequado, utilizam-se indicadores do tipo:

- **Compostos ou índices**, nos processos de cuidados complexos que exigem uma leitura e monitorização multidimensional (e.g. acesso, eficiência, resultado, adequação técnico científica).
- **De “Resultado”** (e.g. procura de serviços de urgência e internamentos evitáveis, doentes controlados, tempos máximos de resposta garantidos - TMRG).

O IDG é obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Áreas (IDS\_A), que por sua vez é obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Subáreas (IDS\_S), que por sua vez é obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Dimensões (IDS\_D).

O resultado de cada IDG, IDS\_A, IDS\_S e IDS\_D é um valor compreendido entre 0 e 100 (escala contínua real).

As ponderações dos IDS\_A, IDS\_S e IDS\_D, são objeto de correção nas seguintes situações:

- Omissão de componentes da Matriz de Desempenho (e.g. existência de uma dimensão da matriz sem indicadores nem métricas validadas; existência de uma subárea da matriz em que todas as dimensões ficaram por operacionalizar);
- UF que, por razões não imputáveis à própria (de contexto ou outras), não possam assumir/não necessitem de alguma dimensão de atividade da matriz multidimensional, situação em que o cálculo do IDG se obtém corrigindo as ponderações das dimensões restantes.



A monitorização e avaliação das diferentes dimensões são operacionalizadas através de 4 tipos de **métricas**, nomeadamente:

**a) Indicadores**

Para cada indicador de desempenho está definido um intervalo esperado e dois intervalos de variação aceitável, nos seguintes termos:

- Os resultados pertencentes ao intervalo esperado são valorizados com 2 pontos;
- Os resultados pertencentes aos intervalos de variação aceitável são valorizados com 1 ponto;
- Outros resultados são valorizados com 0 pontos.

**b) Grau de implementação de processos de auditoria interna (clínica ou organizacional)**

Cada processo de auditoria implementado é valorizado com 0, 1 ou 2 pontos em função da avaliação operacionalizada através de uma grelha especificada na Tabela 7.

**c) Avaliação do compromisso da equipa para a prestação de serviços assistenciais e não assistenciais.**

As dimensões "serviços assistenciais" e "serviços não assistenciais" são avaliadas com métricas baseadas no planeamento efetuado pelo ACES (das atividades previstas), adaptadas à dimensão de cada unidade funcional e balizadas pelos recursos humanos disponíveis.

**d) Critérios explícitos de cumprimento**

Os critérios explícitos de cumprimento são critérios de observância de *standards* de boas práticas organizacionais ou clínicas.

Para efeitos de cálculo, importa clarificar que:

- Todos os cálculos intermédios (dos IDS e da distribuição de ponderações quando não existem indicadores nas dimensões) são efetuados sem arredondamentos;
- A última operação do cálculo do IDG em percentagem é um arredondamento às décimas. Esta é a única operação de arredondamento em todos os cálculos. Quer isto dizer, por exemplo, que uma UF que obtenha um IDG superior ou igual a 74,95 e inferior a 75,05 arredonda para 75,0. Para os IDS o comportamento será similar;
- No caso dos indicadores com escala compreendida entre 0 e 1, os valores deverão ser mostrados com arredondamento às milésimas. Nos restantes, deverão ser arredondados às décimas;
- Sempre que os valores do IDG, IDS e Indicadores tenham que ser apresentados com o objetivo de replicar os cálculos respetivos, os valores deverão ser apresentados sem arredondamentos.

### 4.3.1. MÉTRICAS - ÍNDICES DE DESEMPENHO SETORIAIS

As áreas, subáreas e dimensões, bem como as métricas respectivas que permitem operacionalizar o IDG em 2021, estão explicitadas no presente documento.

Os resultados dos respectivos IDG, IDS\_A, IDS\_S e IDS\_D serão ponderados de acordo com metodologia descrita no **Anexo VIII – Correção das Ponderações por Inexistência de Indicadores**.

Para cada dimensão/subárea estão identificados (pré-definidos) os indicadores que são utilizados na sua operacionalização. Foram priorizados indicadores do tipo: resultados, adequação técnico-científica, efetividade e eficiência, em detrimento dos indicadores de processo.

O ponto de partida para a contratualização de 2021 são os resultados existentes em setembro de 2020, calculados segundo as regras e especificações do IDG de 2021. Dado o seu caráter retrospectivo e a inexistência, à data, de dados nas outras áreas do IDG, o seu cálculo é realizado só com a Área do Desempenho Assistencial.

Todos os indicadores da matriz de indicadores CSP com resultados estão disponíveis, independentemente de serem ou não usados no cálculo do IDG 2021.

#### 4.3.1.1. IDS – ÁREA “DESEMPENHO ASSISTENCIAL”

Para todos os indicadores utilizados na área de desempenho foram definidos os "intervalos esperados" e "variação aceitável", no âmbito dos trabalhos da Comissão Técnica Nacional, constituída ao abrigo da Portaria n.º 212/2017, de 19 de julho.

##### **Intervalo Esperado**

O "intervalo esperado" corresponde ao conjunto de resultados de um indicador que atualmente reflete uma prática de excelência e tem as seguintes características:

- a) Correspondem a uma prática profissional de elevado desempenho;
- b) São expectáveis apenas em contexto de trabalho organizado e eficiente depois de decorrido o tempo necessário para que o indicador entre em "plateau";
- c) Existe evidência científica ou empírica que o intervalo esperado traduz ganhos em saúde.

##### **Variação Aceitável**

A "variação aceitável" corresponde ao conjunto de resultados de um indicador que refletem práticas aceitáveis e têm as seguintes características:

- a) Correspondam a boa prática profissional;
- b) São expectáveis com algum esforço de organização e trabalho em equipa, depois de decorrido o tempo necessário para que o indicador entre em "plateau";
- c) Existe evidência científica ou empírica que a atividade correspondente traduz ganhos em saúde.

##### **Notas**

1. Os limites do "intervalo esperado" e da "variação aceitável" são definidos por consenso, por um conjunto de peritos que integram a Comissão Técnica Nacional.
2. Estes intervalos podem ser revistos anualmente pela referida comissão.

O resultado de cada indicador é valorizado para o IDS da dimensão a que pertence de acordo com o algoritmo definido na Tabela 5.

**Tabela 5 - Critérios para atribuição de 0, 1 ou 2 pontos aos indicadores**

<b>Critério</b>	<b>Valorização do resultado (pontos)</b>
<b>A condição [A e B] é verdadeira:</b> A. [resultado do indicador] $\geq$ [valor mínimo do intervalo esperado] B. [resultado do indicador] $\leq$ [valor máximo do intervalo esperado]	2
<b>A condição [(A e B) ou (C e D)] é verdadeira:</b> A. [resultado do indicador] $\geq$ [valor mínimo da variação aceitável] B. [resultado do indicador] $<$ [valor mínimo do intervalo esperado] C. [resultado do indicador] $>$ [valor máximo do intervalo esperado] D. [resultado do indicador] $\leq$ [valor máximo da variação aceitável]	1
<b>A condição [A ou B] é verdadeira:</b> A. [resultado do indicador] $<$ [valor mínimo da variação aceitável] B. [resultado do indicador] $>$ [valor máximo da variação aceitável]	0

Para o ano de 2021, existem indicadores com este tipo de métricas para as USF, UCSP e UCC.

Todos os indicadores utilizados na área de desempenho possuem um "intervalo esperado" e uma "variação aceitável", definidos nos termos do **7.16 Anexo XVI – Indicadores - Intervalos esperados e variação aceitável**.

O “peso” de cada indicador é sempre igual, variando na relação inversa ao número de indicadores dessa dimensão, de acordo com a fórmula:

$$[\text{peso indicador na dimensão}] = 100 / [\text{número de indicadores na dimensão}]$$

Consequentemente o [valor ponderado de cada indicador na dimensão] é obtido pela fórmula:

$$[\text{valor ponderado de cada indicador na dimensão}] = [\text{valorização do resultado (0, 1 ou 2 pontos)}] / (2 \times [\text{número de indicadores na dimensão}])$$

Exemplo:

Considerando uma dimensão constituída por 4 indicadores cujos resultados e intervalos esperados e de variação aceitável são os seguintes:

Indicador	Resultado	Intervalo esperado	Intervalo de variação aceitável	Valorização do resultado (pontos)	Valor Ponderado para dimensão
Indicador 1	R1 = 80	[82; 95]	[78; 82[ U ]95; 100]	VR1 = 1	PR1 = $100 \times 1 / (2 \times 4) = 12,5\%$
Indicador 2	R2 = 65	[60; 80]	[50; 60[ U ]80; 100]	VR2 = 2	PR2 = $100 \times 2 / (2 \times 4) = 25,0\%$
Indicador 3	R3 = 67	[50; 70]	[47; 50[ U ]70; 100]	VR3 = 2	PR3 = $100 \times 2 / (2 \times 4) = 25,0\%$
Indicador 4	R4 = 45	[10; 20]	[0; 10[ U ]20; 40]	VR4 = 0	PR4 = $100 \times 0 / (2 \times 4) = 0,0\%$

O Índice de Desempenho Setorial desta Dimensão (IDS\_D) é calculado pela fórmula:

$$IDS\_D = PR1 + PR2 + PR3 + PR4 = 12,5 + 25,0 + 25,0 + 0,0 = 62,5\%$$

Para cada dimensão estão identificados os indicadores que são utilizados na operacionalização.

Nos anos seguintes será possível definir critérios que, qualificando as diferentes dimensões, possibilitem a escolha dos indicadores pelas equipas.

O resultado dos indicadores é calculado no ecossistema SIM@SNS.

### **IDS da Subárea "Satisfação de Utentes"**

A métrica desta subárea será definida em 2021, garantindo o alinhamento com os pressupostos conceptuais e metodológicos aplicáveis em questionários de satisfação de utentes.

#### **4.3.1.2. IDS – ÁREA DOS “SERVIÇOS”**

A contratualização da área dos serviços permitirá valorizar toda a atividade desenvolvida pelas equipas, nomeadamente aquela que está associada a carteiras adicionais de serviços disponibilizados à população.

O portal BI CSP contém um conjunto de formulários (acessíveis através do menu “RAUF”) que permitem às UF introduzirem a informação necessária ao cálculo do *score* desta dimensão, e aos ACES efetuar a respetiva validação.

---

Para o efeito, e considerando que esta área pressupõe a contratualização de atividades adicionais a realizar pelas equipas, importa destacar que o cálculo dos respetivos IDS se operacionaliza nos termos que em seguida se identificam:

### **IDS da Subárea "Serviços de Caráter Assistencial"**

Esta subárea procura avaliar o compromisso da equipa para a prestação de atividade assistencial em serviços comuns do ACES.

A contratualização desta dimensão obriga a uma clara identificação das necessidades em saúde pelo Conselho Clínico e de Saúde, assim como à discussão interna, com todas as unidades, das propostas de ação e dos modelos de resposta sobre elas.

Assim, as Carteiras de Serviços devem ter identificados, de forma explícita, os seguintes parâmetros:

- Objeto e âmbito;
- População abrangida (destinatários);
- Carga de trabalho / Carga horária;
- Resultados esperados;
- Recursos a alocar (humanos, materiais, instalações, entre outros);
- Indicadores de monitorização e de avaliação.

Os serviços de caráter assistencial integram:

- Alargamento de horário;
- Colaboração com outras unidades funcionais e equipas;
- Serviços de atendimento complementar;
- Utentes sem equipas de saúde familiar (consulta geral, saúde infantil, saúde da mulher e doença crónica);
- Atividade sazonal;
- Consulta de cessação tabágica;
- Pequena cirurgia;
- Intervenção multidisciplinar em contextos específicos;
- Colaboração no cumprimento do PNV em contextos específicos e grupos vulneráveis;
- Parcerias com instituições da Comunidade, de caráter assistencial;
- Outros tipos.

A contratualização deste tipo de atividades deve passar por 3 fases:

1. **Planeamento** – após definição, pelos órgãos de gestão do ACES, das atividades assistenciais necessárias, a função planeamento inclui a definição dos recursos humanos necessários, por grupo profissional, e a distribuição das necessidades em recursos pelas respetivas unidades funcionais, mediante critérios de proporcionalidade com as respetivas dimensões, por grupo profissional.

Os serviços planeados devem poder ser realizados pelos colaboradores do ACES, sendo pagos pelos respetivos vencimentos base (quando os profissionais ainda tenham horário disponível) ou em horas extraordinárias, caso contrário.

Não devem, no entanto, ser planeados serviços que não tenham suporte orçamental para o efeito.

2. **Negociação e alocação dos recursos** – os órgãos de gestão do ACES negociam com as unidades funcionais a respetiva disponibilidade em recursos humanos para assegurar os serviços planeados, no respeito pela legislação laboral vigente.
3. **Avaliação** – a avaliação das diversas Carteiras de Serviços que compõem esta área é efetuada em função do grau de cumprimento das atividades assistenciais que foram contratadas, nomeadamente do volume de horas previstas para a realização destas atividades, servindo os Indicadores de monitorização e de avaliação que lhe estão associados apenas para aferir os resultados obtidos com a atividade contratada. Este grau de cumprimento considera as horas efetivamente realizadas, face à quantidade de horas anuais contratualizadas para esta atividade. A métrica de avaliação pode originar uma escala contínua de valores no intervalo [0; 2].

Em 2021, na fase de negociação, fica explicitado que o valor máximo a contratualizar com a unidade funcional é de 2 horas por profissional e por semana.

Exemplo:

Uma unidade funcional com 6 médicos, 5 enfermeiros e 4 secretários clínicos, contratualiza, no máximo, 12 horas de atividade médica, 10 de atividade de enfermagem e 8 de atividade de secretariado clínico por semana para serviços assistenciais comuns do ACES.

A métrica de cálculo do IDS desta dimensão é dada pela fórmula:

$$[IDS \text{ dimensão serviços assistências}] = 2 \times (1 - F / C)$$

Em que:

- F - corresponde à quantidade de horas contratualizadas com a equipa para o período em análise, não realizadas por falta dos respetivos elementos. Considera-se "falta dos respetivos elementos" quando a equipa não assegurou a substituição atempada (por elemento da própria equipa ou por elemento de outra equipa).
- C - corresponde à quantidade de horas contratualizadas com a equipa para o período em análise para atividade assistencial em serviços comuns do ACES.

