



INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

## **Cuidados de Saúde Primários como Ferramenta de Promoção de Sustentabilidade**

Ana Margarida Cunha e Sousa Ribeiro da Silva

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadoras:

Professora Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento, Professora Associada,  
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Professora Doutora Cláudia Isabel Rego Gonçalves Vajão da Cruz Dias,  
Investigadora Associada, DINÂMIA'CET,  
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2025



BUSINESS  
SCHOOL

---

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

**Cuidados de Saúde Primários como Ferramenta de Promoção de Sustentabilidade**

Ana Margarida Cunha e Sousa Ribeiro da Silva

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadoras:

Professora Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento, Professora Associada,  
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Professora Doutora Cláudia Isabel Rego Gonçalves Vajão da Cruz Dias,  
Investigadora Associada, DINÂMIA'CET,  
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2025

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer em primeiro lugar à Professora Generosa do Nascimento, pelo incentivo e pela esperança no caminho percorrido. À Professora Cláudia Vajão pela preciosa orientação na avaliação e análise dos dados, e por me ajudar a lembrar que os números são de facto divertidos. O apoio e orientação de ambas foi fundamental.

Aos meus colegas de Medicina Geral e Familiar, por partilharem o caminho, e pelo trabalho que desempenham com coragem, mesmo na adversidade, tentando criar todos os dias valor em saúde.

Aos utentes que servimos, porque apesar das dificuldades e distrações do caminho, é para eles o nosso trabalho.

Aos meus pais e avós, pelo incentivo e acompanhamento ao longo de todo o meu percurso.



## **Resumo**

O conceito de sustentabilidade tem vindo a assumir crescente relevância no sector da saúde, onde se torna cada vez mais urgente garantir um sistema de cuidados acessível, equitativo e eficiente. O envelhecimento da população, a maior prevalência de doenças crónicas e os custos crescentes associados aos cuidados de saúde constituem desafios significativos à continuidade e qualidade do sistema. Neste contexto, os cuidados de saúde primários (CSP) desempenham um papel estratégico, promovendo prevenção, equidade e eficiência e contribuindo para a sustentabilidade económica, social e ambiental.

Este estudo analisa o impacto dos CSP na sustentabilidade do sistema de saúde em Portugal, considerando a evolução das políticas nacionais e os diferentes modelos organizativos. Para tal, foi realizada uma revisão da literatura e um estudo transversal e observacional em duas unidades locais de saúde com características semelhantes, ambas comprometidas com práticas sustentáveis. Os dados, recolhidos da plataforma BI-CSP® para o período 2020-2024, incluíram indicadores financeiros, de gestão da saúde e da doença, selecionados conforme a sua disponibilidade.

Os resultados evidenciam que a atribuição de médico de família parece ser um fator determinante para a sustentabilidade do sistema e para melhores resultados em saúde, superando a tipologia de cuidados. Persistem, contudo, desafios estruturais, nomeadamente a instabilidade do sistema e desigualdades regionais. Assim, o investimento em CSP de qualidade, na formação e a atratividade de profissionais e na cobertura equitativa de médicos de família constitui condição essencial para assegurar um sistema de saúde sustentável e gerador de valor em saúde.

**Palavras-chave:** "Cuidados de Saúde Primários"; "Sustentabilidade"; "Políticas de Saúde"

**Sistema de classificação JEL:** I14; I18



## **Abstract**

The concept of sustainability has gained increasing relevance in the healthcare sector, where it has become ever more urgent to ensure an accessible, equitable, and efficient care system. Population ageing, the growing prevalence of chronic diseases, and rising healthcare costs represent significant challenges to the continuity and quality of the system. In this context, primary healthcare (PHC) plays a strategic role by promoting prevention, equity, and efficiency, thereby contributing to economic, social, and environmental sustainability.

This study examines the impact of PHC on the sustainability of the Portuguese health system, considering the evolution of national policies and different organizational models. A literature review was conducted, followed by a cross-sectional, observational study in two local health units with comparable characteristics, both committed to sustainable practices. Data were collected from the BI-CSP platform for the 2020–2024 period and included financial, health management, and disease management indicators, selected according to their availability.

The findings highlight that the allocation of a family physician appears to be a decisive factor for system sustainability and improved health outcomes, surpassing the influence of care typology. Nevertheless, structural challenges remain, particularly system instability and regional inequalities. Consequently, investment in high-quality PHC, in the training and retention of healthcare professionals, and in equitable coverage of family physicians is an essential condition to ensure a sustainable health system capable of generating value in healthcare.

**Keywords:** *Primary Health Care; Sustainability; Health Policies*

**JEL Classification System:** I14; I18





## **Índice**

<b>Agradecimentos .....</b>	<b>i</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>iii</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>v</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1 - Revisão da Literatura.....</b>	<b>3</b>
1.1. Sustentabilidade em Saúde .....	3
1.2. Cuidados de Saúde e Medicina Geral e Familiar .....	4
1.3. Os Cuidados de Saúde Primários em Portugal .....	6
<b>Capítulo 2 - Metodologia .....</b>	<b>9</b>
2.1. Método.....	9
2.2. População ou Amostra .....	9
2.3. Técnicas de Recolha de Dados.....	9
2.4. Técnicas de Análise de Dados.....	10
<b>Capítulo 3 - Resultados e Discussão .....</b>	<b>11</b>
3.1. Caracterização da ULS Loures-Odivelas .....	11
3.2. Caracterização da ULS do Médio Ave.....	12
3.3. Análise e Discussão dos Dados.....	13
<b>Conclusão.....</b>	<b>33</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>35</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>37</b>
Anexo A .....	37
Anexo B.....	38



## **Índice de Figuras**

<i>Figura 1- caracterização da ULS Loures-Odivelas Fonte: BI-CSP®, maio 2025 .....</i>	<b>11</b>
<i>Figura 2- caracterização da ULS do Médio Ave Fonte: BI-CSP®, maio 2025 .....</i>	<b>12</b>



## Índice de Gráficos

Gráfico 1- média da despesa medicamentos faturados por utilizador .....	13
Gráfico 2- média da taxa anual ajustada de episódios de urgências hospitalares .....	14
Gráfico 3- média da taxa anual ajustada de utilização frequente de urgência hospitalar .....	14
Gráfico 4- média da taxa anual ajustada de utilização muito frequente de urgências hospitalares....	14
Gráfico 5- média da proporção de diabéticos com acompanhamento adequado.....	15
Gráfico 6- média do índice de acompanhamento adequado de utentes com diabetes mellitus .....	16
Gráfico 7- média da proporção de utentes com diabetes mellitus com última glicada<8%.....	16
Gráfico 8- média da proporção hipertensos com acompanhamento adequado .....	17
Gráfico 9- média do índice de acompanhamento adequado de hipertensos.....	17
Gráfico 10- média do índice de acompanhamento adequado em PF nas mulheres em idade fértil.....	18
Gráfico 11- média do índice de acompanhamento adequado em saúde materna.....	18
Gráfico 12- média do índice de acompanhamento adequado de saúde infantil no 2ºano de vida .....	19
Gráfico 13- média da proporção de recém-nascidos de termo de baixo peso .....	20
Gráfico 14- média da despesa medicamentos faturados por utilizador na ULS Loures-Odivelas.....	21
Gráfico 15- média da despesa medicamentos faturados por utilizador na ULS do Médio Ave .....	21
Gráfico 16- média da taxa anual ajustada de episódios de urgências hospitalares na ULS Loures-Odivelas .....	22
Gráfico 17- média da taxa anual ajustada de episódios de urgências hospitalares na ULS do Médio Ave .....	22
Gráfico 18- média da taxa anual ajustada de utilização frequente de urgência hospitalar na ULS Loures-Odivelas .....	22
Gráfico 19- média da taxa anual ajustada de utilização frequente de urgência hospitalar na ULS do Médio Ave.....	23
Gráfico 20- média da taxa anual ajustada de utilização muito frequente na ULS Loures-Odivelas .....	23
Gráfico 21- média da taxa anual ajustada de utilização muito frequente de urgência hospitalar na ULS do Médio Ave.....	23
Gráfico 22- média da proporção de DM com acompanhamento adequado na ULS Loures-Odivelas..	24
Gráfico 23- média da proporção de DM com acompanhamento adequado na ULS do Médio Ave .....	24
Gráfico 24- média do índice de acompanhamento adequado de utentes com DM na ULS Loures-Odivelas .....	25
Gráfico 25- média do índice de acompanhamento adequado de utentes com DM na ULS do Médio Ave .....	25
Gráfico 26- média da proporção de utentes com DM última glicada<8% na ULS Loures-Odivelas.....	25