Exemplo de uma UF com 20 profissionais (7 médicos, 7 enfermeiros e 6 secretários clínicos) com serviços assistenciais colaborativos contratualizados com o ACES:

- **Consulta Cessação Tabágica.** Esta equipa contratualizou com o ACES uma consulta de cessação tabágica com 3 horas por semana de um médico, de um enfermeiro e de um secretário clínico. As horas a contratualizar para cada grupo profissional serão 3 x 44 semanas = 132 horas anuais. No total, esta UF contratualiza para esta atividade assistencial 396 horas anuais.
- **Atendimento Sazonal.** Esta equipa contratualizou com o ACES atendimento sazonal durante 2 meses com 5 horas médicas por semana, igual nº de horas de enfermagem e 3 horas por semana de secretariado clínico. No total, esta UF contratualiza a atividade assistencial de 104 horas anuais.
- **Serviço de Atendimento Complementar.** Esta equipa contratualizou com o ACES a participação nas escalas do Serviço de Atendimento Complementar (AC) aos fins de semana e feriados de 48 horas médicas anuais, igual nº de horas de enfermagem e 24 horas de secretariado clínico. No total, esta UF contratualiza para esta atividade assistencial 120 horas anuais.

	DISPONIBILIDADE MÁXIMA (2 HORAS x 44 SEMANAS)	CESSAÇÃO TABÁGICA	ATENDIMENTO SAZONAL	AC	TOTAIS
<b>Médicos</b>	<b>616</b>	<b>132</b>	<b>40</b>	<b>48</b>	<b>220</b>
<b>Enfermeiros</b>	<b>616</b>	<b>132</b>	<b>40</b>	<b>48</b>	<b>220</b>
<b>Secretários Clínicos</b>	<b>528</b>	<b>132</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>180</b>
<b>Total [C]</b>	<b>1760</b>	<b>396</b>	<b>104</b>	<b>120</b>	<b>620</b>
Ausências [F]	-	20	15	20	55

A avaliação da participação dos profissionais das UF nesta subárea obtém-se pela seguinte fórmula:  $2 \times (1 - F / C)$ . A Avaliação Final desta UF =  $2 \times (1 - 55 / 620) = 1,823$ .

### IDS da Subárea de “Serviços de Carácter Não Assistencial”

Esta subárea procura avaliar o compromisso da equipa para a prestação de serviços não assistenciais. No ano de 2021 será efetuada a contratualização apenas na dimensão de governação clínica no ACES.

O Conselho Clínico e de Saúde, no âmbito da sua missão, contratualiza com as respetivas unidades funcionais, a disponibilidade de recursos humanos para, em cooperação e complementaridade, dinamizar as tarefas relacionadas com a governação clínica e de saúde.

Em 2021 são elegíveis como atividades, no âmbito da Governação Clínica no ACES, as seguintes:

- Qualificação da prescrição;
- Formação;
- Investigação;
- Auditoria Clínica;
- Qualidade e Segurança;
- Reuniões plenárias dos conselhos técnicos e conselho clínico e de saúde.

Fica explicitado que o valor a contratualizar com a unidade funcional é determinado pela fórmula seguinte:

$$[n^\circ \text{ de horas a contratualizar por mês para atividades de governação clínica}] = 0,8 \times [n^\circ \text{ de elementos da equipa}]$$

Nas UF com profissionais a tempo parcial, o cálculo realiza-se de forma proporcional ao tempo alocado.

Exemplo:

Uma unidade funcional com 20 profissionais, contratualiza obrigatoriamente um total de 16 horas mensais de participação multiprofissional em atividades de governação clínica do ACES e um total de 176 horas anuais (16 x 11 meses).

A **Avaliação** é efetuada através de uma métrica que exprime o grau de compromisso de cada unidade funcional relativamente à necessidade em recursos contratualizada, bem como a avaliação sobre a existência ou não de plano de ação e relatório de atividades de cada área ou grupo de trabalho.

Exemplo:

Avaliação de uma unidade funcional com 20 profissionais em que ocorreram mais de 80% de faltas no grupo da formação, da investigação e da qualidade/segurança e onde os respetivos grupos não efetuaram relatório de atividades no âmbito da “qualificação e prescrição” e “formação” e não efetuaram plano de ação no âmbito da “qualidade e segurança”.

Os resultados apresentam-se no quadro seguinte:

Tipos de Atividades	Horas Contr.	Horas Realiz.	Particip.	Cumprimento Particip.	Ponderação	Plano ação	Relatório ativi.	Pontuação PA e RA	Resultados Parciais
Variável	A	B	C	D	P	PA	RA	Q	R
<b>Fórmula</b>	A	B	B/A	Se C≥80%=1; Se C<80%=0	D*A/[Total de A]	Tem PA = S; Não tem PA = N	Tem RA = S; Não tem RA = N	Tem PA e RA = 2; Tem PA ou RA = 1; Não tem PA nem RA = 0	P*Q
<b>Unidade de Medida</b>	Horas	Horas	%	0 ou 1	Valor	S ou N	S ou N	0 ou 1 ou 2	
Qualificação prescrição	36	30	83%	1	0,205	S	N	1	0,205
Formação	30	20	67%	0	0,000	S	N	1	0,000
Investigação	20	0	0%	0	0,000	S	S	2	0,000
Auditoria Clínica	60	55	92%	1	0,341	S	S	2	0,682
Qualidade e Segurança	6	3	50%	0	0,000	N	S	1	0,000
Reuniões plenárias dos conselhos técnicos	24	24	100%	1	0,136	S	S	2	0,273
<b>Total</b>	<b>176</b>							<b>IDS Governação Clínica</b>	<b>1,159</b>

Esta métrica aplica-se a todo o tipo de unidades funcionais: USF, UCSP, UCC, USP, URAP.



### 4.3.1.3. IDS – ÁREA DA “QUALIDADE ORGANIZACIONAL”

Em 2021 apenas serão contratualizadas as dimensões “Melhoria Contínua da Qualidade | Acesso”, “Melhoria Contínua da Qualidade | Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados”, “Segurança dos Utentes” e “Segurança de Profissionais”.

O portal BI-CSP contém um conjunto de formulários (acessíveis através do menu “RAUF”) que permitem às UF introduzirem a informação necessária ao cálculo do *score* desta dimensão, e aos ACES efetuar a respetiva validação.

#### IDS da Subárea "Melhoria Contínua da Qualidade"

A subárea da "Melhoria Contínua da Qualidade" possui 2 dimensões:

- Acesso;
- Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados.

Estas dimensões são operacionalizadas através de processos de melhoria contínua com realização de Auditorias Internas (clínicas e/ou organizacionais).

Um processo de "melhoria contínua da qualidade" contempla as fases elencadas na tabela seguinte.

**Tabela 6 - Fases do processo de melhoria contínua de qualidade**

Fase	Nome da Fase	Descrição	Crítérios de cumprimento da fase
1	Identificação	Identificação e caracterização do "problema" ou "área" ou "processo de cuidados" na vertente clínica ou organizacional	Registo com validação pelo conselho clínico e de saúde do ACES
2	Definição do processo e resultado esperado	Responder à questão "O que deve acontecer?"	Registo com validação pelo conselho clínico e de saúde do ACES
3	Avaliação do desempenho atual	Responder à questão "O que está a acontecer?"	Registo com validação pelo conselho clínico e de saúde do ACES
4	Discussão, e análise dos resultados	Fazer a discussão, análise dos resultados e eventuais medidas corretoras. A proposta de melhoria deve descrever as estratégias a implementar, respetivo cronograma de implementação bem como os responsáveis pela implementação	Validação pelo conselho clínico e de saúde do ACES baseado no relatório de execução das auditorias
5	Introdução das mudanças	Corresponde à implementação das estratégias identificadas na proposta de melhoria descrita na fase 4	Validação pelo conselho clínico e de saúde do ACES baseado no relatório de execução das auditorias
6	Reavaliação do desempenho atual	Corresponde a responder à questão "O que está a acontecer?" Esta fase é equivalente à fase 3 do 1º ciclo de auditoria e só deve ocorrer depois do processo de auditoria e corresponde simultaneamente ao fecho de um ciclo e início do ciclo seguinte de auditoria	Validação pelo conselho clínico e de saúde do ACES baseado no relatório de execução das auditorias
7	Repetição do ciclo a partir da fase 4	Repetição do ciclo (fases 4, 5 e 6) até resultado esperado ou definição de indicadores, intervalos esperados e mecanismos automáticos de alerta que permitam monitorizar esse processo	Não tem

O resultado de cada auditoria definida para a dimensão "Acesso" e para a dimensão " Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados" será convertido numa escala de 0, 1 ou 2 pontos, de acordo com o algoritmo definido na Tabela 7.

**Tabela 7 - Critérios para atribuição de 0, 1 ou 2 pontos a cada auditoria clínica ou organizacional**

<b>Critério</b>	<b>Valorização do resultado (pontos)</b>
A unidade funcional implementou o processo de auditoria interna com cumprimento cumulativo, durante o ano de 2021, das fases 4, 5 e 6	2
<b>A condição [(A e B) ou (C e D)] é verdadeira:</b> A. O processo de auditoria foi iniciado no ano em curso B. A unidade funcional implementou o processo de auditoria interna com cumprimento cumulativo, durante o ano em curso, das fases 1, 2, 3 e 4 C. O processo de auditoria foi implementado em anos anteriores ao ano em curso D. A unidade funcional implementou no ano em curso, pelo menos a fase 4 e 50% das medidas corretoras previstas	1
A unidade funcional não cumpre critérios para ter 2 pontos nem para ter 1 ponto	0
<i>Sucedem, por exemplo, quando a unidade funcional implementou o processo de auditoria interna em anos anteriores e não implementou no ano em curso medidas corretoras, ou quando implementou no ano em curso, mas não completou cumulativamente as fases 1, 2, 3 e 4</i>	

O “peso” de cada auditoria em cada dimensão é sempre igual, variando na relação inversa ao número de auditorias definidas como necessárias de acordo com a fórmula:

$$[\text{peso da auditoria na dimensão}] = 100 / [\text{número de auditorias na dimensão}]$$

Consequentemente, o [valor ponderado de cada indicador na dimensão] é obtido pela fórmula:

$$[\text{valor ponderado de cada auditoria na dimensão}] = [\text{valorização do resultado (0, 1 ou 2 pontos)}] / (2 \times [\text{número de auditorias na dimensão}])$$

Em 2021, cada unidade funcional terá que realizar três processos de auditoria interna, associadas ao plano de melhoria identificado:

- Um na dimensão "Acesso";
- Dois na dimensão " Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados".

No entanto, as unidades funcionais poderão realizar mais do que dois processos de auditoria para cada dimensão. A definição dos processos de auditoria será efetuada até à submissão do plano de ação (fase de

negociação da contratualização), sendo explicitados no seu conteúdo. Esta métrica aplica-se a todo o tipo de unidades funcionais: USF, UCSP, UCC, USP, URAP.

O acompanhamento e validação serão efetuados pelo Conselho Clínico e de Saúde de acordo com as condições definidas na Tabela 6 e na Tabela 7.

Para efeito de cálculo do IDG, nesta subárea, as UF que no período em análise estejam acreditadas no âmbito do Modelo de Acreditação do Ministério da Saúde (Despacho nº 69/2009, de 31 de agosto) têm o valor máximo de IDS.

Este facto não as exime de, no seu plano de ação, proporem as duas Auditorias Internas Inter pares (clínica e/ou organizacional).

### **IDS da Subárea “Segurança”**

Em 2021 serão contratualizadas as dimensões "Segurança dos utentes" e “Segurança dos Profissionais”.

#### **IDS da dimensão “Segurança de utentes”**

Esta dimensão será avaliada através de uma grelha de critérios alinhados com o programa de segurança dos utentes da DGS, operacionalizados no indicador com ID 428, disponível em <https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=428&clusters=S>

Esta grelha de critérios contempla 8 áreas:

- A01 A unidade funcional evidencia a existência de "cultura de segurança" no seu ambiente interno
- A02 A unidade funcional implementa medidas relacionadas com a "segurança da comunicação"
- A03 A unidade funcional implementa medidas relacionadas com a "segurança da medicação".
- A04 A unidade funcional implementa medidas relacionadas com a "identificação inequívoca dos utentes".
- A05 A unidade funcional implementa medidas destinadas à "prevenção de quedas".
- A06 A unidade funcional implementa medidas destinadas à "prevenção de úlceras de pressão".
- A07 A unidade funcional implementa medidas destinadas à "prevenção de incidentes".
- A08 A unidade funcional implementa medidas destinadas a "prevenir as infeções e as resistências a antimicrobianos".

Em 2021 cada unidade funcional (USF, UCSP, UCC, URAP e USP) será avaliada pela área A07 (A unidade funcional implementa medidas destinadas à "prevenção de incidentes") e por outra área por si selecionada.

#### **IDS da dimensão “Segurança de Profissionais”**

Esta dimensão será avaliada através da avaliação da Satisfação dos Profissionais. A avaliação desta dimensão segue as mesmas regras definidas no IDS da subárea “Satisfação de Utentes”.

### **IDS da Subárea “Centralidade no Cidadão”**

A subárea Centralidade no Cidadão não será operacionalizada em 2021.

#### 4.3.1.4. IDS – ÁREA “FORMAÇÃO PROFISSIONAL”

O portal BI CSP contém vários formulários (acessíveis no “RAUF”) que permitem às UF a introdução da informação necessária ao cálculo do *score* desta dimensão, e aos ACES efetuar a respetiva validação.

##### **IDS da Subárea “Formação Interna”**

Na subárea Formação Interna serão contratualizadas em 2021 as seguintes atividades:

- Na dimensão Equipa Multiprofissional - Plano de Formação e a sua execução.
- Na dimensão Internos / Alunos – Manual de Acolhimento.

O Plano de Formação da Equipa deve contemplar os seguintes requisitos:

1. Identificação das necessidades formativas, designadamente a sua relação com as restantes áreas e dimensões do Plano de Ação;
2. Abranger todos os grupos profissionais;
3. Identificação dos objetivos, atividades, cronograma, formadores (internos e/ou externos) e destinatários;
4. Definição da metodologia de avaliação. Esta deve contemplar, pelo menos, a definição dos valores a atingir nos seguintes itens:
  - % reuniões formativas/ total das reuniões.
  - % ações de formação realizadas/ total das ações de formação programadas.
  - % profissionais envolvidos por cada grupo profissional (enquanto formandos).
  - % formações externas partilhadas em reunião / total de formações externas frequentadas.

O Manual de Acolhimento dos Internos / Alunos deve contemplar os seguintes requisitos:

- Quem somos. Quem servimos. O que oferecemos.
- Como estamos organizados. Exemplo: núcleos, grupos de atividades, etc., procedimentos em vigor – férias, intersubstituição, utilização do bar, etc.
- O que fazemos. Exemplo: resumo do Relatório de Atividades e do Plano de Ação, Plano de Formação Interna, outros.