<i>Gráfico 27- média da proporção de utentes com DM última glicada&lt;8% na ULS do Médio Ave .....</i>	<i>26</i>
<i>Gráfico 28- média da proporção HTA com acompanhamento adequado na ULS Loures-Odivelas .....</i>	<i>26</i>
<i>Gráfico 29- média da proporção HTA com acompanhamento adequado na ULS do Médio Ave .....</i>	<i>26</i>
<i>Gráfico 30- média do índice de acompanhamento adequado de HTA na ULS Loures-Odivelas .....</i>	<i>27</i>
<i>Gráfico 31- média do índice de acompanhamento adequado de HTA na ULS do Médio Ave .....</i>	<i>27</i>
<i>Gráfico 32- média do índice de acompanhamento adequado em PF nas mulheres em idade fértil na ULS Loures-Odivelas .....</i>	<i>28</i>
<i>Gráfico 33- média do índice de acompanhamento adequado em PF nas mulheres em idade fértil na ULS do Médio Ave.....</i>	<i>28</i>
<i>Gráfico 34- média do índice de acompanhamento adequado em SM na ULS Loures-Odivelas .....</i>	<i>29</i>
<i>Gráfico 35- média do índice de acompanhamento adequado em SM na ULS do Médio Ave.....</i>	<i>29</i>
<i>Gráfico 36- média do índice de acompanhamento adequado de saúde infantil no 2º ano de vida na ULS Loures-Odivelas .....</i>	<i>29</i>
<i>Gráfico 37- média do índice de acompanhamento adequado de saúde infantil no 2º ano de vida na ULS do Médio Ave.....</i>	<i>30</i>
<i>Gráfico 38- média da proporção de recém-nascidos termo de baixo peso na ULS Loures-Odivelas; ...</i>	<i>30</i>
<i>Gráfico 39- média da proporção de recém-nascidos termo de baixo peso na ULS do Médio Ave.....</i>	<i>31</i>

## **Glossário de Siglas**

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

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

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DM – Diabetes Mellitus

E.P.E – Entidade Pública Empresarial

EUA – Estados Unidos da América

FL – Indicador Flutuante

HTA – Hipertensão Arterial

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial da Saúde

PF – Planeamento Familiar

RN – recém-nascidos

SM – Saúde Materna

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

USF-AN – Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar





## **Introdução**

Nas últimas décadas, o conceito de sustentabilidade tem ganho relevância em diversos setores, incluindo o da saúde, onde as necessidades em promover um sistema de cuidados acessível, equitativo e eficaz se tornam cada vez mais urgentes (Mortimer, Isherwood, Wilkinson, & Vaux, 2018). O envelhecimento da população, o aumento da prevalência de doenças crónicas e os crescentes custos associados aos cuidados médicos, torna um desafio garantir a continuidade e a qualidade do sistema de saúde. Nesse contexto, os cuidados de saúde primários (CSP) desempenham um papel crucial, uma vez que são, na maioria dos casos, o primeiro contacto com o sistema de saúde, estando dotados de uma abordagem preventiva e integrada dos problemas de saúde. Esta abordagem procura atuar diretamente nos determinantes de saúde, entre estes determinantes sociais, económicos e ambientais (Kruk, 2018).

Esta dissertação visa investigar como os cuidados de saúde primários em Portugal podem contribuir para a sustentabilidade do sistema de saúde, através da análise das políticas adotadas e os impactos observados. Ao identificar oportunidades e barreiras, este estudo tem como objetivo fornecer pontos de vista para um sistema de saúde mais sustentável, capaz de responder aos desafios futuros e, em última instância, melhorar a qualidade de vida e de saúde da população.

O tema central é "Cuidados de Saúde Primários como ferramenta de promoção de Sustentabilidade" e engloba a avaliação de políticas de saúde e o papel dos cuidados primários na promoção de um sistema de saúde sustentável, através de análise exploratória da ULS Loures-Odivelas e da ULS do Médio Ave, de modo a entender o papel dos cuidados de saúde primários como ferramenta para a sustentabilidade do sistema de saúde. As duas unidades locais de saúde selecionadas apresentam o conceito de sustentabilidade como parte integrante da sua missão ou como objetivo estratégico. Adicionalmente apresentam contextos geográficos semelhantes, nomeadamente uma densidade populacional semelhante e localizarem-se na periferia de grandes centros distritais.

Os objetivos da presente dissertação são compreender como os cuidados de saúde primários podem contribuir para uma melhor sustentabilidade em saúde nos seus diversos componentes; compreender como as políticas de saúde têm evoluído para promover uma maior sustentabilidade em saúde; assinalar variações regionais que se possam verificar, assim como verificar variações entre tipologias diferentes organizacionais nos cuidados de saúde primários (unidades de cuidados de saúde personalizados comparativamente a unidades de saúde familiar).

Desta forma, o presente documento encontra-se estruturado em três capítulos: "Capítulo 1 – Revisão da Literatura" em que é realizado um sumário da literatura relativa ao conceito de

sustentabilidade em saúde, os cuidados de saúde em Portugal e os cuidados de saúde primários em Portugal; “Capítulo 2 – Metodologia” onde é apresentado o tema, a população em estudo, as técnicas de recolha e análise de dados; “Capítulo 3 – Resultados e Discussão”, onde se caracteriza a ULS Loures-Odivelas e a ULS do Médio Ave e são apresentados e discutidos os dados obtidos.

## Capítulo 1 - Revisão da Literatura

### 1.1. Sustentabilidade em Saúde

A sustentabilidade pode ser considerada um domínio da qualidade em saúde, alargando a responsabilidade dos serviços de saúde para com os utentes, não apenas no presente, mas também no futuro. Consiste na capacidade de providenciar cuidados de saúde ao longo do tempo, tendo em consideração as gerações futuras. Esta perspetiva, a longo prazo, tem um impacto no sistema de saúde, no ambiente, na comunidade e na saúde das populações. Uma abordagem baseada na sustentabilidade irá expandir a definição de valor em saúde, abarcando conceitos como o impacto social, ambiental assim como o impacto económico e financeiro (Ghebreyesus, Fore, Birtanov, & Jakab, 2018) (Kruk, 2018) (Mortimer, Isherwood, Wilkinson, & Vaux, 2018).

A sustentabilidade é importante de um ponto de vista prático para manter a qualidade dos cuidados de saúde ao longo do tempo, tendo em conta os constrangimentos financeiros, sociais e ambientais conhecidos; é importante do ponto de vista ético, para proteger as gerações presentes e futuras do impacto dos serviços de saúde nos determinantes de saúde (Mortimer, et al, 2018).

Em 2015, os estados-membros das Nações Unidas adotaram a Agenda 2030 para um Desenvolvimento Sustentável. Esta apresenta dezassete objetivos de desenvolvimento sustentável entre os quais se encontra o objetivo de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar em todos os grupos etários (Objetivo nº 3) (Nações Unidas, 2015). A implementação desta agenda tem sido lenta. Os objetivos de sustentabilidade definidos por esta agenda estão interligados, sendo que a saúde das populações está relacionada com a saúde social, económica e com a saúde do planeta. É importante, portanto, criar parcerias equitativas de modo a aprender de forma recíproca entre diferentes contextos e sectores. Os ganhos em saúde de hoje devem e podem ser alcançados de uma forma a que não tenham um impacto negativo na saúde das gerações futuras (Wanyenze, Alfven, Ndejjo, Viberg, & et al., 2013).

A grande opção estratégica para a saúde em Portugal até 2030 é investir nos determinantes de saúde e bem-estar, pelo reforço dos fatores protetores da saúde e redução dos fatores de risco, sem deixar ninguém para trás (Direcção Geral da Saúde, 2022).

O Sistema de Saúde Baseado em Valor (*Value-Based Healthcare*), conceito desenvolvido por Porter (1985), é um modelo de saúde que prioriza a obtenção dos melhores resultados clínicos para os doentes com foco na eficiência do sistema de saúde, garantindo a qualidade dos cuidados de saúde e sustentabilidade do sistema de saúde. A criação de valor nos cuidados de saúde, é, portanto, enfatizar os resultados de saúde obtidos pelos utentes e organizações ao mesmo tempo que se

mantém uma relação ótima com os custos (Fernández-Salido, Alhambra-Borrás, Casanova, & Garcés-Ferrer, 2024)

Tendo por base este conceito, o valor em saúde está focado para cuidados e resultados centrados no doente, primando cuidados de qualidade, integrados em equipas multidisciplinares, com menores custos (maior eficiência no uso de recursos). Cuidados associados a uma melhoria contínua da prestação de saúde e com uma remuneração baseada no desempenho e não na quantidade de serviços prestados.

Inicialmente as definições de qualidade em saúde eram moldadas pela visão dos profissionais de saúde e dos investigadores em serviços de saúde. Contudo, existiu um reconhecimento crescente acerca da visão e das preferências dos utentes, da população em geral e de outros *stakeholders*.