##### **Avaliação**

A avaliação do Plano de Formação é feita pelo Conselho Clínico e de Saúde conforme evidências apresentadas pela UF de acordo com a métrica seguinte:

- Cumpre os 4 requisitos pré-definidos e tem avaliação positiva da sua execução em todos os itens definidos na metodologia de avaliação = 2
- Cumpre os 4 requisitos pré-definidos e cumpre pelo menos 50% dos itens definidos na metodologia de avaliação = 1
- Nenhuma das condições anteriores = 0

A avaliação do Manual de Acolhimento dos Internos / Alunos e da sua execução é feita pelo Conselho Clínico e de Saúde, conforme evidências apresentadas pela UF de acordo com a métrica seguinte:

- Tem Manual de Acolhimento (cumpre os 3 requisitos) e foi formalmente cumprido com todos os internos = 2
- Tem Manual de Acolhimento (cumpre os 3 requisitos respetivos) = 1
- Nenhuma das condições anteriores = 0

#### **IDS da Subárea “Formação Externa”**

A subárea Formação Externa não será operacionalizada em 2021.

#### **4.3.1.5. IDS DA ÁREA “ATIVIDADE CIENTÍFICA”**

Esta área não será operacionalizada em 2021.

#### **4.3.2. PONDERAÇÃO DO DESEMPENHO EM FUNÇÃO DO CONTEXTO**

Os diferentes contextos socioeconómicos e demográficos, bem como algumas características funcionais e/ou organizacionais das UF poderão ser objeto de ponderação.

Apesar da relevância já reconhecida para alguns indicadores ou variáveis, é ainda necessário validar qual deve ser a sua ponderação, positiva ou negativa, de modo a garantir a sua adequada utilização.

Neste contexto, a CTN considerou relevante a existência de uma Matriz de Contexto Organizacional, que deve ser constituída por áreas que não estejam contempladas em instrumentos utilizados para apurar a dimensão da lista de utentes. Desta forma, será definida durante o ano de 2021, experimentalmente, uma matriz de ponderação do IDG, para avaliar a influência do "contexto" sobre o desempenho. Dessa análise, decorrerá a decisão de, no processo de cálculo do IDG, ponderar ou não os IDS das dimensões em função do "contexto" de cada unidade funcional. A ponderação mencionada, caso seja aprovada, promoverá impacto no cálculo do IDG de 2021.

A análise incidirá sobre a influência individual ou conjugada dos fatores seguintes:

- Recursos Humanos
  - % Elementos em falta/ausências (Por grupo profissional, Tempo (semanas), em relação ao Compromisso Assistencial)
- Contexto organizacional
  - Dimensão UF (Nº inscritos ou Unidades Ponderadas)
  - Densidade Populacional
  - Nº de polos (Nº e distância entre eles (em tempo))
  - Idade da UF (Novas UCC, UCSP, USF-A)
- Geodemografia

Densidade Populacional (relação entre a extensão geográfica e o nº de polos)

Acesso a Serviço de Urgência (Distância em tempo)

- Multiculturalidade (de diferentes nacionalidades agrupadas por língua/área geográfica)
- Socioeconómica

Insuficiência Económica (Não integra a isenção taxa por doença ou grupo vulnerável)

#### **4.4. ACOMPANHAMENTO/MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO NO ANO DE 2020**

O contexto extraordinário provocado pela Pandemia COVID-19, com o país em Estado de Emergência de 18 de março até 2 de maio de 2020, vigorando seguidamente o Estado de Calamidade, obrigou os serviços e unidades de saúde a concentrar os esforços no plano de combate à pandemia.

Posteriormente, a prioridade centrou-se na necessidade de iniciar de forma gradual e monitorizada o reagendamento e realização de atividade assistencial que havia sido suspensa no SNS.

Esta realidade prejudicou a realização da fase de negociação do processo de contratualização para 2020.

No entanto, as condições para o **acompanhamento/monitorização** foram asseguradas, nomeadamente, através do BI-CSP, com a publicação de forma continuada dos resultados dos IDG, IDS e respetivas dimensões, operacionalizados pelas suas métricas e respetivos indicadores.

Os resultados dos respetivos indicadores mantêm-se disponíveis no ecossistema SIM@SNS (SIM@SNS, SIARS e MIM@UF), bem como, no SDM, ao nível nacional, regional ou local, estando também disponível um conjunto de relatórios sobre os indicadores no portal BI-CSP.

Quanto à **avaliação**, dado o seu carácter retrospectivo e a inexistência de dados em várias áreas da Matriz no ano de 2020, o IDG é calculado de acordo com o mecanismo existente para Correção das Ponderações por Inexistência de Indicadores (conforme Anexo VIII e previsto no n.º 2 do Anexo I da Portaria n.º 212/2017).

## 5. CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA

A contratualização externa, realizada entre as ARS e os respetivos ACES, e formalizada com a assinatura dos Contratos-Programa, tem como referência estratégica o Plano Local de Saúde (PLS), refletindo a nova realidade face à situação epidemiológica existente, sendo o PLS a principal fonte para que o ACES possa definir o seu Plano de Desempenho, utilizando a Matriz de Desempenho, as suas áreas e respetivas áreas como referência cruzada, no sentido da garantia de um alinhamento que permita uma efetiva atividade e monitorização concertadas.

A operacionalização das subáreas deve obedecer a duas características essenciais:

- Englobar as diversas dimensões das diferentes UF.
- Incorporar a dimensão gestionária e a dimensão de governação decorrentes da sua missão.

Na área do desempenho, os resultados divulgados devem demonstrar o valor obtido pelo ACES, os resultados das respetivas UF, bem como os resultados mínimos, médios, medianos e máximos das UF (por modelo de UF).

No ano de 2021 prosseguir-se-ão os trabalhos tendentes a incrementar a autonomia administrativa dos ACES, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, designadamente através do desenvolvimento de experiências piloto que demonstrem que a autonomia consubstanciada por uma gestão de proximidade é potencialmente geradora de mais eficiência e de melhores resultados em saúde.

### 5.1. PROCESSO

O processo de contratualização dos ACES mantém o mesmo enquadramento conceptual e metodológico do processo da contratualização interna definido no capítulo 4 do presente documento.

#### 5.1.1. NEGOCIAÇÃO

Conforme tem vindo a ser praticado, o Diretor Executivo e o Conselho Clínico e de Saúde do ACES elaboram uma proposta de Plano de Desempenho, **cujo enfoque para 2021** deverá centrar-se no Plano de Melhoria a introduzir em áreas específicas, que negociem com a respetiva ARS, no âmbito da contratualização externa. O processo negocial culmina com a assinatura do Contrato-Programa.

O Plano de Desempenho e o Contrato-Programa do ACES são, por excelência, os dois instrumentos de transferência de autonomia e de responsabilidade para os responsáveis dos cuidados de saúde primários.

O processo negocial deve integrar/envolver os Conselhos de Administração dos Hospitais da sua área de influência direta (nomeadamente as Direções Clínicas) na totalidade do processo ou em momentos do tempo e/ou áreas específicas, promovendo um processo conjunto de discussão e contratualização no âmbito da “Gestão dos Percursos Integrados”.

No que diz respeito ao **ano de 2020**, as circunstâncias extraordinárias associadas à pandemia Covid-19 impossibilitaram a concretização da fase de negociação da contratualização externa para 2020, tendo, contudo, existido orientações e regras pelas quais, alternativa e também excecionalmente, a gestão dos

---

ACES foi assegurada, não apenas em termos de acompanhamento/monitorização e avaliação pela ACSS, I. P., mas também em termos de objetivos/atividades/metas/resultados de desempenho articulados com as respetivas ARS, I. P.

### **5.1.2. CONTRATO-PROGRAMA**

O Contrato-Programa dos ACES representa o compromisso anual explicitamente assumido pelo ACES e ARS que contempla:

- Compromisso de recursos disponíveis e alocados ao ACES;
- Compromisso de resultados, operacionalizado no nível de IDG e IDS que se pretende atingir.

São anexos obrigatórios ao Contrato-Programa:

- Plano de Desempenho;
- Orçamento Económico do ACES.

O Plano de Desempenho é um documento estratégico negociado anualmente com o ACES, no qual se caracteriza o ACES, designadamente através de indicadores populacionais de cariz sociodemográfico, socioeconómico e de resultados em saúde.

No Plano de Desempenho são definidas prioridades assistenciais e são explicitados os recursos materiais, humanos e financeiros que o ACES tem ao dispor para cumprir a sua missão assistencial. Trata-se de uma ferramenta de acompanhamento muito importante para todos os profissionais do ACES e, em particular, para os seus gestores e prestadores clínicos, pelo que deve ser divulgado pelas unidades funcionais do ACES.

O Plano de Desempenho está organizado em dez áreas, disponibilizadas na plataforma informática PDACES<sup>14</sup>, a saber:

- (1) Caracterização e diagnóstico;
- (2) Linhas estratégicas;
- (3) Plano Atividades;
- (4) Plano Formação;
- (5) Mapa de Equipamentos;
- (6) Mapa de Recursos Humanos;
- (7) Matriz multidimensional – disponível no portal BI-CSP;
- (8) Plano de Investimentos;
- (9) Orçamento-Económico;
- (10) Plano de Aplicação de Incentivos Institucionais.

---

<sup>14</sup> Disponível para o efeito no Portal BI-CSP



---

Considerando as alterações introduzidas no processo de contratualização de 2017, deverão os ACES, na definição das Linhas Estratégicas, efetuar as necessárias referências à Matriz Multidimensional, mencionando as Áreas, Subáreas e/ou Dimensões englobadas na estratégia definida.

Deve ser dada particular atenção à componente do orçamento do ACES, o qual deve englobar todas as despesas, incluindo a despesa com meios complementares de diagnóstico e terapêutica, medicamentos e outras despesas correntes e de investimento. A negociação do orçamento dos ACES para 2021 deve centrar-se na procura da maior eficiência, efetividade e sustentabilidade económico-financeira possível, aumentando a participação dos responsáveis dos ACES e das unidades funcionais que o compõem no cumprimento dos objetivos de eficiência estipulados.

### **5.1.3. ACOMPANHAMENTO E MONITORIZAÇÃO**

Em 2021 o acompanhamento será assegurado através das plataformas informáticas existentes.

Nesta sequência, a responsabilidade dos vários atores deverá ser plenamente assumida e a informação terá de ser reportada e analisada de forma atempada e adequada, segundo o calendário definido, com as especificidades do corrente ano.

### **5.1.4. AVALIAÇÃO**

A avaliação do ACES realiza-se com base nos indicadores publicados no BI-CSP, com data de referência de 31 de dezembro de 2021.

Alguns dos indicadores referentes a 31 de dezembro devem ser recalculados 1 mês depois, pelo que a avaliação de 2021 será efetuada com a informação que estiver disponível no SIM@SNS até ao final de fevereiro de 2022, com data de referência de 31 de dezembro de 2021.

Em 2021, a avaliação dos resultados dos ACES será efetuada através do IDG.

### **5.1.5. CÁLCULO DOS IDS DE UMA DIMENSÃO DO ACES**

A métrica de cálculo que se apresenta, procura promover a função de acompanhamento do processo de contratualização, uma vez que permite que o ACES analise os resultados dos IDS das dimensões das respetivas unidades funcionais, tornando evidente quais as que se posicionam num nível desejável e as que necessitam de prosseguir um caminho de melhoria, sustentando-se nos *scores* dos indicadores das respetivas unidades funcionais.

O IDS das dimensões dos ACES resultam dos IDS da mesma dimensão para as respetivas UF, ponderados pelo número de utentes lá inscritos.

Desto forma, conceberam-se quatro fases para efeitos de cálculo do IDS de uma dimensão de um ACES.

**Fase 1:**

Determinação dos **resultados dos indicadores** da dimensão em causa na matriz dos ACES para as respetivas unidades funcionais do ACES. Quando a unidade funcional é uma UCSP, utiliza-se a componente "com médico" do indicador.

Exemplo:

Um ACES com 10 unidades funcionais (4 USF, 3 UCSP e 3 UCC) e dimensão X constituída por 3 indicadores, 2 dos quais aplicáveis a USF/UCSP e 1 aplicável a UCC, terá os seguintes resultados para os 3 indicadores por unidade funcional:

Unidade funcional	Resultado Indicador 1 (R1)	Resultado Indicador 2 (R2)	Resultado Indicador 3 (R3)
USF A – 1	20	85	
USF B – 2	30	67	
USF B – 3	34	56	
USF A – 4	37	84	
UCSP – 5	62	67	
UCSP – 6	45	52	
UCSP – 7	55	90	
UCC – 8			70
UCC – 9			78
UCC - 10			55

**Fase 2:**

Determinação dos **scores dos indicadores** da dimensão em análise para cada uma das unidades funcionais do ACES à luz dos intervalos esperados e de variação aceitável publicados no documento de operacionalização para o ano de 2021.

Determinação também dos IDS da dimensão para cada uma das UF do ACES.

Exemplo:

O indicador 1 tem como intervalo esperado [32; 46] e como intervalo de variação aceitável [25; 70];

O indicador 2 tem como intervalo esperado [60; 100] e como intervalo de variação aceitável [55; 100];

O indicador 3 tem como intervalo esperado [75; 100] e como intervalo de variação aceitável [60; 100].

Os *scores* para os indicadores com os resultados ilustrados na tabela anterior evidenciam-se na tabela seguinte.

São também evidenciados os IDS da dimensão para as 10 unidades funcionais do ACES.

Unidade funcional	Score Indicador 1 (S1)	Score Indicador 2 (S2)	Score Indicador 3 (S3)	IDS da Dimensão para as UF $IDS_{UF} = 100 \times (S1 + S2 + S3) / ([N^{\circ} \text{ indicadores válidos para UF}] \times 2)$
USF A – 1	0	2		50
USF B – 2	1	2		75
USF B – 3	2	1		75
USF A – 4	2	2		100
UCSP – 5	1	2		75
UCSP – 6	2	0		50
UCSP – 7	1	2		75
UCC – 8			1	50
UCC – 9			2	100
UCC - 10			0	0

### Fase 3:

De seguida, procede-se à ponderação do IDS da **dimensão de cada UF** em função do número de utentes das respetivas unidades funcionais. A métrica relativa ao “número de utentes” das unidades funcionais é variável em função do tipo de unidade funcional:

- USF – n.º total de utentes com inscrição ativa.
- UCSP – n.º de utentes com inscrição ativa e médico de família.
- UCC – n.º utentes inscritos no ACES na área de abrangência da UCC (ou em códigos RNU relacionados com a UCC nas UCC que partilhem freguesias entre si).

Exemplo:

Coloca-se na tabela seguinte a dimensão de cada unidade funcional (usando a métrica especificada no ponto anterior) e a ponderação do IDS da dimensão.