Segundo a OMS, os sistemas de saúde para serem sistemas de qualidade devem ser: efetivos, ou seja, providenciar cuidados baseados na evidência a quem os procura; seguros, evitando causar danos às pessoas a quem os cuidados são prestados; centrados na pessoa, providenciando cuidados baseados nas necessidades, preferências e valores individuais; de forma a obter os benefícios de sistemas de saúde de qualidade, estes devem ser eficientes, equitativos e integrados (World Health Organization, 2018).

### *1.2. Cuidados de Saúde e Medicina Geral e Familiar*

Um bom nível de saúde e de bem-estar são fundamentais para a prosperidade das sociedades.

Os resultados em saúde têm globalmente melhorado nas últimas décadas, quer nos países de baixo rendimento quer nos países de elevado rendimento. Contudo, os benefícios dos sistemas de saúde modernos não são acessíveis a todos. Apesar da incidência de doenças infecciosas como a tuberculose ou a malária ter reduzido, muitos países sentem dificuldade em lidar com a carga crescente de doenças crónicas de etiologia não infecciosa (como a obesidade, a diabetes ou as doenças cardio e cerebrovasculares), assim como com as necessidades crescentes em saúde de populações cada vez mais envelhecidas (Kruk, 2018).

A Declaração de Alma-Ata em 1978 foi a primeira declaração internacional a reconhecer os cuidados de saúde primários como a principal estratégia para atingir cobertura universal em saúde. Guiados por valores como a equidade, solidariedade e justiça social, os assinantes da declaração de Alma-Ata concordaram que todas as pessoas em todos os países possuem o direito fundamental à saúde, e que os governos dos países são responsáveis por defender este direito.

A visão da declaração de Alma-Ata baseia-se na necessidade de mudar a forma como pensamos acerca de saúde, afastando-nos dos hospitais, dos profissionais e da doença e aproximarmo-nos do

conceito de saúde não apenas como ausência de doença, mas entender a saúde como algo que depende de vários fatores que a influenciam, como fatores sociais, económicos e ambientais. Cerca de 45 anos depois, esta visão encontra-se em grande medida por cumprir, devido em parte por lideranças inadequadas e circunstâncias relacionadas com o sector da saúde (por exemplo, epidemias globais, investimento em cuidados curativos especializados) e outras que ultrapassam o sector da saúde (por exemplo, crises económicas e instabilidade política) (Ghebreyesus, Fore, Birtanov, & Jakab, 2018).

Existe um grande número de novos desafios relacionados com uma nova realidade em saúde. Novas necessidades, expectativas cada vez maiores das populações em relação aos cuidados de saúde e objetivos cada vez mais ambiciosos têm elevado a exigência e o nível dos sistemas de saúde em providenciar cuidados de saúde que resultem em melhores resultados em saúde e maior valor social.

Necessitamos de sistemas de saúde de elevada qualidade para otimizar os cuidados de saúde em cada contexto, providenciando cuidados que melhorem e mantenham a saúde das populações, através da confiança de todos os envolvidos e respondendo às necessidades da população. A qualidade dos cuidados deve ser o centro dos sistemas de saúde (Kruk, 2018).

Décadas de evidência mostram que sistemas de saúde desenvolvidos com base em cuidados de saúde primários fortes têm melhores resultados em saúde a custos mais baixos e conseguem mitigar o impacto de baixas condições económicas na saúde (World Health Organization, 2008). Adicionalmente parece existir uma associação entre o menor recurso a urgências, quer hospitalares, quer básicas, menores taxas de internamento por problemas agudos e menor mortalidade com a prestação regular de cuidados por parte dos cuidados de saúde primários. Estas associações parecem ter uma probabilidade causal (Sandvik, Hetlevik, Blinkenberg, & Hunskaar, 2021).

Uma maior disponibilidade de cuidados de saúde primários mostrou melhorar a satisfação com o sistema de saúde, diminuir a utilização de cuidados hospitalares e diminuir o recurso ao serviço de urgência. Estudos realizados pela OMS, demonstraram que uma maior disponibilidade de cuidados de saúde primários foi associada com maior esperança média de vida, menor taxa de mortalidade infantil e menor mortalidade abaixo dos 5 anos. Adicionalmente, cuidados longitudinais de saúde, como os prestados pelos cuidados de saúde primários, estão independentemente associados com maior satisfação por parte dos utentes, menor utilização de meios complementares de diagnóstico, melhoria da adesão aos cuidados, tempos de internamento mais curtos e melhor reconhecimento por parte dos utentes de problemas comportamentais. Os cuidados de saúde primários oferecem acesso a cuidados preventivos, curativos e de promoção da saúde, o que pode explicar a razão porque países e áreas que apresentam cuidados de saúde primários robustos geralmente apresentam populações mais saudáveis (Rao & Pilot, 2014).

Um estudo de custo-efetividade comparando os Estados Unidos da América (EUA), o Reino Unido e outros 17 países ocidentais concluiu, em termos de input económico vs. output clínico, que o sistema de saúde dos EUA era um dos menos custo-efetivos em reduzir as taxas de mortalidade, enquanto o do Reino Unido era um dos mais custo-efetivos. Apesar deste estudo não explorar as razões destas diferenças, é destacado que no Reino Unido os profissionais da linha da frente conseguiam melhores resultados com menos recursos. O sistema de saúde do Reino Unido, em muitas características semelhante ao sistema português, com cuidados de saúde primários robustos parece ter contribuído, pelo menos em parte, para estes resultados. Contudo, apenas 24% do orçamento do Reino Unido para os cuidados de saúde é dirigido aos cuidados de saúde primários (Pritchard & Wallace, 2011).

Uma liderança efetiva, um sistema de financiamento robusto do sistema de saúde, uma integração da tecnologia com a informação de saúde que assegurem a provisão consistente e adequada de recursos parecem ser componentes fundamentais para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. Um trabalho de revisão mostrou a importância do desenvolvimento profissional contínuo (incluindo a aquisição de novas competências), a implementação de mecanismos efetivos de captação e de retenção de talento e a promoção do bem-estar no local de trabalho como elementos essenciais para desenvolver profissionais dos cuidados de saúde primários resilientes e com formação especializada (Endalamaw, et al., 2024).

### *1.3. Os Cuidados de Saúde Primários em Portugal*

Em Portugal, o decreto-lei n.º 60/2003, de 1 de abril, cria a rede de cuidados de saúde primários. Esta rede foi desenhada para atuar numa área geográfica limitada, agregando recursos e estruturas de gestão, direcionada para as necessidades e expectativas da população. Contudo, os resultados não foram os esperados e, em 2007, começou uma nova fase desta reforma com a criação das unidades de saúde familiar (USF). Estas assumem uma maior proximidade aos utentes, uma maior qualidade dos serviços prestados, assumindo um compromisso interno das equipas. Estas são compostas por equipas multiprofissionais, com autonomia organizacional, funcional e técnica, apoiadas num sistema de gestão baseado na produtividade, acessibilidade e na qualidade.

A atual reforma dos Cuidados de Saúde em Portugal é considerada uma das mais bem-sucedidas reformas dos serviços públicos nas últimas décadas (Correia de Sousa, 2019).

Segundo o relatório do Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde e da OCDE, de 2021, 2023 e 2024, Portugal tem das mais baixas taxas de hospitalizações evitáveis por doenças como são a doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência cardíaca congestiva e diabetes mellitus. Estes dados sugerem uma boa e eficaz gestão das doenças crónicas pelos cuidados de saúde primários em

Portugal (Organisation for Economic Co-operation and Development, Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, 2024).

Contudo, segundo o estudo *O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal*, publicado pela Associação Nacional de USF (USF-AN), os principais problemas encontrados em 2021/2022 foram: a dificuldade em prestar cuidados de saúde à população devido ao elevado rácio de utentes por médico, o elevado número de unidades ponderadas por médico (não tendo em conta a complexidade de cada utente) e a ausência de medidas estruturais que valorizem os Cuidados de Saúde Primários. Tudo isto é agravado por problemas com o recrutamento, mobilidade e substituição de profissionais e aumento do trabalho gerado pela ausência de profissionais; a falta de interoperabilidade entre programas informáticos em uso nas USF e insuficiências dos sistemas de informação; as instalações limitadas; e as dificuldades no relacionamento institucional, entre outras (Biscaia, 2022).

Mais recentemente, em 2023, foi operacionalizada uma nova reforma do Serviço Nacional de Saúde para 2024, alicerçada numa nova organização dos cuidados de saúde. Esta organização está baseada no modelo de Unidades Locais de Saúde (ULS), tendo sido criadas 31 novas ULS perfazendo um total de 39 ULS no território de Portugal continental. As ULS integram numa mesma entidade os cuidados prestados pelos cuidados de saúde primários e pelos hospitais. Cada ULS concentra a organização dos recursos humanos, financeiros e bens materiais, com intuito de facilitar o acesso das pessoas em função das suas necessidades.





## Capítulo 2 - Metodologia

### 2.1. Método

Este trabalho de investigação visa aferir e compreender o papel dos cuidados de saúde primários na promoção da sustentabilidade do sistema de saúde português, avaliando a eficácia das políticas de saúde implementadas, a perceção dos profissionais de saúde e a dos utentes. Trata-se, portanto, de um estudo transversal, observacional, com análise descritiva dos dados (Cataldo, Arancibia, Stojanova, & Papuzinski, 2019). O estudo foi submetido à Comissão de Ética do ISCTE Business School, tendo tido parecer favorável (Anexo A).

### 2.2. População ou Amostra

A amostra trata-se de uma amostra de conveniência, com análise de dados do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários – BI-CSP®, de 479.526 utentes da ULS de Loures-Odivelas e do Médio Ave, no período entre dezembro de 2020 e dezembro de 2024. Os dados pormenorizados relativos à população em estudo serão apresentados em maior detalhe no “Capítulo 3 – Resultados e Discussão” do presente documento.

### 2.3. Técnicas de Recolha de Dados

Foi realizada uma análise documental através de uma revisão narrativa e sistemática da literatura (utilizando os termos MeSH “*sustainability, program*”, “*Health Care Quality Assessment*”, “*Primary Healthcare*”) com foco em artigos e relatórios sobre sustentabilidade, qualidade e eficácia dos cuidados de saúde primários, tendo como fontes bases de dados académicas (PubMed, Scielo, Google Scholar), relatórios de saúde pública e documentos oficiais de organizações de saúde nacionais e internacionais, nomeadamente da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE).

Foi ainda realizada uma recolha de dados da plataforma BI-CSP®, dos dados disponíveis entre fevereiro e maio de 2025, relativos ao período temporal 2020-2024 (período temporal disponível e avaliável na referida plataforma).

Após análise da literatura, dos indicadores existentes na plataforma BI-CSP® e da disponibilidade dos dados nos mesmos na referida plataforma, foram selecionados os seguintes indicadores: “Proporção de Hipertensos com acompanhamento adequado” (2013.025.01 FL); “Proporção de utentes com diabetes mellitus com última glicada <8%” (2013.039.01 FL); “Proporção de utentes com diabetes mellitus com acompanhamento adequado” (2013.043.01 FL); “Despesa medicamentos, faturação por utilizador (valor participado)” (2013.090.01 F); “Índice de acompanhamento adequado em planeamento familiar, na mulher em idade fértil” (2013.267.01 FL); “Índice de

acompanhamento adequado de saúde infantil. infantil no 2º ano de vida” (2013.269.01 FL); “Índice de acompanhamento adequado em saúde materna” (2013.270.01 FL); “Índice de acompanhamento adequado de utentes com diabetes mellitus” (2013.271.01 FL); “Índice de acompanhamento adequado de utentes hipertensos” (2013.272.01 FL); “Proporção de recém-nascidos de termo, de baixo peso” (2017.375.01 FL); “Taxa anual ajustada de episódios de urgência hospitalar” (2018.339.01 FL); “Taxa anual ajustada de utilização frequente de urgências hospitalares” (2018.410.01 FL); “Taxa anual ajustada de utilização. muito frequente de urgências hospitalares” (2018.411.01 FL). O objetivo, definição de cada indicador, assim como as suas regras de cálculo encontram-se explicadas no Anexo B do presente documento, tendo sido estes dados obtidos através do Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização.

A tipologia de indicador selecionado foi a flutuante por ter sido considerada a que melhor reflete a natureza do indicador. Os dados apresentados são relativos ao mês de dezembro de cada ano por se considerar ser o que melhor reflete o desempenho das equipas.

#### *2.4. Técnicas de Análise de Dados*

As técnicas de análise e interpretação dos dados consistiram na utilização de estatística descritiva para analisar indicadores em saúde; na análise comparativa em termos regionais para avaliar a relação entre investimento em cuidados primários e sustentabilidade.

Foram selecionadas para análise, unidades que fazem parte de cada uma das unidades locais de saúde na altura de recolha dos dados, tendo sido eliminadas das análises unidades funcionais criadas durante o período de estudo (2020 a 2024) e que não apresentavam dados relativos aos 5 anos analisados. O mesmo foi realizado em unidades que foram extintas ou que não fazem atualmente parte das unidades locais de saúde (por exemplo, unidades que aquando da criação das ULS passaram a integrar uma diferente ULS). Assim foram selecionadas 13 unidades funcionais da ULS Loures-Odivelas (4 UCSP e 9 USF) e 20 unidades funcionais da ULS do Médio Ave (4 UCSP e 18 USF).

## Capítulo 3 - Resultados e Discussão

### 3.1. Caracterização da ULS Loures-Odivelas

A Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas, E.P.E. agrupa numa mesma missão os cuidados de saúde primários de Loures e Odivelas e os cuidados hospitalares desta região. Compõem esta ULS o Hospital Beatriz Ângelo e os Centros de Saúde que servem todas as freguesias do concelho de Odivelas e das freguesias de Loures, Lousa, Fanhões, Bucelas, Santo Antão e São Julião do Tojal e da União de Freguesias de Santo António dos Cavaleiros e Frielas, do concelho de Loures. Juntas, todas estas unidades garantem a prestação integrada de cuidados de saúde a uma população de 236.156 habitantes. Em maio de 2025 a ULS apresentava 236.156 utentes inscritos (306.787,00 unidades ponderadas), um índice de dependência total de 56,1%, um índice de dependência de jovens de 22,61% e 33,49% de índice de dependência de idosos. Dos utentes inscritos, 137.783 estavam inscritos em unidades de saúde familiar tipo B, 91.614 estavam inscritos em unidades de cuidados de saúde personalizados e 6.752 utentes estavam inscritos na convenção (figura 1).

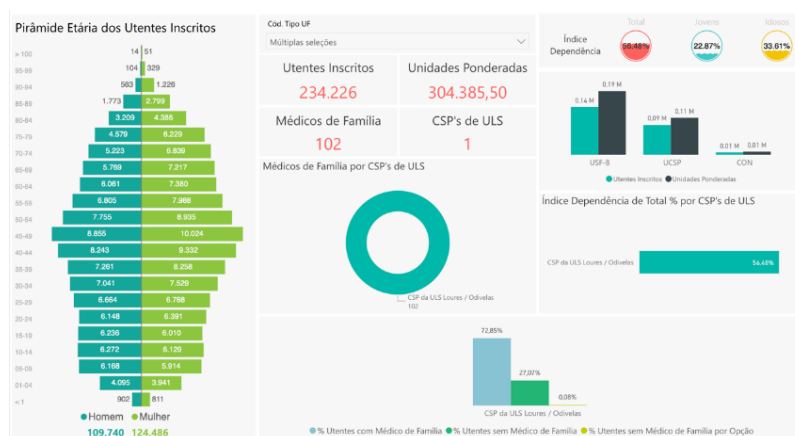


Figura 1- caracterização da ULS Loures-Odivelas

Fonte: BI-CSP®, maio 2025

A nível dos cuidados de saúde primários a ULS Loures-Odivelas é constituída, por 25 unidades funcionais, sendo que destas, 11 são unidades de saúde familiar (USF), 5 unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), 3 unidades de cuidados da comunidade, 1 equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos (ECSCP) e 5 unidades de suporte aos cuidados. 72,04% dos utentes têm médico de família atribuído, 27,81% não têm médico de família atribuído e 0,15% não têm médico de família atribuído por opção.

A ULS Loures-Odivelas (maio de 2025), é constituída em termos de recursos humanos a nível dos cuidados de saúde primários por, 9 assistentes operacionais, 86 assistentes técnicos, 102 médicos de

família, 9 técnicos superiores, 21 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, 3 técnicos superiores de saúde, 188 enfermeiros, 41 profissionais em formação pré-carreira médica e 1 profissional em formação pré-carreira de técnico superior de saúde.

O compromisso com a sustentabilidade é um dos compromissos estratégicos da ULS Loures-Odivelas, tendo por base a promoção da saúde, a prevenção da doença e a gestão responsável dos recursos. Esta visa garantir a qualidade e a equidade de acesso aos serviços de saúde, mas também uma abordagem multidisciplinar para melhorar a qualidade de vida da comunidade em que se insere.