Neste exemplo o somatório de utentes inscritos nas USF e UCSP é de 58.000 (DimUF) e o somatório de inscritos nas UCC (DimUF) é de 62.000 (as UCC têm utentes sem médico não contemplados no dimensionamento das UCSP). Adicionalmente entra-se em linha de conta com a relação entre cada tipo de

unidades funcionais no ACES (R\_UF), ou seja, o facto de existirem 3 UCC (30% do total de UF) e 7 USF/UCSP (70% do total de UF).

Unidade funcional	Dimensão (D)	IDS da Dimensão para as UF $IDS_{UF} = 100 \times (S1 + S2 + S3) / ([N^{\circ} \text{ indicadores válidos para UF}] \times 2)$	IDS da Dimensão para as UF $(IDS_{UF\_POND} = D \times R_{UF} \times IDS_{UF} / DimUF / 100)$
USF A – 1	10000	50	6,034
USF B – 2	12000	75	10,862
USF B – 3	9000	75	8,147
USF A – 4	11000	100	13,276
UCSP – 5	5000	75	4,526
UCSP – 6	4000	50	2,414
UCSP – 7	7000	75	6,336
UCC – 8	5000	50	1,210
UCC – 9	25000	100	12,097
UCC - 10	32000	0	0,000

#### Fase 4:

Por fim, procede-se ao apuramento do **IDS da Dimensão X do ACES**, calculado pela fórmula seguinte:

$$[IDS \text{ da Dimensão X do ACES}] = \text{Somatório } (IDS_{UF\_POND})$$

Exemplo:

$$[IDS \text{ da Dimensão X do ACES}] = 6,034 + 10,862 + 8,147 + \dots + 1,210 + 12,097 + 0,000 = 64,9\%$$

#### 5.1.6. CÁLCULO DO IDG DO ACES

O **IDG do ACES** é determinado a partir dos IDS das dimensões calculadas para o ACES tal como especificado nas fases 1 a 4 do ponto anterior, pela aplicação das regras já aplicáveis na avaliação das unidades funcionais, ou seja, tendo em atenção:

- (i) A ponderação relativa de cada dimensão para o cálculo dos IDS das subáreas;
- (ii) A ponderação relativa de cada subárea para o cálculo dos IDS das áreas;
- (iii) A ponderação relativa de cada área para o cálculo dos IDG.

## 5.2. MATRIZ MULTIDIMENSIONAL E INDICADORES DOS ACES

Na Tabela 8 encontram-se estruturadas as áreas, subáreas e dimensões associadas à esfera de atuação mais abrangente do ACES, considerando a realidade do ACES, das UF que os compõem, e toda a envolvente comunitária.

**Tabela 8 - Matriz multidimensional - contratualização ACES<sup>15</sup>**

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2021 <sup>16</sup>
<b>A - Desempenho Assistencial</b>	<b>50</b>	
<b>S – Acesso</b>	<b>20</b>	
D - Cobertura ou Utilização	10	Sim
D - Personalização	10	Sim
D - Atendimento Telefónico	10	Não
D - Tempos Máximos de Resposta Garantidos	40	Sim
D - Consulta no Próprio Dia	10	Sim
D - Trajeto do Utente nas Unidades Funcionais	10	Não
D - Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	10	Sim
<b>S - Gestão da Saúde</b>	<b>20</b>	
D - Saúde Infantil e Juvenil	22	Sim
D - Saúde da Mulher	22	Sim
D - Saúde do Adulto	22	Sim
D - Saúde do Idoso	22	Sim
D - Saúde Oral	12	Não
<b>S - Gestão da Doença</b>	<b>20</b>	
D - Doença Aguda	12,5	Não
D - Doenças Cardiovasculares	12,5	Sim
D - Diabetes Mellitus	12,5	Sim
D - Hipertensão Arterial	12,5	Sim
D - Saúde Mental e Gestão de Problemas Sociais e Familiares	12,5	Sim
D - Doenças Aparelho Respiratório	12,5	Sim
D - Doenças Osteoarticulares	12,5	Não
D - Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças	12,5	Sim
<b>S - Qualificação da Prescrição</b>	<b>20</b>	
D - Prescrição Farmacoterapêutica	50	Sim
D - Prescrição MCDT	30	Sim
D - Prescrição de Cuidados	20	Não

<sup>15</sup> De forma transversal à elaboração dos Planos de Desempenho, com enfoque no plano de melhoria dirigido a áreas específicas, os ACES devem promover medidas articuladas que contribuam para a melhoria da resposta à doença aguda e para o aumento da cobertura nas áreas da saúde oral, visual, psicologia, nutrição, saúde mental e medicina física e de reabilitação, bem como, para reforçar a articulação com os municípios e com outras estruturas da comunidade, para fomentar a articulação com os hospitais e para assegurar a participação ativa dos cidadãos na definição do funcionamento dos serviços de saúde.

<sup>16</sup> Indicação se a dimensão é possível de operacionalizar em 2021 (para efeitos de cálculo do IDG).

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2021 <sup>16</sup>
S - Satisfação de Utentes	20	
D - Satisfação de Utentes	100	Sim
<b>A - Integração de Cuidados</b>	<b>10</b>	
S - Integração de Cuidados Hospitalares	70	
D - Referenciação para Cuidados Hospitalares	10	Não
D - Acompanhamento de Utentes após Alta Hospitalar	10	Não
D - Internamentos Evitáveis	15	Não
D - Urgências Evitáveis	15	Não
D - Telemedicina e Telerastreio	15	Não
D - Plano Individual de Cuidados	15	Não
D - Planos Assistenciais Integrados	20	Não
S - Integração de Cuidados Continuados	30	Não
D - Referenciação para Cuidados Continuados	50	Não
D - Plano Individual de Cuidados	50	Não
<b>A - Qualidade Organizacional</b>	<b>15</b>	
S - Melhoria Contínua da Qualidade	50	
D - Acesso	25	Sim
D - Gestão de Stocks	25	Não
D - Gestão de Equipamentos	25	Não
D - Gestão de Recursos Humanos	25	Não
S - Segurança	30	
D - Segurança de Utentes	40	Sim
D - Segurança de Profissionais	30	Sim
D - Gestão do Risco	30	Não
S - Centralidade no Cidadão	20	
D - Participação do Cidadão	100	Sim
<b>A - Formação Profissional</b>	<b>10</b>	
S - Formação Interna	80	
D - Formação Interna	100	Sim
S - Formação Externa	20	
D - Formação Externa	100	Não
<b>A - Informação e Comunicação</b>	<b>5</b>	
S - Sistemas de Informação	60	
D - Sistemas de Informação	100	Não
S - Sistemas de Comunicação	40	
D - Sistemas de Comunicação	100	Não

Área (A), Subárea (S) ou Dimensão (D)	Ponderação	2021 <sup>16</sup>
A - Económica	10	
S - Recursos Humanos	20	
D - Ajustamento de Recursos Humanos à População	50	Não
D - Trabalho Extraordinário	50	Não
S - Medicamentos	30	
D - Antibióticos	12,5	Não
D - Antidiabéticos	12,5	Não
D - Antihipertensores	12,5	Não
D - Anti-inflamatórios não Esteróides	12,5	Não
D - Aparelho Cardiovascular	12,5	Não
D - Medicamentos para dislipidémias	12,5	Não
D - Psiquiátricos	12,5	Não
D - Outros Grupos Farmacológicos	12,5	Não
S - Meios Complementares de Diagnóstico	30	
D - Análises Clínicas	20	Não
D - Anatomia Patológica	10	Não
D - Cardiologia	10	Não
D - Medicina Nuclear	10	Não
D - Endoscopia Gastroenterológica	10	Não
D - Medicina Física e de Reabilitação	20	Não
D - Radiologia	20	Não
S - Gestão de Stocks	20	
D - Medicamentos	40	Não
D - Consumo Clínico	40	Não
D - Consumo Geral	20	Não

Em função da matriz multidimensional definida para o ano de 2021, importa garantir a alocação, às diferentes dimensões, dos respetivos indicadores, que se elencam no ponto **7.14 Anexo XIV - Contratualização dos ACES - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG.**

É igualmente disponibilizado o **7.15 Anexo XV – Monitorização dos ACES - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional sem impacto no cálculo do IDG**, o qual explicita indicadores de monitorização que são relevantes para o acompanhamento do ACES.

### 5.3. UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE

O processo de contratualização nos cuidados de saúde primários aplica-se às ULS enquanto entidades que integram unidades de cuidados de saúde primários.

Assim, o processo de contratualização interna envolve o Conselho de Administração das ULS e os responsáveis pela gestão interna e pela prestação de cuidados ao nível dos cuidados de saúde primários, respeitando os princípios da autonomia técnica própria dos cuidados de saúde primários, da delegação de competências no âmbito das ULS e da responsabilização dos profissionais, com o objetivo de garantir o alinhamento dos objetivos específicos deste nível de cuidados e da ULS e de assegurar o *continuum* dos cuidados à população.

O modelo de financiamento definido para as ULS prevê a atribuição de incentivos relacionados com o desempenho, que totalizam 10% do valor total do Contrato-programa anual, repartidos entre Cuidados de Saúde Primários (40%), Cuidados Hospitalares (30%), Desempenho Económico-financeiro (10%) e Resultados relacionados com a integração de cuidados, nomeadamente em internamentos, consultas hospitalares e urgências evitáveis (20%).

No caso dos Cuidados de Saúde Primários, isto equivale a 4% do valor total do Contrato-programa anual, avaliados através do resultado do Índice de Desempenho Global.

Assim a métrica a utilizar para a determinação do valor correspondente ao resultado de IDG alcançado é a comparação deste face a uma meta global negociada com a respetiva ARS.

### 5.4. ACOMPANHAMENTO/MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO NO ANO DE 2020

Conforme já foi referido, o contexto extraordinário provocado pela Pandemia Covid-19, com o país em Estado de Emergência de 18 de março até 2 de maio de 2020, vigorando seguidamente o Estado de Calamidade, obrigou os serviços e unidades de saúde a concentrar os esforços no plano de combate à pandemia, razão pela qual, ficou prejudicada a concretização da fase de negociação do processo de contratualização externa para 2020.

No entanto, as condições para o acompanhamento/monitorização foram asseguradas, nomeadamente, através do BI-CSP, com a publicação de forma continuada dos resultados dos IDG, IDS e respetivas dimensões. Os ACES e ARS mantiveram o acesso à informação necessária à gestão e acompanhamento, permitindo a implementação das medidas de ajustamento consideradas necessárias para assegurar a resposta às necessidades em saúde da população.

A avaliação seguirá a fórmula de cálculo do IDG do ACES, conforme explicitado no ponto 5.1.6., considerando que os IDS das dimensões dos ACES resultam dos IDS da mesma dimensão para as respetivas unidades funcionais existentes em 2020, ponderados pelo número de utentes inscritos.



## **6. CRONOGRAMA**

### **6.1. FASE DE NEGOCIAÇÃO 2021**

Para o ano de 2021 o cronograma a observar é o seguinte:

- Fase de preparação – a partir de outubro de 2020, com a divulgação dos Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde para 2021.
- Abertura da fase de negociação – a partir da data de homologação da Operacionalização da Contratualização nos CSP para 2021.
- Assinatura do Acordo Modificativo dos ACES e da Carta de Compromisso das Unidades Funcionais – até 31 de janeiro de 2021.

## 7. ANEXOS

### 7.1. ANEXO I – ALTERAÇÕES À OPERACIONALIZAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO NOS CSP PARA 2020 E 2021, FACE A 2019

**Tabela 9 - Novas Dimensões:**

<b>Cod_tipo_uo</b>	<b>Área _ contratual</b>	<b>Subárea _ contratual</b>	<b>Dimensão _ contratual</b>
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Saúde Mental e Gestão de Problemas Sociais e Familiares
ACES	Formação Profissional	Formação Interna	Formação Interna
ACES	Qualidade Organizacional	Centralidade no Cidadão	Centralidade no Cidadão
ACES	Qualidade Organizacional	Melhoria Contínua da Qualidade	Acesso
ACES	Qualidade Organizacional	Segurança	Segurança de Utentes
UCC	Qualidade Organizacional	Segurança	Segurança de Utentes
UF_C_PER	Qualidade Organizacional	Segurança	Segurança de Utentes
URAP	Qualidade Organizacional	Segurança	Segurança de Utentes
USP	Qualidade Organizacional	Segurança	Segurança de Utentes

**Tabela 10 - Indicadores Eliminados (relativamente ao ano de 2019):**

Cod_tipo_uo	Área _ contratual	Subárea _ contratual	Dimensão _ contratual	Id _ indicador	Nome _ curto _ indicador
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	266	Percent. DM vigiados, c/ úlcera ativa no pé
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	271	Índice de acompanhamento adequado utentes DM
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Hipertensão Arterial	272	Índice de acompanham. adequado de hipertensos
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças	277	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças	289	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	9	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	267	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	270	Índice de acompanham. adequado em saúde materna
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	309	Proporção grávidas com ecografia 3º trimestre
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	370	Proporção de crianças com amamentação exclusiva 6M
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	371	Proporção de grávidas com parto por cesariana
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Adulto	33	Proporção utentes > 14A, c/ IMC últimos 3 anos
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Adulto	47	Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde Infantil e Juvenil	94	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução
UCC	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde Reprodutiva	370	Proporção de crianças com amamentação exclusiva 6M
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	307	Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde Infantil e Juvenil	14	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde Infantil e Juvenil	93	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde Infantil e Juvenil	94	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução

**Tabela 11 - Novos Indicadores para 2020 e 2021 (relativamente a 2019):**

Cod_tipo_uo	Aarea_contratual	Subarea_contratual	Dimensao_contratual	Id_indicador	Nome_curto_indicador
ACES	Desempenho Assistencial	Acesso	Cobertura ou Utilização	6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos
ACES	Desempenho Assistencial	Acesso	Cobertura ou Utilização	99	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos
ACES	Desempenho Assistencial	Acesso	Cobertura ou Utilização	282	Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar
ACES	Desempenho Assistencial	Acesso	Cobertura ou Utilização	293	Tempo médio de permanência em ECCI
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	36	Proporção utentes DM com registo de GRT
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	39	Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	382	Prop. adultos com DM, com diagn.
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Doenças Aparelho Respiratório	374	Taxa intern. asma/DPOC entre doentes c/ asma/DPOC
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Doenças Aparelho Respiratório	380	Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Hipertensão Arterial	18	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Hipertensão Arterial	20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Hipertensão Arterial	23	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Hipertensão Arterial	383	Prop. adultos com HTA, com diagnóstico
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças	367	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Saúde Mental e Gestão de Problemas Sociais e Familiares	54	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Saúde Mental e Gestão de Problemas Sociais e Familiares	376	Prop. utentes c/ ganho gestão stress prest. cuid.
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Saúde Mental e Gestão de Problemas Sociais e Familiares	381	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	8	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	11	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	45	Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	62	Propor. crianças 1A, c/ aleit. mat. exclus. até 4M
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	295	Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	308	Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	384	Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	398	Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ºT
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Adulto	395	Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Adulto	397	Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1 ano
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Adulto	404	Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M
ACES	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde Infantil e Juvenil	63	Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV
ACES	Desempenho Assistencial	Qualificação da Prescrição	Prescrição Farmacoterapêutica	378	Propor. PVP medicam. prescr. MF contexto privado
ACES	Desempenho Assistencial	Qualificação da Prescrição	Prescrição Farmacoterapêutica	409	Prop ute s/ prescr prolo ansio/seda/hipn (ajust)
ACES	Formação Profissional	Formação Interna	Formação Interna	393	Score dimensão "formação equipa multiprofis."
ACES	Formação Profissional	Formação Interna	Formação Interna	394	Score dimensão "formação internos e alunos"
ACES	Qualidade Organizacional	Centralidade no Cidadão	Centralidade no Cidadão	430	Score dimensão "centralidade no cidadão"
ACES	Qualidade Organizacional	Melhoria Contínua da Qualidade	Acesso	338	Score organiz. acesso consultas não presenciais

Cod_tipo_uo	Aarea_contratual	Subarea_contratual	Dimensao_contratual	Id_indicador	Nome_curto_indicador
ACES	Qualidade Organizacional	Melhoria Contínua da Qualidade	Acesso	391	Score dimensão "melhoria cont. qualid. acesso"
ACES	Qualidade Organizacional	Segurança	Segurança de Utentes	428	Score dimensão "segurança de utentes"
UCC	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde Reprodutiva	62	Propor. crianças 1A, c/ aleit. mat. exclus. até 4M
UCC	Qualidade Organizacional	Segurança	Segurança de Utentes	428	Score dimensão "segurança de utentes"
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	36	Proporção utentes DM com registo de GRT
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	37	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	314	Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	315	Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	382	Prop. adultos com DM, com diagn.
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Doenças Aparelho Respiratório	380	Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Hipertensão Arterial	18	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Hipertensão Arterial	23	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Doença	Hipertensão Arterial	383	Prop. adultos com HTA, com diagnóstico
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	8	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	308	Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	310	Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	311	Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	312	Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	384	Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	398	Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ºT
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Adulto	34	Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Adulto	53	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Adulto	54	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Adulto	306	Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Adulto	381	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Adulto	395	Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Adulto	397	Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1 ano
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde do Adulto	404	Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde Infantil e Juvenil	63	Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde Infantil e Juvenil	269	Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Gestão da Saúde	Saúde Infantil e Juvenil	302	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Qualificação da Prescrição	Prescrição Farmacoterapêutica	378	Propor. PVP medicam. prescr. MF contexto privado
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Qualificação da Prescrição	Prescrição Farmacoterapêutica	409	Prop ute s/ prescr prolo ansio/seda/hipn (ajust)
UF_C_PER	Desempenho Assistencial	Qualificação da Prescrição	Prescrição MCDT	300	Nº médio prescr. consulta fisioterapia, p/ utiliz.
UF_C_PER	Qualidade Organizacional	Segurança	Segurança de Utentes	428	Score dimensão "segurança de utentes"
URAP	Qualidade Organizacional	Segurança	Segurança de Utentes	428	Score dimensão "segurança de utentes"
USP	Qualidade Organizacional	Segurança	Segurança de Utentes	428	Score dimensão "segurança de utentes"

**Tabela 12 - Alterações aos Intervalos:**

ID Indicador	Nome Indicador	Int. var. Aceitável 2019	Int var. Aceitável 2020 e 2021	Int. Esperado 2019	Int. Esperado 2020 e 2021
1	Proporção de consultas realizadas pelo MF	[75; 90]	[75; 92]	[78; 88]	[78; 90]
5	Proporção de consultas realizadas pelo EF	[60; 86]	[65; 92]	[65; 83]	[70; 88]
6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	[80; 100]	[80; 100]	[85; 95]	[85; 100]
30	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	[50; 100]	[40; 100]	[55; 100]	[50; 100]
36	Proporção utentes DM com registo de GRT	[80; 100]	[75; 100]	[90; 100]	[85; 100]
37	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	[80; 100]	[75; 100]	[85; 100]	[85; 100]
62	Propor. crianças 1A, c/ aleit. mat. exclus. até 4M	[70; 100]	[48; 100]	[80; 100]	[60; 100]
63	Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	[85; 100]	[70; 100]	[90; 100]	[80; 100]
93	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	[95; 100]	[95; 100]	[98; 100]	[95; 100]
94	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	[95; 100]	[95; 100]	[98; 100]	[95; 100]
95	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	[95; 100]	[95; 100]	[98; 100]	[95; 100]
99	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	[70; 90]	[70; 100]	[75; 85]	[75; 100]
257	Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	[0; 7]	[0; 6]	[0; 5]	[0; 5]
259	Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	[0; 15]	[0; 6]	[0; 12]	[0; 4.5]
261	Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	[75; 100]	[75; 100]	[80; 100]	[85; 100]
262	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	[10; 100]	[35; 100]	[22; 100]	[45; 100]
269	Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano	[0.55; 1]	[0.8; 100]	[0.6; 1]	[0.85; 100]
276	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais	[0; 40]	[0; 33]	[0; 36]	[0; 28]
280	Proporção ute. aval. equi. multip. prim. 48h	[50; 100]	[60; 100]	[60; 100]	[80; 100]
281	Número médio visitas domic. por utente, por mês	[8; 31]	[9; 31]	[10; 31]	[12; 31]
282	Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar	[15; 100]	[20; 100]	[30; 100]	[45; 100]
283	Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar	[15; 100]	[15; 100]	[30; 100]	[35; 100]
285	Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão	[80; 100]	[85; 100]	[90; 100]	[93; 100]
287	Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	[0; 9]	[0; 9]	[0; 6]	[0; 5]

289	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	[40; 100]	[50; 100]	[50; 100]	[65; 100]
290	Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."	[50; 100]	[45; 100]	[60; 100]	[60; 100]
291	Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	[0; 20]	[0; 15]	[0; 15]	[0; 10]
293	Tempo médio de permanência em ECCI	[15; 140]	[15; 150]	[30; 120]	[30; 120]
294	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	[400; 1650]	[350; 1500]	[550; 1650]	[475; 1500]
302	Índice de acompanh. adequado s. infantil 1º ano	[0.55; 1]	[0.8; 100]	[0.6; 1]	[0.85; 100]
306	Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	[6; 30]	[9; 100]	[10; 25]	[12; 100]
308	Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	[70; 100]	[72; 100]	[75; 100]	[80; 100]
310	Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	[0.7; 1]	[0.65; 1]	[0.75; 1]	[0.72; 1]
311	Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	[0.7; 1]	[0.45; 1]	[0.75; 1]	[0.55; 1]
312	Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	[0.7; 1]	[0.33; 1]	[0.75; 1]	[0.4; 1]
315	Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	[35; 90]	[35; 100]	[45; 80]	[45; 100]
329	Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT	[35; 100]	[40; 100]	[50; 100]	[60; 100]
341	Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	[90; 135]	[70; 135]	[90; 130]	[70; 130]
345	Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	[15; 65]	[15; 60]	[20; 55]	[20; 50]
346	Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11[h (Q1)	[15; 35]	[15; 37.5]	[20; 30]	[20; 35]
350	Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	[120; 320]	[120; 570]	[120; 300]	[120; 350]
351	Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	[120; 320]	[120; 350]	[120; 300]	[120; 350]
352	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	[50; 95]	[50; 90]	[50; 90]	[50; 85]
353	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	[50; 105]	[50; 100]	[50; 100]	[50; 95]
354	Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	[25; 50]	[25; 47.5]	[25; 45]	[25; 42.5]
366	Proporção de grávidas com intervenção da UCC	[25; 100]	[20; 100]	[35; 100]	[35; 100]
367	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	[45; 100]	[45; 100]	[60; 100]	[65; 100]
368	Proporção de crianças e jovens com interv. da UCC	[7; 100]	[15; 100]	[15; 100]	[35; 100]
369	Proporção de consultas	[5; 30]	[9; 25]	[10; 30]	[12; 25]

	não presenciais na UCC				
373	Prop. utentes c/ asma/DPOC e intervenção na UCC	[7; 100]	[6; 100]	[10; 100]	[13; 100]
375	Proporção de RN de termo, de baixo peso	[0; 1.6]	[0; 5]	[0; 1.5]	[0; 3]
377	Proporção úlceras pressão melhoradas	[40; 100]	[15; 100]	[50; 100]	[30; 100]
380	Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.	[70; 100]	[70; 100]	[70; 100]	[80; 100]
381	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	[60; 100]	[70; 100]	[60; 100]	[80; 100]
387	Proporção de utentes com melhorias funcionais	[45; 100]	[45; 100]	[60; 100]	[70; 100]
388	Prop. utentes c/ melhoria no controlo de sintomas	[40; 100]	[40; 100]	[50; 100]	[65; 100]
398	Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ºT	[75; 100]	[40; 100]	[90; 100]	[60; 100]
404	Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M	[50; 10000]	[40; 10000]	[75; 10000]	[60; 10000]
409	Prop ute s/ prescr prolo ansio/seda/hipn (ajust)	[89; 100]	[90; 100]	[91; 100]	[91.5; 100]



## 7.2 ANEXO II – FASES E CHECK-LIST DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA

Esta *check-List* deve ser usada pelos intervenientes no processo de contratualização.

### 1. Fase de preparação

- Validar no BI CSP a caracterização sumária da Unidade Funcional, nomeadamente:
  - Identificação da ARS, ACES e Modelo (UCSP, USF A ou B).
  - Identificação completa da equipa, regime de trabalho e tipos de vínculo contratual.
  - Identificação do coordenador e do conselho técnico.
  - Outros profissionais afetos à UF.
  - Profissionais em formação.
  - Instalações (Nº de polos e suas dimensões).
  - População abrangida (dimensão inscritos, unidades ponderadas e respetivo ratio).
  - Área geográfica abrangida.
  - Declaração de inexistência de incompatibilidades dos profissionais (USF modelo B).
- Balanço do ano que finaliza:
  - Análise das atividades previstas e realizadas.
  - Análise da aplicação do Manual de Articulação.
  - Balanço da execução do Plano de Aplicação de Incentivos Institucionais (USF e UCSP).
  - Revisitação das carteiras adicionais de serviço, incluindo prolongamentos de horário.
  - Revisitação dos horários/cargas de trabalho e, nas USF do modelo B, dos incrementos.
  - Validação das atividades específicas (USF de modelo B).
- Apresentação e divulgação pelo ACES às UF:
  - Das estratégias prioritárias nas diferentes áreas de governação clínica.
  - Das necessidades em saúde identificadas, para contratualizar como carteiras adicionais.
- Temáticas pendentes, novas temáticas e calendário negocial.

### 2. Fase de Negociação

A negociação do Plano de Ação, centrado no plano de melhoria apresentado para 2021, tem como referência as necessidades identificadas (em saúde e estruturais), refletindo a nova realidade face à situação epidemiológica existente, os valores dos Índices de Desempenho – Global (IDG) e Setoriais (IDS).

- Apresentação de propostas.

- Compromisso da UF com as atividades “normais” para o cumprimento da respetiva Carteira de Serviços base.
- Plano de Melhoria, priorizando a melhoria do acesso, centrado na:
  - Melhoria e Qualificação do Acesso (ao nível dos TMRG; do atendimento presencial, com pré-agendamento da atividade assistencial, ajustamento de horários e reorganização dos espaços; das visitas domiciliárias e respostas comunitárias de proximidade; do atendimento não presencial qualificado e dedicado; da resposta a situações de doença aguda, diminuição das urgências evitáveis, referenciação adequada para consultas de especialidade).
  - Qualificação da prescrição (MCDT e Medicamentos).
  - Qualificação da discussão clínica (referenciação, integração de cuidados e reforço da articulação com os cuidados hospitalares, nomeadamente, no agendamento programado de resposta a utentes triados como verdes, azuis e brancos).
  - Satisfação (profissionais e utentes).
  - Subáreas a necessitarem intervenção, em função da análise de resultados de 2020.
- Revisitar:
  - Máximo de população a inscrever em unidades ponderadas.
  - Horário de funcionamento – ajustamento de horários.
  - Na área dos “Serviços” as eventuais carteiras adicionais de serviços na vertente assistencial (conforme disposto no ponto 6 do Artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, na sua redação atual) e não assistenciais com a devida contratualização da compensação financeira global.
- Negociação com troca de propostas.
- Assinatura da Carta de Compromisso, com conclusão da negociação de:
  - Plano de Ação (plano de melhoria).
  - Recursos necessários a alocar para cumprir o plano de ação:
    - Recursos Humanos – Horas de cada grupo profissional, horas extraordinárias ou novos profissionais e cargas horárias alocadas.
    - Investimento nas diversas áreas: (i) Equipamento de comunicação, (ii) Sistemas de informação em uso, (iii) Equipamento clínico, (iv) Obras, (v) Viaturas e (vi) Outros.
    - Manutenção nas diversas áreas, incluindo calibração de material electro médico, climatização, sistema de informação e edifício.

- 
- Fundo de maneiio e receitas (artigo 17º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, na redação atual).
  - Plano de Formação.
  - Plano de Aplicação dos Incentivos Institucionais. (quando aplicável).
  - Manual de Articulação.

### **3. Fase de Monitorização e Acompanhamento**

- Carregamento online de relatório de execução trimestral sobre compromisso assumido entre as partes nas diferentes dimensões de análise.
- Reuniões regulares promovidas pelo ACES tomando por base o BI-CSP (IDG e IDS), SIM@SNS, SIARS e MIM@UF.

### **4. Fase de Avaliação Final**

- Prestação de contas: relatório final das atividades e dos resultados associadas aos incentivos financeiros e atividades específicas (USF em modelo B).
- Reconhecimento público: incentivos institucionais.

---

### 7.3 ANEXO III – ESTRUTURA DA ATA DAS REUNIÕES DE NEGOCIAÇÃO E DE ACOMPANHAMENTO

A Ata deve conter os seguintes elementos:

- Data (dia e hora).
- Local.
- Participantes.
- UF – Nome, grupo profissional, função (dos vários elementos).
- ACES - Nome, grupo profissional, função (dos vários elementos).
- Outros (liga de Amigos da UF, etc) - Nome, grupo profissional, função (dos vários elementos).
- Ordem de Trabalhos.
- Para cada ponto da OT deverá estar discriminado:
  - A decisão tomada.
  - A posição de cada um dos Participantes.
  - Níveis de responsabilidade atribuídos a cada uma das partes envolvidas.
- Data da próxima reunião (se existente).
- Assinatura do Coordenador da UF e do Diretor Executivo do ACES.