### 3.2. Caracterização da ULS do Médio Ave

A Unidade Local de Saúde do Médio Ave, E.P.E tem por objetivo a prestação de cuidados de saúde, de acordo com o seu grau de diferenciação e o seu posicionamento no contexto do Sistema Nacional de Saúde. A ULS do Médio Ave tem como área de influência os concelhos de Santo Tirso, Trofa e Vila Nova de Famalicão. A Unidade Local de Saúde do Médio Ave, E.P.E. é uma organização que agrega o ex-Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. com os ex-ACeS Santo Tirso/Trofa e de Famalicão.

Em maio de 2025 a ULS apresentava 243.370 utentes inscritos (320.040,50 unidades ponderadas), um índice de dependência total de 53,79%, um índice de dependência de jovens de 17,55% e 36,24% de índice de dependência de idosos. Dos utentes inscritos, 230.782 estavam inscritos em unidades de saúde familiar tipo B e 12.581 estavam inscritos em unidades de cuidados de saúde personalizados (figura 2).

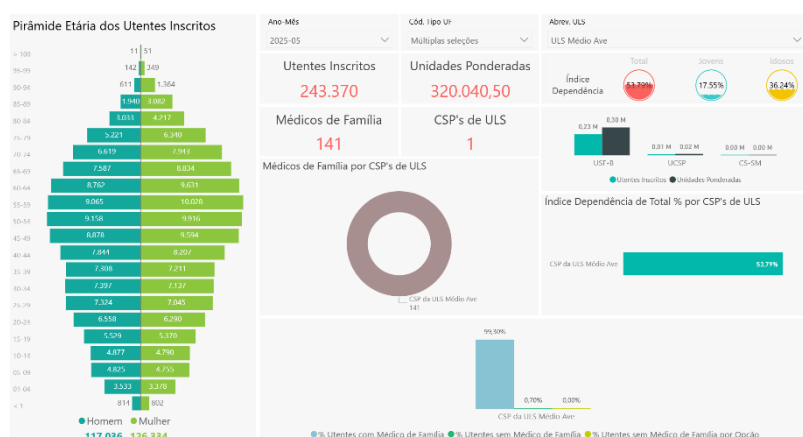


Figura 2- caracterização da ULS do Médio Ave  
Fonte: BICSP®, maio 2025

A nível dos Cuidados de Saúde Primários a ULS Médio Ave é constituída, por 32 unidades funcionais, sendo que destas, 21 são unidades de saúde familiar (USF), 6 unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) e 5 unidades de cuidados da comunidade. 99,30% dos utentes têm

médico de família atribuído, 0,70% não têm médico de família atribuído e 10 utentes não têm médico de família atribuído por opção.

A ULS do Médio Ave (maio de 2025), é constituída em termos de recursos humanos a nível dos Cuidados de Saúde Primários por, 129 assistentes técnicos, 141 médicos de família, 18 técnicos superiores, 11 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, 4 técnicos superiores de saúde, 245 enfermeiros e 60 profissionais em formação pré-carreira médica.

Em termos de sustentabilidade a ULS do Médio Ave tem como missão a promoção da saúde e a prestação de cuidados de saúde de qualidade, centrados na pessoa e na comunidade através de um modelo integrado e sustentável, respeitando a dignidade do cidadão enquanto indivíduo, conciliando uma cultura de desenvolvimento, captação e valorização dos seus profissionais.

### 3.3. Análise e Discussão dos Dados

Ao avaliar os dados obtidos, verifica-se que a ULS do Médio Ave apresenta médias superiores de todos os indicadores avaliados comparativamente a ULS Loures-Odivelas, exceto em indicadores relativos à despesa com medicamentos faturados por utilizador (valor participado) (gráfico 1), na taxa anual ajustada de episódios de urgência hospitalar (gráfico 2), na taxa anual ajustada de utilização frequente de urgências hospitalares (gráfico 3) e taxa anual ajustada de utilização muito frequente de urgências hospitalares (gráfico 4).

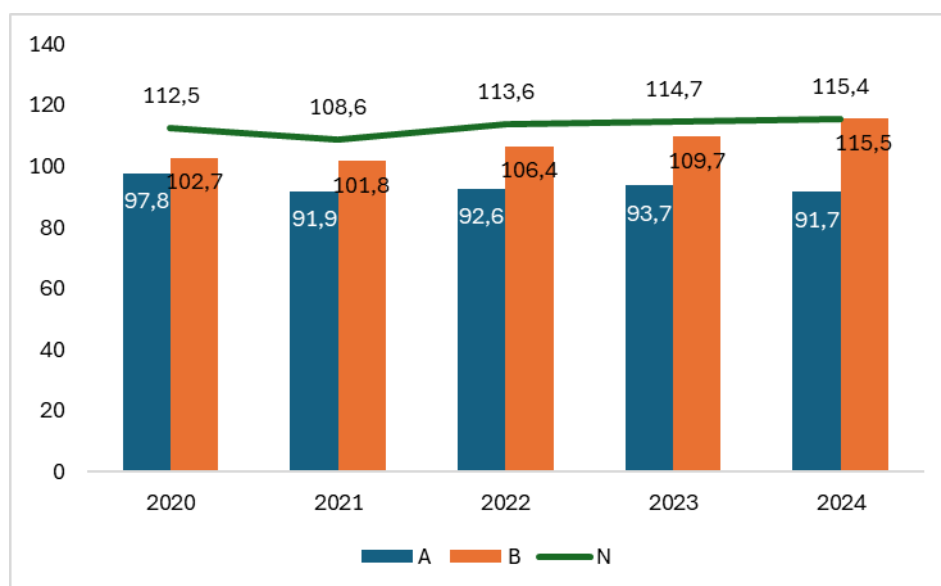


Gráfico 1- média da despesa medicamentos faturados por utilizador. A- ULS Loures-Odivelas; B - ULS do Médio Ave; N – Nacional

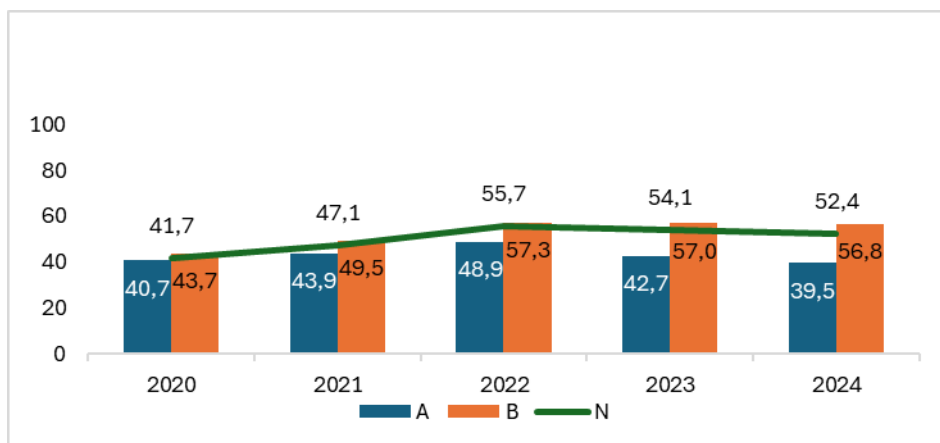


Gráfico 2- média da taxa anual ajustada de episódios de urgências hospitalares; A- ULS Loures-Odivelas; B - ULS do Médio Ave; N – Nacional

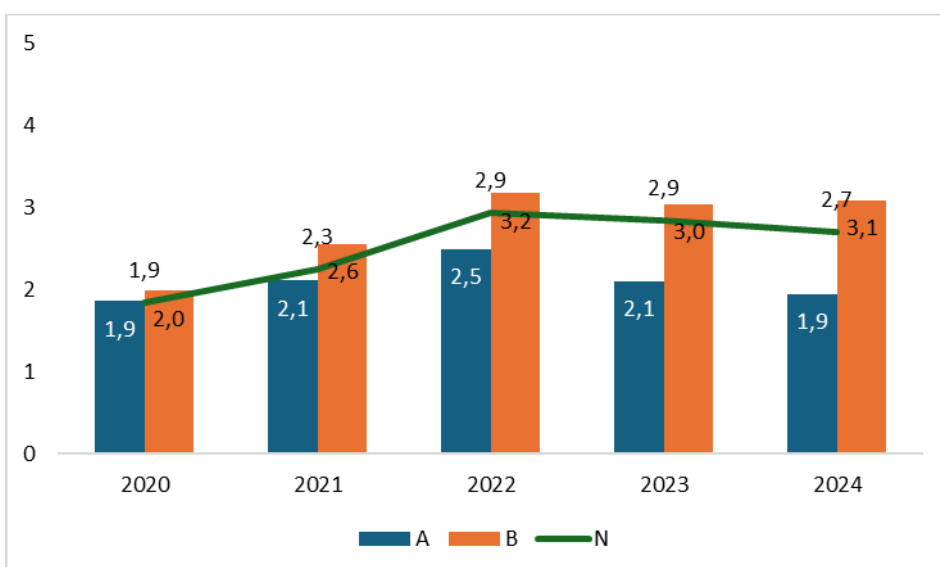


Gráfico 3- média da taxa anual ajustada de utilização frequente de urgência hospitalar; A- ULS Loures-Odivelas; B - ULS do Médio Ave; N – Nacional

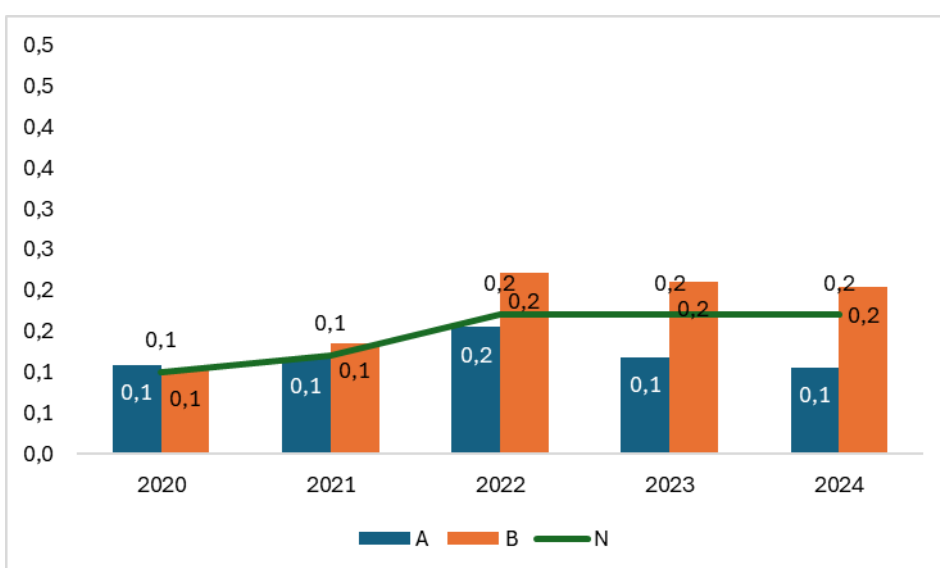


Gráfico 4- média da taxa anual ajustada de utilização muito frequente de urgências hospitalares; A- ULS Loures-Odivelas; B - ULS do Médio Ave; N - Nacional

A ULS do Médio Ave apresenta médias superiores de todos os indicadores comparativamente aos resultados nacionais, exceto no indicador relativo à despesa com medicamentos faturados por utilizador (valor comparticipado). Nos indicadores relativos à taxa anual ajustada de episódios de urgência hospitalar, taxa anual ajustada utilização frequente de urgências hospitalares e taxa anual ajustada de utilização muito frequente de urgências hospitalares a ULS Médio Ave apresenta resultados sobreponíveis às médias nacionais. Em média, a ULS Loures-Odivelas apresenta resultados inferiores à média nacional na maioria dos indicadores exceto no indicador relativo à despesa com medicamentos faturados por utilizador (valor comparticipado) e aos indicadores relacionados com a utilização de urgência hospitalar. De acordo com os tempos médios de espera de urgência disponibilizados pelo ministério de saúde, a ULS do Médio Ave apresenta tempos de espera, na maioria dos casos, inferiores à ULS Loures-Odivelas, o que poderá justificar um maior recurso a este nível de cuidados por parte da população.

A maioria dos indicadores apresentam uma tendência para melhores resultados com a evolução temporal (2020 para 2024) o que pode corresponder à retoma da atividade assistencial de uma forma mais sustentada após a pandemia COVID-19, com uma vigilância mais adequada dos utentes. Avaliando os indicadores relativos à utilização de urgência (gráficos 2,3 e 4) verificou-se uma maior frequência da mesma com a evolução temporal nos três indicadores avaliados. Tal também pode ser justificado pelo efeito da pandemia COVID-19, uma vez que se verificou, de alguma forma uma menor procura dos cuidados de saúde por parte dos utentes motivado pelo receio de contágio de infeção pelo vírus SARS-COV 2.

Seguidamente são apresentados os indicadores relativos à gestão da doença, nomeadamente no que se refere à hipertensão e à diabetes mellitus (gráficos 5, 6, 7, 8 e 9).

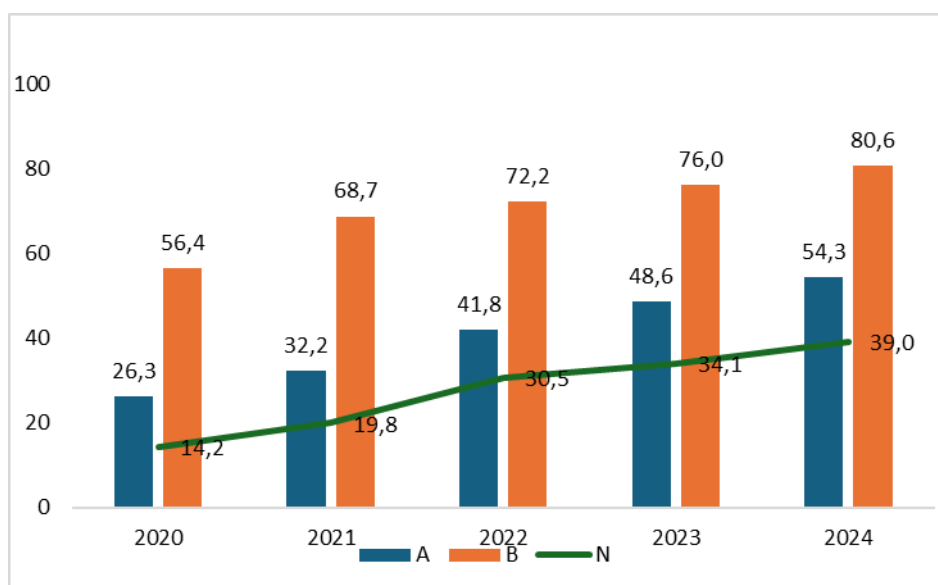


Gráfico 5- média da proporção de diabéticos com acompanhamento adequado; A- ULS Loures-Odivelas; B - ULS do Médio Ave; N – Nacional

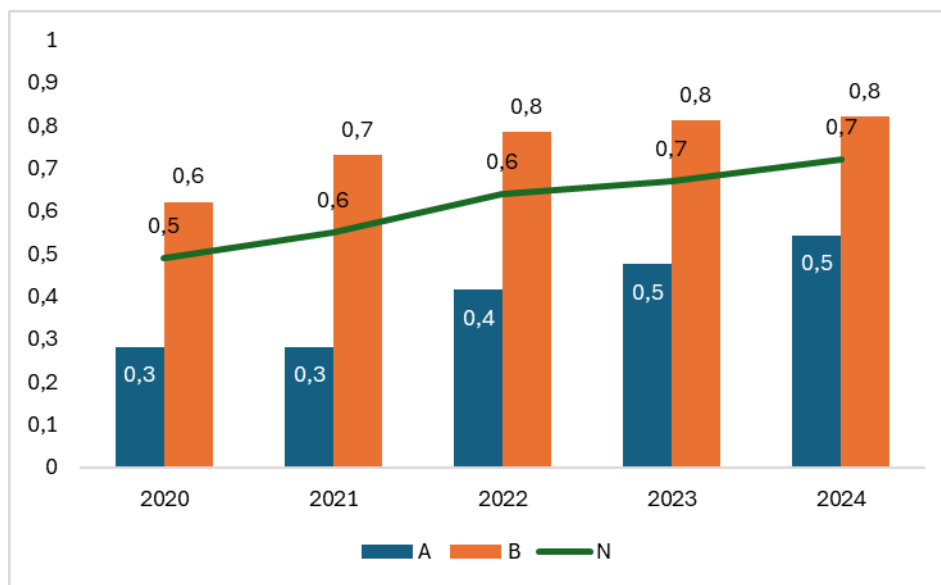


Gráfico 6- média do índice de acompanhamento adequado de utentes com diabetes mellitus; A- ULS Loures-Odivelas; B - ULS do Médio Ave; N – Nacional