---

#### 7.4 ANEXO IV – PLANO DE AÇÃO DA UF

O Plano de Ação da UF deve ter como referencial as diferentes componentes da Matriz de Desempenho (áreas, subáreas e respectivas dimensões). Tratando-se de um plano de ação plurianual, normalmente a 3 anos, deve em 2021 centrar-se no plano de melhoria a introduzir, decorrente das orientações específicas existentes e da avaliação efetuada.

O Plano de Ação da UF deve identificar / definir, conforme *layout* disponível no portal BI-CSP:

- As áreas de melhoria.
- O conjunto de estratégias/atividades para esse fim.
- Os recursos a alocar para esse fim – designadamente se necessários mais para além dos existentes.
- As estratégias e o plano de formação.
- O plano de aplicação dos incentivos institucionais (quando aplicável).

A construção, discussão e validação do plano de ação é feita em suporte eletrónico no BI-CSP.

---

## 7.5 ANEXO V – CARTAS DE COMPROMISSO

### Carta de Compromisso - Ano 2021

A carta de compromisso a utilizar para o **processo de 2021** deve conter as seguintes componentes, conforme *layout* disponível no portal BI CSP e nos casos aplicáveis:

1. Caracterização sumária da Unidade Funcional:
  - Identificação da equipa, do coordenador e do conselho técnico.
  - População abrangida (dimensão inscritos e unidades ponderadas).
  - Profissionais existentes e respetivo *ratio*.
  - Instalações (Nº de polos).
  - Sistema de informação em uso.
2. Sumário executivo do Plano de Ação, com destaque no plano de melhoria, tendo como referencial a Matriz Multidimensional, operacionalizado através do IDG que se propõe alcançar (até nível dos IDS – subáreas).

Importa ainda assegurar que conste informação relativa à Carteira Adicional de Serviços negociada (nos termos do nº 6 do artigo 6º do Decreto-Lei nº 298/2007). A carteira adicional de serviços, tanto para as USF de modelo A como de modelo B, é uma das componentes do compromisso assistencial que se traduz no desenvolvimento de atividades assumidas (anexo II da Portaria nº 1368/2007 de 18 de Outubro).
3. Sumário Executivo do Plano de Formação.
4. Especificações da Carteira de Serviços (quando aplicável) incluindo as atividades específicas nas USF modelo B.
5. Recursos necessários a alocar (investimento, manutenção, entre outros).
6. Plano de aplicação dos Incentivos Institucionais.
7. Declaração de inexistência de incompatibilidades dos profissionais (no caso das USF modelo B).
8. Manual de Articulação.

---

## ANEXO V – CARTAS DE COMPROMISSO

### Carta de Compromisso - Ano 2020

A carta de compromisso a utilizar para o **processo de 2020** deve conter as seguintes componentes (nos casos aplicáveis):

1. Matriz Multidimensional da UF, integrando as ponderações associadas a cada Área, Subárea ou Dimensão.
2. Informação relativa à Carteira Adicional de Serviços negociada (nos termos do nº 6 do artigo 6º do Decreto-Lei nº 298/2007). A carteira adicional de serviços, tanto para as USF de modelo A como de modelo B, é uma das componentes do compromisso assistencial que se traduz no desenvolvimento de atividades assumidas (anexo II da Portaria nº 1368/2007 de 18 de Outubro).
3. Especificações da Carteira de Serviços (quando aplicável) incluindo as atividades específicas nas USF modelo B.
4. Plano de aplicação dos Incentivos Institucionais.
5. Declaração de inexistência de incompatibilidades dos profissionais (no caso das USF modelo B).
6. Manual de Articulação.

A concretização desta tarefa decorrerá sem recurso à Plataforma Eletrónica PAUF.

## 7.6 ANEXO VI – INCENTIVOS INSTITUCIONAIS

De acordo com a Portaria n.º 212/2017 de 19 de julho, destaca-se:

### Critérios para atribuição de Incentivos Institucionais

Os IDG obtidos pelas UF são qualificados em 5 escalões de onde resultam consequências no que diz respeito ao direito a incentivos e à ponderação do valor do incentivo a receber, especificados na tabela seguinte:

Escalão	Nível IDG	Consequência	Ponderação
1	< 50	Intervenção Conselho Clínico Saúde	0
2	≥ 50 e < 75	Acompanhamento (normal)	0
3	≥ 75 e < 85	Direito a Incentivos Institucionais –Nível I	1
4	≥ 85 e < 95	Direito a Incentivos Institucionais –Nível II	1,5
5	≥ 95	Direito a Incentivos Institucionais –Nível III	2

### Valor dos incentivos institucionais

A distribuição do valor total orçamentado para os incentivos institucionais nos termos do n.º 1 do artigo 2.º, pelos vários níveis de desempenho, tem de assegurar que, independentemente do número de UF em cada nível, o valor estimado a receber para cada UF garante os seguintes requisitos:

- As UF com IDG de nível superior têm valor de incentivos superiores;
- A variação do valor dos incentivos a receber pelas UF em cada nível, decorre exclusivamente do respetivo número de Unidades Ponderadas de utentes inscritos (UP).

A determinação do:

- Valor da Unidade de Incentivo por UP em cada nível (VUI\_UP);
- Valor de incentivo institucional por UF ponderado de acordo com o seu nível de desempenho e dimensão (população em unidades ponderadas) (VI\_UF\_P);

é operacionalizado de acordo com a seguinte metodologia prevista na tabela acima.

- O valor da unidade de incentivo por unidade ponderada é obtido pela seguinte fórmula

$$VUI\_UP = Z / ((N1 \times W1) + (N2 \times W2) + (N3 \times W3))$$

Em que:

- VUI\_UP – Valor da unidade de Incentivo Institucional por unidade ponderada;
- Z – Valor total dos Incentivos Institucionais calculados de acordo com o n.º 1 do artigo 2.º;
- N1 – Soma das Unidades Ponderadas das UF no nível 1 de desempenho;
- N2 – Soma das Unidades Ponderadas das UF no nível 2 de desempenho;



- N3 – Soma das Unidades Ponderadas das UF no nível 3 de desempenho;
- W1 – Ponderação do nível 1 de desempenho;
- W2 – Ponderação do nível 2 de desempenho;
- W3 – Ponderação do nível 3 de desempenho;
- O valor do incentivo institucional, por Unidade Funcional ponderada de acordo com seu nível de desempenho e pela sua dimensão (população em unidades ponderadas), é obtido pela seguinte fórmula:

$$VI_{UF\_P} = (VUI_{UP} \times Y) \times WN$$

Em que:

- $VI_{UF\_P}$  – Valor Incentivo Institucional por Unidade Funcional ponderada de acordo com sua dimensão (população em unidades ponderadas);
- $VUI_{UP}$  - Valor da unidade de Incentivo Institucional por unidade ponderada;
- $Y$  - N° de unidades ponderadas de dimensão de lista da Unidade Funcional;
- $WN$  – Ponderação do nível de desempenho;

Caso seja reduzido o numero de unidades funcionais a ter direito a incentivos, determina-se que o  $VUI_{UP}$  máximo é de 1,5 euros.

## 7.7 ANEXO VII – REGRAS DA MATRIZ DE INDICADORES

Todos os indicadores, antes de poderem ser calculados, têm um bilhete de identidade publicado em <http://sdm.min-saude.pt/bi.aspx> e disponível no BI-CSP.

O bilhete de identidade de cada indicador possui, de forma sistemática:

- Descrição (clara, inequívoca, simples) do que mede;
- Descrição (clara, inequívoca, simples) das regras de cálculo do numerador e denominador;
- Descrição de particularidades do que se regista e de como se mede (nas diferentes aplicações);
- Identificação da tipologia de indicador – estrutura, processo, resultado, ganhos em saúde;
- Dimensão – acesso, efetividade, eficiência, adequação técnico-científica, qualidade do registo, epidemiológico, estado de saúde, demográfico, socioeconómico, entre outros;
- Resultado esperado e variação aceitável – baseado na evidência disponível (nacional e/ou internacional), histórico;
- Referencial – área, subárea e dimensão com que se relaciona na matriz de contratualização;
- Estado - Ativo (indicador em uso); Descontinuado (indicador não em uso); Em desenvolvimento (indicador em fase de construção/validação).

Para ser utilizado no processo de contratualização, para além do necessário bilhete de identidade e de estar calculado aquilo que é medido pelo indicador, deve existir um histórico de registos de pelo menos 2 anos.

## 7.8 ANEXO VIII – CORREÇÃO DAS PONDERAÇÕES POR INEXISTÊNCIA DE INDICADORES

Nas unidades funcionais que, por razões de contexto ou outras não imputáveis às próprias, não possam assumir algum componente do seu desempenho, o cálculo do IDG obtém-se ponderando o resultado obtido de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{IDG} = (\text{IDGR} \times 100) / \partial$$

Em que:

- IDG – valor final (ponderado) do IDG da UF;
- IDGR – Valor do IDG real obtido;
- $\partial$  – Valor máximo possível de IDG sem peso das áreas, subáreas ou dimensões em causa

Esta fórmula aplica-se no nível em que for determinada a omissão, seja subárea, área ou dimensão.

O mecanismo de Correção das Ponderações por Inexistência de Indicadores aplica-se, por exemplo, em situações de indisponibilidade de dados por falha do Sistema de Informação.

**7.9 ANEXO IX - CONTRATUALIZAÇÃO DAS USF E UCSP - INDICADORES ASSOCIADOS ÀS DIMENSÕES DA MATRIZ MULTIDIMENSIONAL COM IMPACTO NO CÁLCULO DO IDG (2020 E 2021)**

<b>ID Indicador</b>	<b>Designação Indicador</b>	<b>Subárea   Dimensão</b>
330	Índice de utilização anual de consultas médicas	Acesso   Cobertura ou Utilização
331	Índice de utilização anual de consultas enferm.	Acesso   Cobertura ou Utilização
6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	Acesso   Cobertura ou Utilização
99	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	Acesso   Cobertura ou Utilização
3	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	Acesso   Cobertura ou Utilização
1	Proporção de consultas realizadas pelo MF	Acesso   Personalização
5	Proporção de consultas realizadas pelo EF	Acesso   Personalização
335	Prop. cons. ind. receipt. c/ resposta 3 dias úteis	Acesso   Tempos Máximos de Resposta Garantidos
342	Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	Acesso   Tempos Máximos de Resposta Garantidos
344	Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	Acesso   Consulta no Próprio Dia
345	Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	Acesso   Consulta no Próprio Dia
339	Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	Acesso   Consulta no Próprio Dia
410	Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.	Acesso   Consulta no Próprio Dia
346	Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11]h (Q1)	Acesso   Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
347	Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14]h (Q2)	Acesso   Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
348	Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17] (Q3)	Acesso   Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
349	Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20]h (Q4)	Acesso   Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
269	Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
302	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
63	Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
95	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
11	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
398	Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ºT	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
295	Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
308	Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
310	Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
311	Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea   Dimensão
312	Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
8	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
384	Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
45	Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
98	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
46	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
262	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
306	Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
34	Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
395	Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
397	Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1 ano	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
404	Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
53	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
54	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
381	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
294	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	Gestão da Saúde   Saúde do Idoso
297	Prop. idosos s/ presc. pro. ansiol/sedat/hipnót	Gestão da Saúde   Saúde do Idoso
30	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	Gestão da Saúde   Saúde do Idoso
261	Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
37	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
36	Proporção utentes DM com registo de GRT	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
314	Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
315	Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
39	Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
274	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
275	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
350	Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
351	Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
382	Prop. adultos com DM, com diagn.	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
18	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	Gestão da Doença   Hipertensão Arterial

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea   Dimensão
20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	Gestão da Doença   Hipertensão Arterial
23	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	Gestão da Doença   Hipertensão Arterial
352	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	Gestão da Doença   Hipertensão Arterial
353	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	Gestão da Doença   Hipertensão Arterial
383	Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	Gestão da Doença   Hipertensão Arterial
49	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	Gestão da Doença   Doenças Aparelho Respiratório
380	Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.	Gestão da Doença   Doenças Aparelho Respiratório
365	Taxa internam. evitáveis popul. adulta (ajust.)	Gestão da Doença   Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
341	Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica
276	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais	Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica
255	Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica
257	Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica
259	Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica
409	Prop ute s/ prescr prolo ansio/seda/hipn (ajust)	Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica
378	Propor. PVP medicam. prescr. MF contexto privado	Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica
354	Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	Qualificação da Prescrição   Prescrição MCDT
300	Nº médio prescr. consulta fisioterapia, p/ utiliz.	Qualificação da Prescrição   Prescrição MCDT
389	Score dimensão "serviços de carácter assistencial"	Serviços de Carácter Assistencial   Serviços de Carácter Assistencial
390	Score dimensão "serv. não assis. gov. clín. ACES"	Serviços de Carácter não Assistencial   Atividades de Governação Clínica no ACES
391	Score dimensão "melhoria cont. qualid. acesso"	Melhoria Contínua da Qualidade   Acesso
392	IDS da dimensão "melhoria cont. qualid. e PAI"	Melhoria Contínua da Qualidade   Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
428	Score da dimensão "segurança de utentes"	Segurança   Segurança de Utentes
393	Score dimensão "formação equipa multiprofis."	Formação Interna   Formação da Equipa Multiprofissional
394	Score dimensão "formação internos e alunos"	Formação Interna   Formação de Internos e Alunos

**7.10 ANEXO X - MONITORIZAÇÃO DAS USF E UCSP - INDICADORES ASSOCIADOS ÀS DIMENSÕES DA MATRIZ MULTIDIMENSIONAL SEM IMPACTO NO CÁLCULO DO IDG**

<b>ID Indicador</b>	<b>Designação Indicador</b>	<b>Subárea   Dimensão</b>
2	Taxa de utilização global de consultas médicas	Acesso   Cobertura ou Utilização
100	Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos	Acesso   Cobertura ou Utilização
343	Proporção de chamadas telefônicas atendidas	Acesso   Atendimento Telefônico
385	Propor. doentes referenc. p/ hosp. devolvidos	Acesso   Tempos Máximos de Resposta Garantidos
386	Tempo médio resolução referências devolvidas	Acesso   Tempos Máximos de Resposta Garantidos
405	Propor. cons. médic. "do dia" efet. UF diferente	Acesso   Consulta no Próprio Dia
412	[Cons. dia UF inscr.] / ([cons. dia] + [urgênc.])	Acesso   Consulta no Próprio Dia
57	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
15	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
14	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
16	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
59	Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
17	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
31	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
32	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
93	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
94	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
307	Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
309	Proporção grávidas com ecografia 3º trimestre	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
296	Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
9	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
10	Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
35	Proporção DM com exame pés último ano	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
38	Proporção DM c/ 1 HbA1c por semestre	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
91	Proporção DM < 65 A, c/ HbA1c <= 6,5 %	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
413	Propor. DM2 c/ e HbA1c > 9%, com insulina	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
97	Proporção DM c/ microalbum. último ano	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
19	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	Gestão da Doença   Hipertensão Arterial