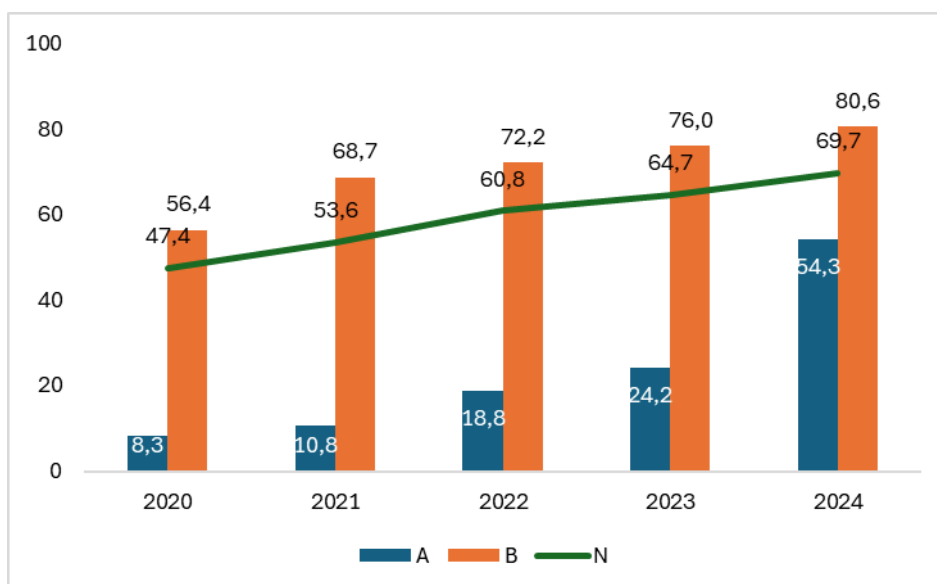


Gráfico 7- média da proporção de utentes com diabetes mellitus com última glicada <8%; A- ULS Loures-Odivelas; B - ULS do Médio Ave; N - Nacional

A ULS do Médio Ave apresenta melhores resultados relativos à diabetes mellitus, quer a nível nacional, quer em comparação com a ULS Loures-Odivelas, nos três indicadores avaliados - proporção de Diabéticos com acompanhamentos adequado (gráfico 5), índice de acompanhamento adequado de utentes com diabetes mellitus (gráfico 6) e proporção de utentes com diabetes mellitus com última hemoglobina glicada inferior a 8% (gráfico 7).

A ULS Loures-Odivelas apresenta resultados superiores aos nacionais na proporção de diabéticos com acompanhamentos adequado (gráfico 5) mas não no índice de acompanhamento adequado de utentes com diabetes mellitus (gráfico 6) e na proporção de utentes com diabetes mellitus com última hemoglobina glicada inferior a 8% (gráfico 7). Os indicadores relativos a índices são indicadores com



primícias mais exigentes (como pode ser observado pelas regras de cálculo descritas no Anexo B) pelo que, tendencialmente, é mais exigente obter melhores resultados, relativamente aos indicadores que avaliam a proporção.

Avaliando os indicadores relativos à hipertensão (gráfico 8 e 9), verifica-se uma tendência semelhante nas duas ULS.

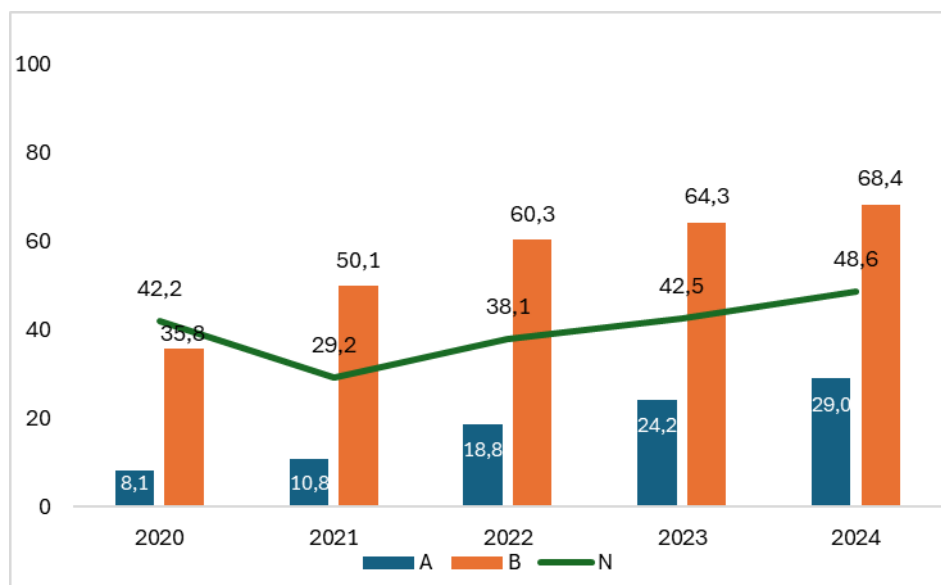


Gráfico 8- média da proporção hipertensos com acompanhamento adequado; A- ULS Loures-Odivelas; B - ULS do Médio Ave; N - Nacional

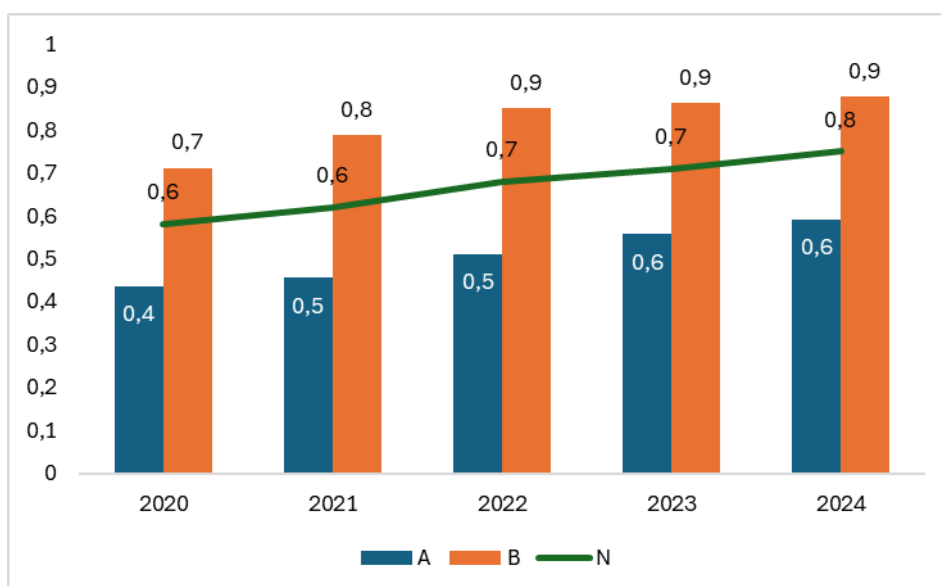


Gráfico 9- média do índice de acompanhamento adequado de hipertensos; A- ULS Loures-Odivelas; B - ULS do Médio Ave; N - Nacional

Contudo, a este nível, a ULS Loures-Odivelas não apresenta resultados superiores aos nacionais na proporção de hipertensos com acompanhamento adequado. Tal pode ser explicado pela maior prevalência de hipertensão relativamente à diabetes mellitus, antevendo uma maior proporção de utentes hipertensos sem médico de família ou equipa de saúde familiar atribuída. Estes indicadores

são particularmente relevantes como reflexo da gestão da doença, visto tratarem-se de patologias com elevada prevalência e que contribuem para comorbilidades e complicações relacionadas com a doença cardiovascular, que constitui a principal causa de morbilidade e mortalidade em Portugal (Organisation for Economic Co-operation and Development, Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, 2024) (Direcção Geral da Saúde, 2022).

Considerando os dados relativos aos indicadores de gestão da saúde, nomeadamente, planeamento familiar, saúde materna e saúde infantil (gráfico 10, 11 e 12).

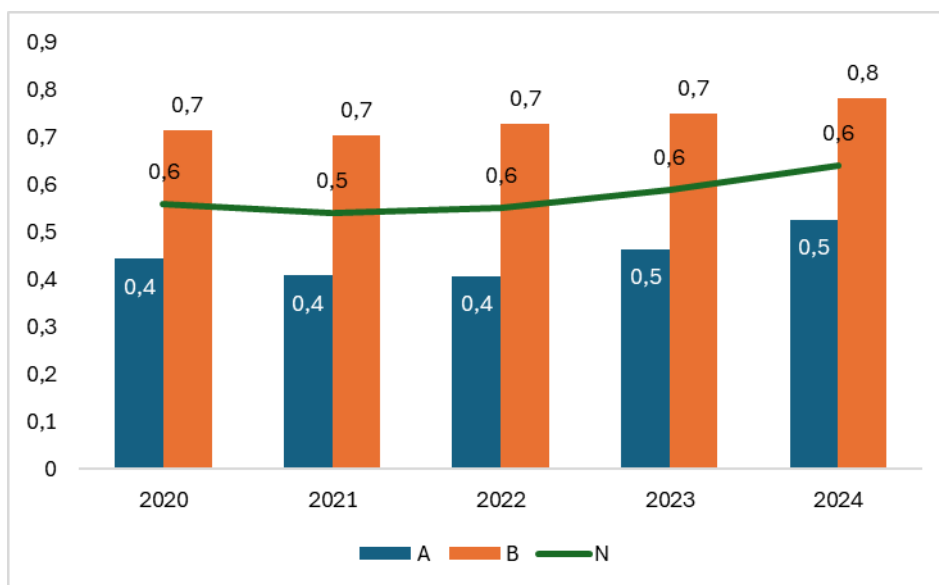


Gráfico 10- média do índice de acompanhamento adequado em planeamento familiar nas mulheres em idade fértil; A- ULS Loures-Odivelas; B - ULS do Médio Ave; N – Nacional