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea   Dimensão
316	Proporção hipert. [18; 65[A, com PA < 140/90	Gestão da Doença   Hipertensão Arterial
54	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	Gestão da Doença   Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
277	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A	Gestão da Doença   Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
278	Propor. medicam. prescr. de classes com genéricos	Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica
379	Propor. PVP medicam. prescr. MF em UF diferentes	Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica



**7.11 ANEXO XI - CONTRATUALIZAÇÃO DAS UCC - INDICADORES ASSOCIADOS ÀS DIMENSÕES DA MATRIZ MULTIDIMENSIONAL COM IMPACTO NO CÁLCULO DO IDG**

<b>ID Indicador</b>	<b>Designação Indicador</b>	<b>Subárea   Dimensão</b>
282	Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar	Acesso   Cobertura ou Utilização
366	Proporção de grávidas com intervenção da UCC	Acesso   Cobertura ou Utilização
373	Prop. utentes c/ asma/DPOC e intervenção na UCC	Acesso   Cobertura ou Utilização
368	Proporção de crianças e jovens com interv. da UCC	Acesso   Cobertura ou Utilização
292	Taxa de ocupação da ECCI	Acesso   Cobertura ou Utilização
369	Proporção de consultas não presenciais na UCC	Acesso   Distribuição da Atividade
281	Número médio visitas domic. por utente, por mês	Acesso   Distribuição da Atividade
279	Proporção VD enfermagem fim-de-semana e feriado	Acesso   Distribuição da Atividade
280	Proporção ute. aval. equi. multip. prim. 48h	Acesso   Tempos Máximos de Resposta Garantidos
375	Proporção de RN de termo, de baixo peso	Gestão da Saúde   Saúde Reprodutiva
62	Propor. crianças 1A, c/ aleit. mat. exclus. até 4M	Gestão da Saúde   Saúde Reprodutiva
372	Taxa de intern. por fratura do colo do fémur	Gestão da Saúde   Saúde do Idoso
387	Proporção de utentes com melhorias funcionais	Gestão da Doença   Reabilitação
374	Taxa intern. asma/DPOC entre doentes c/ asma/DPOC	Gestão da Doença   Reabilitação
376	Prop. utentes c/ ganho gestão stress prest. cuid.	Gestão da Doença   Saúde Mental
367	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	Gestão da Doença   Abordagem Paliativa
388	Prop. utentes c/ melhoria no controlo de sintomas	Gestão da Doença   Abordagem Paliativa
329	Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT	Gestão da Doença   Doença Crónica
284	Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos	Gestão da Doença   ECCI
285	Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão	Gestão da Doença   ECCI
377	Proporção úlceras pressão melhoradas	Gestão da Doença   ECCI
287	Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	Gestão da Doença   ECCI
290	Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."	Gestão da Doença   ECCI
291	Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	Gestão da Doença   ECCI
289	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	Gestão da Doença   ECCI
293	Tempo médio de permanência em ECCI	Gestão da Doença   ECCI
283	Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar	Intervenção Comunitária   Saúde Escolar
389	Score dimensão "serviços de carácter assistencial"	Serviços de Carácter Assistencial   Serviços de Carácter Assistencial

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea   Dimensão
390	Score dimensão "serv. não assis. gov. clín. ACES"	Serviços de Carácter não Assistencial   Atividades de Governação Clínica no ACES
391	Score dimensão "melhoria cont. qualid. acesso"	Melhoria Contínua da Qualidade   Acesso
392	IDS da dimensão "melhoria cont. qualid. e PAI"	Melhoria Contínua da Qualidade   Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
428	Score da dimensão "segurança de utentes"	Segurança   Segurança de Utentes
393	Score dimensão "formação equipa multiprofis."	Formação Interna   Formação da Equipa Multiprofissional
394	Score dimensão "formação internos e alunos"	Formação Interna   Formação de Internos e Alunos

**7.12 ANEXO XII - CONTRATUALIZAÇÃO DAS USP - INDICADORES ASSOCIADOS ÀS DIMENSÕES DA MATRIZ MULTIDIMENSIONAL COM IMPACTO NO CÁLCULO DO IDG**

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea   Dimensão
389	Score dimensão "serviços de carácter assistencial"	Serviços de Carácter Assistencial   Serviços de Carácter Assistencial
390	Score dimensão "serv. não assis. gov. clín. ACES"	Serviços de Carácter não Assistencial   Atividades de Governação Clínica no ACES
391	Score dimensão "melhoria cont. qualid. acesso"	Melhoria Contínua da Qualidade   Acesso
392	IDS da dimensão "melhoria cont. qualid. e PAI"	Melhoria Contínua da Qualidade   Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
428	Score da dimensão "segurança de utentes"	Segurança   Segurança de Utentes
393	Score dimensão "formação equipa multiprofis."	Formação Interna   Formação da Equipa Multiprofissional
394	Score dimensão "formação internos e alunos"	Formação Interna   Formação de Internos e Alunos

**7.13 ANEXO XIII - CONTRATUALIZAÇÃO DAS URAP - INDICADORES ASSOCIADOS ÀS DIMENSÕES DA MATRIZ MULTIDIMENSIONAL COM IMPACTO NO CÁLCULO DO IDG**

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea   Dimensão
389	Score dimensão "serviços de carácter assistencial"	Serviços de Carácter Assistencial   Serviços de Carácter Assistencial
390	Score dimensão "serv. não assis. gov. clín. ACES"	Serviços de Carácter não Assistencial   Atividades de Governação Clínica no ACES
391	Score dimensão "melhoria cont. qualid. acesso"	Melhoria Contínua da Qualidade   Acesso
392	IDS da dimensão "melhoria cont. qualid. e PAI"	Melhoria Contínua da Qualidade   Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados
428	Score da dimensão "segurança de utentes"	Segurança   Segurança de Utentes

<b>ID Indicador</b>	<b>Designação Indicador</b>	<b>Subárea   Dimensão</b>
393	Score dimensão "formação equipa multiprofis."	Formação Interna   Formação da Equipa Multiprofissional
394	Score dimensão "formação internos e alunos"	Formação Interna   Formação de Internos e Alunos

**7.14 ANEXO XIV - CONTRATUALIZAÇÃO DOS ACES - INDICADORES ASSOCIADOS ÀS DIMENSÕES DA MATRIZ MULTIDIMENSIONAL COM IMPACTO NO CÁLCULO DO IDG**

<b>ID Indicador</b>	<b>Designação Indicador</b>	<b>Subárea   Dimensão</b>
330	Índice de utilização anual de consultas médicas	Acesso   Cobertura ou Utilização
331	Índice de utilização anual de consultas enferm.	Acesso   Cobertura ou Utilização
3	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	Acesso   Cobertura ou Utilização
282	Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar	Acesso   Cobertura ou Utilização
281	Número médio visitas domic. por utente, por mês	Acesso   Cobertura ou Utilização
293	Tempo médio de permanência em ECCI	Acesso   Cobertura ou Utilização
292	Taxa de ocupação da ECCI	Acesso   Cobertura ou Utilização
366	Proporção de grávidas com intervenção da UCC	Acesso   Cobertura ou Utilização
373	Prop. utentes c/ asma/DPOC e intervenção na UCC	Acesso   Cobertura ou Utilização
368	Proporção de crianças e jovens com interv. da UCC	Acesso   Cobertura ou Utilização
6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	Acesso   Cobertura ou Utilização
99	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	Acesso   Cobertura ou Utilização
1	Proporção de consultas realizadas pelo MF	Acesso   Personalização
5	Proporção de consultas realizadas pelo EF	Acesso   Personalização
335	Prop. cons. ind. receipt. c/ resposta 3 dias úteis	Acesso   Tempos Máximos de Resposta Garantidos
342	Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	Acesso   Tempos Máximos de Resposta Garantidos
280	Proporção ute. aval. equi. multip. prim. 48h	Acesso   Tempos Máximos de Resposta Garantidos
344	Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	Acesso   Consulta no Próprio Dia
345	Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	Acesso   Consulta no Próprio Dia
339	Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	Acesso   Consulta no Próprio Dia
410	Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.	Acesso   Consulta no Próprio Dia
346	Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11]h (Q1)	Acesso   Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
347	Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14]h (Q2)	Acesso   Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
348	Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17] (Q3)	Acesso   Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
349	Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20]h (Q4)	Acesso   Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
369	Proporção de consultas não presenciais na UCC	Acesso   Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
279	Proporção VD enfermagem fim-de-semana e feriado	Acesso   Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
302	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
269	Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea   Dimensão
63	Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
95	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
283	Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
8	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
45	Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
384	Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
398	Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ºT	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
11	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
295	Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
310	Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
311	Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
312	Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
308	Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
375	Proporção de RN de termo, de baixo peso	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
62	Propor. crianças 1A, c/ aleit. mat. exclus. até 4M	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
98	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
46	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
44	Proporção mulheres [50; 70[ A, c/ mamogr. (2 anos)	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
395	Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
397	Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1 ano	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
404	Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
53	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
262	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
306	Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
294	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	Gestão da Saúde   Saúde do Idoso
297	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	Gestão da Saúde   Saúde do Idoso
30	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	Gestão da Saúde   Saúde do Idoso
372	Taxa de intern. por fratura do colo do fémur	Gestão da Saúde   Saúde do Idoso
34	Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	Gestão da Doença   Doenças Cardiovasculares
362	Taxa de internamento por ICC (ajust.)	Gestão da Doença   Doenças Cardiovasculares
364	Taxa de internamento por angina peito (ajust.)	Gestão da Doença   Doenças Cardiovasculares

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea   Dimensão
382	Prop. adultos com DM, com diagn.	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
36	Proporção utentes DM com registo de GRT	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
261	Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
37	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
314	Proporção DM com PA $\geq$ 140/90 mmHg	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
39	Proporção DM c/ última HbA1c $\leq$ 8,0%	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
315	Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
40	Proporção DM c/ exame oftalmológico último ano	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
274	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
275	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
350	Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
351	Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
357	Taxa intern. diab. não contr. s/ compl. (ajus.)	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
358	Taxa intern. por complic. agudas diab. (ajust.)	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
359	Taxa intern. por complic. crón. diab. (ajust.)	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
360	Taxa intern. p/ amp. membro inf. diab. (ajust.)	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
383	Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	Gestão da Doença   Hipertensão Arterial
18	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	Gestão da Doença   Hipertensão Arterial
20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	Gestão da Doença   Hipertensão Arterial
23	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	Gestão da Doença   Hipertensão Arterial
352	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	Gestão da Doença   Hipertensão Arterial
353	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	Gestão da Doença   Hipertensão Arterial
361	Taxa de internamento por HTA (ajust.)	Gestão da Doença   Hipertensão Arterial
376	Prop. utentes c/ ganho gestão stress prest. cuid.	Gestão da Doença   Saúde Mental e Gestão de Problemas Sociais e Familiares
381	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	Gestão da Doença   Saúde Mental e Gestão de Problemas Sociais e Familiares
54	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	Gestão da Doença   Saúde Mental e Gestão de Problemas Sociais e Familiares
380	Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.	Gestão da Doença   Doenças Aparelho Respiratório
49	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	Gestão da Doença   Doenças Aparelho Respiratório
374	Taxa intern. asma/DPOC entre doentes c/ asma/DPOC	Gestão da Doença   Doenças Aparelho Respiratório
355	Taxa internam. p/ asma adultos jovens (ajust.)	Gestão da Doença   Doenças Aparelho Respiratório
356	Taxa internam. p/ asma/DPOC em adultos (ajust.)	Gestão da Doença   Doenças Aparelho Respiratório

ID Indicador	Designação Indicador	Subárea   Dimensão
363	Taxa de intern. por pneumonia adultos (ajust.)	Gestão da Doença   Doenças Aparelho Respiratório
365	Taxa internam. evitáveis popul. adulta (ajust.)	Gestão da Doença   Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
329	Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT	Gestão da Doença   Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
284	Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos	Gestão da Doença   Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
285	Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão	Gestão da Doença   Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
377	Proporção úlceras pressão melhoradas	Gestão da Doença   Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
287	Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	Gestão da Doença   Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
290	Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."	Gestão da Doença   Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
291	Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	Gestão da Doença   Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
387	Proporção de utentes com melhorias funcionais	Gestão da Doença   Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
388	Prop. utentes c/ melhoria no controlo de sintomas	Gestão da Doença   Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
367	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	Gestão da Doença   Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
341	Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica
276	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais	Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica
278	Propor. medicam. prescr. de classes com genéricos	Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica
255	Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica
257	Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica
259	Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica
409	Prop ute s/ prescr prolo ansio/seda/hipn (ajust)	Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica
378	Propor. PVP medicam. prescr. MF contexto privado	Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica
354	Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	Qualificação da Prescrição   Prescrição MCDT
300	Nº médio prescr. consulta fisioterapia, p/ utiliz.	Qualificação da Prescrição   Prescrição MCDT
391	Score dimensão "melhoria cont. qualid. acesso"	Melhoria Contínua da Qualidade   Acesso
338	Score organiz. acesso consultas não presenciais	Melhoria Contínua da Qualidade   Acesso
428	Score dimensão "segurança de utentes"	Segurança   Segurança de Utentes
430	Score dimensão "centralidade no cidadão"	Centralidade no Cidadão   Centralidade no Cidadão
393	Score dimensão "formação equipa multiprofis."	Formação Interna   Formação Interna
394	Score dimensão "formação internos e alunos"	Formação Interna   Formação Interna

**7.15 ANEXO XV – MONITORIZAÇÃO DOS ACES - INDICADORES ASSOCIADOS ÀS DIMENSÕES DA MATRIZ MULTIDIMENSIONAL SEM IMPACTO NO CÁLCULO DO IDG**

<b>ID Indicador</b>	<b>Designação Indicador</b>	<b>Subárea   Dimensão</b>
2	Taxa de utilização global de consultas médicas	Acesso   Cobertura ou Utilização
100	Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos	Acesso   Cobertura ou Utilização
92	Proporção hipocoagulados controlados na unidade	Acesso   Cobertura ou Utilização
343	Proporção de chamadas telefônicas atendidas	Acesso   Atendimento Telefônico
385	Propor. doentes referenc. p/ hosp. devolvidos	Acesso   Tempos Máximos de Resposta Garantidos
386	Tempo médio resolução referências devolvidas	Acesso   Tempos Máximos de Resposta Garantidos
405	Propor. cons. médic. "do dia" efet. UF diferente	Acesso   Consulta no Próprio Dia
412	[Cons. dia UF inscr.] / ([cons. dia] + [urgênc.])	Acesso   Consulta no Próprio Dia
57	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
15	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
14	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
16	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
59	Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
17	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
31	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
32	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
93	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
94	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	Gestão da Saúde   Saúde Infantil e Juvenil
267	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
10	Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
9	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
296	Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
270	Índice de acompanham. adequado em saúde materna	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
307	Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
309	Proporção grávidas com ecografia 3º trimestre	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
371	Proporção de grávidas com parto por cesariana	Gestão da Saúde   Saúde da Mulher
33	Proporção utentes > 14A, c/ IMC últimos 3 anos	Gestão da Saúde   Saúde do Adulto
271	Índice de acompanhamento adequado utentes DM	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
35	Proporção DM com exame pés último ano	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus



<b>ID Indicador</b>	<b>Designação Indicador</b>	<b>Subárea   Dimensão</b>
265	Percent. DM vigiado, c/ registo risco úlcera pé	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
266	Percent. DM vigiados, c/ úlcera ativa no pé	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
38	Proporção DM c/ 1 HbA1c por semestre	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
91	Proporção DM < 65 A, c/ HbA1c <= 6,5 %	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
313	Proporção DM < 75A c/ última HbA1c > 8,0%	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
413	Propor. DM2 c/ e HbA1c > 9%, com insulina	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
97	Proporção DM c/ microalbum. último ano	Gestão da Doença   Diabetes Mellitus
272	Índice de acompanham. adequado de hipertensos	Gestão da Doença   Hipertensão Arterial
19	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	Gestão da Doença   Hipertensão Arterial
316	Proporção hipert. [18; 65[A, com PA < 140/90	Gestão da Doença   Hipertensão Arterial
277	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A	Gestão da Doença   Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
289	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	Gestão da Doença   Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
68	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica
379	Propor. PVP medicam. prescr. MF em UF diferentes	Qualificação da Prescrição   Prescrição Farmacoterapêutica
298	Desp. MCDT fat. util. SNS s/ fisia. (pr. conven.)	Qualificação da Prescrição   Prescrição MCDT
299	Desp. MCDT fisiat. fat. util. SNS (pr. conven.)	Qualificação da Prescrição   Prescrição MCDT

**7.16 ANEXO XVI – INDICADORES - INTERVALOS ESPERADOS E VARIAÇÃO ACEITÁVEL**

<b>ID Indicador</b>	<b>Nome Indicador</b>	<b>Int var. Aceitável_2020 e 2021</b>	<b>Int. Esperado 2020 e 2021</b>
1	Proporção de consultas realizadas pelo MF	[75; 92]	[78; 90]
2	Taxa de utilização global de consultas médicas	[65; 90]	[70; 85]
3	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	[12; 40]	[18; 35]
5	Proporção de consultas realizadas pelo EF	[65; 92]	[70; 88]
6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	[80; 100]	[85; 100]
8	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	[45; 100]	[60; 100]
9	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	[30; 80]	[42; 75]
10	Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	[35; 65]	[45; 55]
11	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	[70; 100]	[75; 100]
14	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	[85; 100]	[95; 100]
15	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	[30; 100]	[50; 100]
16	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	[65; 100]	[70; 100]
17	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	[65; 100]	[70; 100]
18	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	[70; 100]	[80; 100]
19	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	[65; 100]	[75; 100]
20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	[50; 100]	[67; 100]
23	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	[70; 100]	[80; 100]
30	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	[40; 100]	[50; 100]
31	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	[85; 100]	[90; 100]
32	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	[85; 100]	[90; 100]
33	Proporção utentes > 14A, c/ IMC últimos 3 anos	[60; 92]	[66; 88]
34	Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	[45; 100]	[55; 100]
35	Proporção DM com exame pés último ano	[80; 100]	[85; 100]
36	Proporção utentes DM com registo de GRT	[75; 100]	[85; 100]
37	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	[75; 100]	[85; 100]
38	Proporção DM c/ 1 HbA1c por semestre	[70; 100]	[75; 100]
39	Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	[50; 100]	[60; 100]
40	Proporção DM c/ exame oftalmológico último ano	[50; 100]	[60; 100]
44	Proporção mulheres [50; 70[ A, c/ mamogr. (2 anos)	[50; 85]	[57; 80]

ID Indicador	Nome Indicador	Int var. Aceitável_2020 e 2021	Int. Esperado 2020 e 2021
45	Prop. mulheres [25;60][A, c/ rastr. C. Colo út.	[47; 100]	[52; 100]
46	Proporção utentes [50; 75][A, c/ rastreio cancro CR	[47; 100]	[52; 100]
49	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	[40; 100]	[60; 100]
53	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	[60; 100]	[66; 100]
54	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	[55; 100]	[70; 100]
57	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	[90; 100]	[95; 100]
59	Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	[90; 100]	[95; 100]
62	Propor. crianças 1A, c/ aleit. mat. exclus. até 4M	[48; 100]	[60; 100]
63	Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	[70; 100]	[80; 100]
68	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	[115; 160]	[115; 155]
91	Proporção DM < 65 A, c/ HbA1c <= 6,5 %	[25; 70]	[30; 55]
92	Proporção hipocoagulados controlados na unidade	[50; 100]	[60; 100]
93	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	[95; 100]	[95; 100]
94	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	[95; 100]	[95; 100]
95	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	[95; 100]	[95; 100]
97	Proporção DM c/ microalbum. último ano	[75; 100]	[80; 100]
98	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	[85; 100]	[92; 100]
99	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	[70; 100]	[75; 100]
100	Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos	[86; 100]	[91; 97]
255	Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	[0; 10]	[0; 8]
257	Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	[0; 6]	[0; 5]
259	Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	[0; 6]	[0; 4.5]
261	Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	[75; 100]	[85; 100]
262	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	[35; 100]	[45; 100]
265	Percent. DM vigiado, c/ registo risco úlcera pé	[50; 100]	[60; 100]
266	Percent. DM vigiados, c/ úlcera ativa no pé	[0; 9]	[0; 6]
267	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF	[0.55; 1]	[0.6; 1]
269	Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano	[0.8; 100]	[0.85; 100]
270	Índice de acompanham. adequado em saúde materna	[0.55; 1]	[0.6; 1]
271	Índice de acompanhamento adequado utentes DM	[0.55; 1]	[0.6; 1]

ID Indicador	Nome Indicador	Int var. Aceitável_2020 e 2021	Int. Esperado 2020 e 2021
272	Índice de acompanham. adequado de hipertensos	[0.55; 1]	[0.6; 1]
274	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	[75; 100]	[85; 100]
275	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	[60; 100]	[70; 100]
276	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais	[0; 33]	[0; 28]
277	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A	[18; 100]	[25; 100]
278	Propor. medicam. prescr. de classes com genéricos	[50; 90]	[60; 80]
279	Proporção VD enfermagem fim-de-semana e feriado	[6; 30]	[10; 30]
280	Proporção ute. aval. equi. multip. prim. 48h	[60; 100]	[80; 100]
281	Número médio visitas domic. por utente, por mês	[9; 31]	[12; 31]
282	Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar	[20; 100]	[45; 100]
283	Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar	[15; 100]	[35; 100]
284	Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos	[60; 100]	[70; 100]
285	Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão	[85; 100]	[93; 100]
287	Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	[0; 9]	[0; 5]
289	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	[50; 100]	[65; 100]
290	Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."	[45; 100]	[60; 100]
291	Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	[0; 15]	[0; 10]
292	Taxa de ocupação da ECCI	[70; 100]	[80; 100]
293	Tempo médio de permanência em ECCI	[15; 150]	[30; 120]
294	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	[350; 1500]	[475; 1500]
295	Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	[70; 100]	[75; 100]
296	Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	[20; 100]	[35; 100]
297	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	[77; 100]	[80; 100]
298	Desp. MCDT fat. util. SNS s/ fisia. (pr. conven.)	[10; 55]	[15; 50]
299	Desp. MCDT fisiat. fat. util. SNS (pr. conven.)	[0; 18]	[0; 12]
300	Nº médio prescr. consulta fisioterapia, p/ utiliz.	[0; 0.125]	[0; 0.1]
302	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	[0.8; 100]	[0.85; 100]
306	Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	[9; 100]	[12; 100]
307	Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	[70; 100]	[75; 100]
308	Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	[72; 100]	[80; 100]

ID Indicador	Nome Indicador	Int var. Aceitável_2020 e 2021	Int. Esperado 2020 e 2021
309	Proporção grávidas com ecografia 3º trimestre	[40; 100]	[45; 100]
310	Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	[0.65; 1]	[0.72; 1]
311	Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	[0.45; 1]	[0.55; 1]
312	Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	[0.33; 1]	[0.4; 1]
313	Proporção DM < 75A c/ última HbA1c > 8,0%	[0; 9]	[0; 7.5]
314	Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg	[0; 20]	[0; 15]
315	Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	[35; 100]	[45; 100]
316	Proporção hipert. [18; 65[A, com PA < 140/90	[30; 100]	[40; 100]
329	Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT	[40; 100]	[60; 100]
330	Índice de utilização anual de consultas médicas	[0.8; 2]	[0.85; 2]
331	Índice de utilização anual de consultas enferm.	[0.7; 2]	[0.75; 2]
335	Prop. cons. ind. receit. c/ resposta 3 dias úteis	[80; 100]	[85; 100]
339	Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	[0; 70]	[0; 50]
341	Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	[70; 135]	[70; 130]
342	Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	[60; 100]	[65; 100]
343	Proporção de chamadas telefônicas atendidas	[100; 70]	[100; 60]
344	Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	[15; 45]	[20; 35]
345	Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	[15; 60]	[20; 50]
346	Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11[h (Q1)	[15; 37.5]	[20; 35]
347	Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14[h (Q2)	[20; 35]	[22.5; 32.5]
348	Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17[ (Q3)	[20; 35]	[22.5; 32.5]
349	Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20]h (Q4)	[10; 35]	[15; 25]
350	Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	[120; 570]	[120; 350]
351	Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	[120; 350]	[120; 350]
352	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	[50; 90]	[50; 85]
353	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	[50; 100]	[50; 95]
354	Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	[25; 47.5]	[25; 42.5]
355	Taxa internam. p/ asma adultos jovens (ajust.)	[0; 3.5]	[0; 2]
356	Taxa internam. p/ asma/DPOC em adultos (ajust.)	[0; 165]	[0; 140]
357	Taxa intern. diab. não contr. s/ compl. (ajus.)	[0; 25]	[0; 20]

<b>ID Indicador</b>	<b>Nome Indicador</b>	<b>Int var. Aceitável_2020 e 2021</b>	<b>Int. Esperado 2020 e 2021</b>
358	Taxa intern. por complic. agudas diab. (ajust.)	[0; 25]	[0; 20]
359	Taxa intern. por complic. crón. diab. (ajust.)	[0; 47]	[0; 42]
360	Taxa intern. p/ amp. membro inf. diab. (ajust.)	[0; 13]	[0; 10]
361	Taxa de internamento por HTA (ajust.)	[0; 26]	[0; 20]
362	Taxa de internamento por ICC (ajust.)	[0; 265]	[0; 255]
363	Taxa de intern. por pneumonia adultos (ajust.)	[0; 400]	[0; 365]
364	Taxa de internamento por angina peito (ajust.)	[0; 23]	[0; 15]
365	Taxa internam. evitáveis popul. adulta (ajust.)	[0; 900]	[0; 800]
366	Proporção de grávidas com intervenção da UCC	[20; 100]	[35; 100]
367	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	[45; 100]	[65; 100]
368	Proporção de crianças e jovens com interv. da UCC	[15; 100]	[35; 100]
369	Proporção de consultas não presenciais na UCC	[9; 25]	[12; 25]
370	Proporção de crianças com amamentação exclusiva 6M	[15; 100]	[20; 100]
371	Proporção de grávidas com parto por cesariana	[15; 30]	[15; 25]
372	Taxa de intern. por fratura do colo do fémur	[0; 810]	[0; 550]
373	Prop. utentes c/ asma/DPOC e intervenção na UCC	[6; 100]	[13; 100]
374	Taxa intern. asma/DPOC entre doentes c/ asma/DPOC	[0; 2.5]	[0; 1.6]
375	Proporção de RN de termo, de baixo peso	[0; 5]	[0; 3]
376	Prop. utentes c/ ganho gestão stress prest. cuid.	[20; 100]	[50; 100]
377	Proporção úlceras pressão melhoradas	[15; 100]	[30; 100]
378	Propor. PVP medicam. prescr. MF contexto privado	[0; 1]	[0; 0.6]
379	Propor. PVP medicam. prescr. MF em UF diferentes	[0; 1]	[0; 0.6]
380	Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.	[70; 100]	[80; 100]
381	Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	[70; 100]	[80; 100]
382	Prop. adultos com DM, com diagn.	[95; 100]	[97; 100]
383	Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	[85; 100]	[90; 100]
384	Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	[85; 100]	[90; 100]
385	Propor. doentes referenc. p/ hosp. devolvidos	[0; 5]	[0; 3]
386	Tempo médio resolução referenciações devolvidas	[0; 10]	[0; 7]
387	Proporção de utentes com melhorias funcionais	[45; 100]	[70; 100]

<b>ID Indicador</b>	<b>Nome Indicador</b>	<b>Int var. Aceitável_2020 e 2021</b>	<b>Int. Esperado 2020 e 2021</b>
388	Prop. utentes c/ melhoria no controlo de sintomas	[40; 100]	[65; 100]
395	Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	[60; 100]	[70; 100]
397	Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1 ano	[15; 100]	[22; 100]
398	Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ºT	[40; 100]	[60; 100]
404	Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M	[40; 10000]	[60; 10000]
405	Propor. cons. médic. "do dia" efet. UF diferente	[0; 2]	[0; 1]
409	Prop ute s/ prescr prolo ansio/seda/hipn (ajust)	[90; 100]	[91.5; 100]
410	Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospit.	[0; 3.6]	[0; 3.3]
412	[Cons. dia UF inscr.] / ([cons. dia] + [urgênc.])	[60; 85]	[67.5; 85]

Nota: O Bilhetes de Identidade dos Indicadores, para o ano de 2021, encontram-se disponíveis na RIS, através do URL: <https://sdm.min-saude.pt/BI.aspx?id=100&clusters=S>, devendo substituir-se o "100" pelo ID do indicador pretendido.

## ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16, Avenida do Brasil, 53

1700-063 LISBOA | Portugal



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

[WWW.ACSS.MIN-SAUDE.PT](http://WWW.ACSS.MIN-SAUDE.PT)