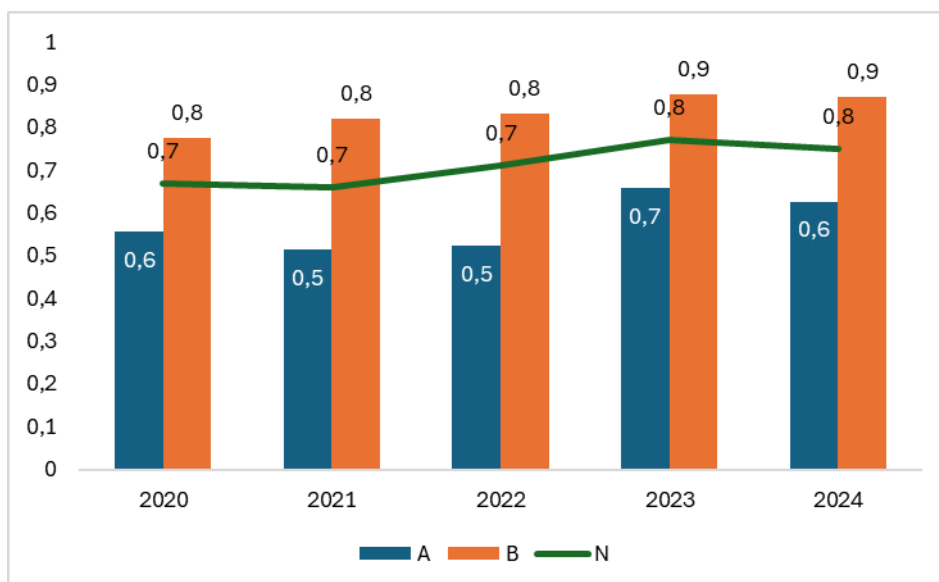


Gráfico 11- média do índice de acompanhamento adequado em saúde materna; A- ULS Loures-Odivelas; B - ULS Médio do Ave; N – Nacional



Gráfico 12- média do índice de acompanhamento adequado de saúde infantil no segundo ano de vida; A- ULS Loures-Odivelas; B - ULS do Médio Ave; N – Nacional

Verifica-se que a ULS do Médio Ave apresenta resultados superiores à média nacional nos indicadores relativos ao índice de acompanhamento adequado em planeamento familiar em mulheres em idade fértil (gráfico 10), ao índice de acompanhamento adequado em saúde materna (gráfico 11), e ao índice de acompanhamento adequado de saúde infantil no segundo ano de vida (gráfico 12), sendo que a ULS Loures Odivelas apresenta um valor inferior. Tal diferença entre ULS pode ser parcialmente explicada pelo maior número de mulheres em idade fértil inscritas na ULS Loures-Odivelas em relação à ULS do Médio Ave (54 762 versus 50 854 mulheres), o que também, em teoria, condiciona um maior número de grávidas e, por sua vez, crianças. O mesmo é comprovado se avaliarmos a taxa bruta de natalidade divulgada pelo Gabinete de Estratégia e Estudos do Governo de Portugal, tendo Odivelas sido o município com maior taxa bruta de natalidade em 2023 (12 nascimentos por mil habitantes, o que correspondeu a 1 844 bebés). As diferenças observadas nestes indicadores também se podem dever ao menor número de médicos de família e consequente maior número de mulheres sem médico de família atribuído na ULS Loures-Odivelas.

Outro indicador avaliado foi a proporção de recém-nascidos de termo de baixo peso (gráfico 13).

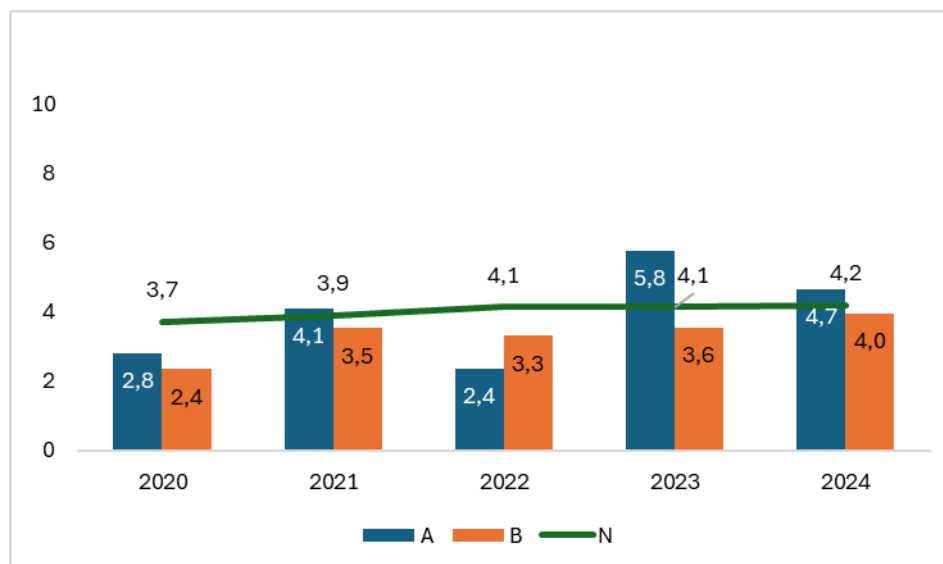


Gráfico 13 -média da proporção de recém-nascidos de termo de baixo peso; A- ULS Loures-Odivelas; B - ULS do Médio Ave; N – Nacional

A este nível a ULS do Médio Ave apresentou melhores valores, sempre com resultados inferiores à média nacional no período de análise. A ULS Loures- Odivelas apresentou valores inferiores à média nacional em 2020 e 2022. Os valores inferiores em 2021 podem ser parcialmente explicados pelos efeitos da pandemia COVID-19, tendo havido um seguimento menos assíduo das mulheres grávidas motivado pelas restrições existentes. De ressaltar, que em janeiro de 2022, o contrato de gestão do então Hospital Beatriz Ângelo extinguiu-se, transitando a gestão clínica de uma gestão de parceria público privada para uma gestão pública. Esta transição de modelo de gestão motivou a reorganização dos serviços com saída de vários profissionais. Esta mudança estrutural poderá ter implicado uma reorganização das consultas com eventual impacto no acompanhamento das mulheres grávidas. De ressaltar que, de acordo com a literatura, fatores relacionados com o Sistema de Saúde, como a taxa de cobertura ou o investimento no sistema público, estão diretamente associados com as taxas de baixo peso à nascença, o que torna este indicador particularmente útil na avaliação dos cuidados prestados e do sistema de saúde (Erasun et al., 2021).

Avaliando as médias dos indicadores selecionados entre unidades funcionais da mesma unidade local de saúde (gráfico 14 ao 39), globalmente, verificam-se melhores resultados em unidades funcionais que correspondem a unidades de saúde familiar comparativamente a unidades de cuidados de saúde personalizados. No entanto esta diferença é mais expressiva na ULS Loures-Odivelas do que na ULS do Médio Ave. Tal pode dever-se à diferença do número de utentes sem médico de família atribuído nestas ULS (65.678 utentes sem médico de família atribuído na ULS Loures-Odivelas comparativamente a 1.703 utentes sem médico de família atribuído na ULS do Médio Ave), sendo que a grande maioria de utentes sem médico de família atribuído encontra-se inscritos em unidades de

cuidados de saúde personalizados (UCSP). Esta diferença poderá antever que ser utente com médico de família atribuído poderá ser um fator com maior ponderação nos resultados dos indicadores do que a tipologia de unidade de saúde (unidade de saúde familiar versus unidade de cuidados de saúde personalizados) (Sandvik, Hetlevik, Blinkenberg, & Hunskaar, 2021).

Seguidamente são apresentados os gráficos relativos às duas tipologias de cuidados das duas ULS. Abaixo são apresentados os indicadores relacionados a despesa com medicamentos faturados por utilizador (valor compartilhado) (gráfico 14 e 15), a taxa anual ajustada de episódios de urgência hospitalar (gráfico 16 e 17), a taxa anual ajustada de utilização frequente de urgências hospitalares (gráfico 18 e 19) e taxa anual ajustada de utilização muito frequente de urgências hospitalares (gráfico 20 e 21).

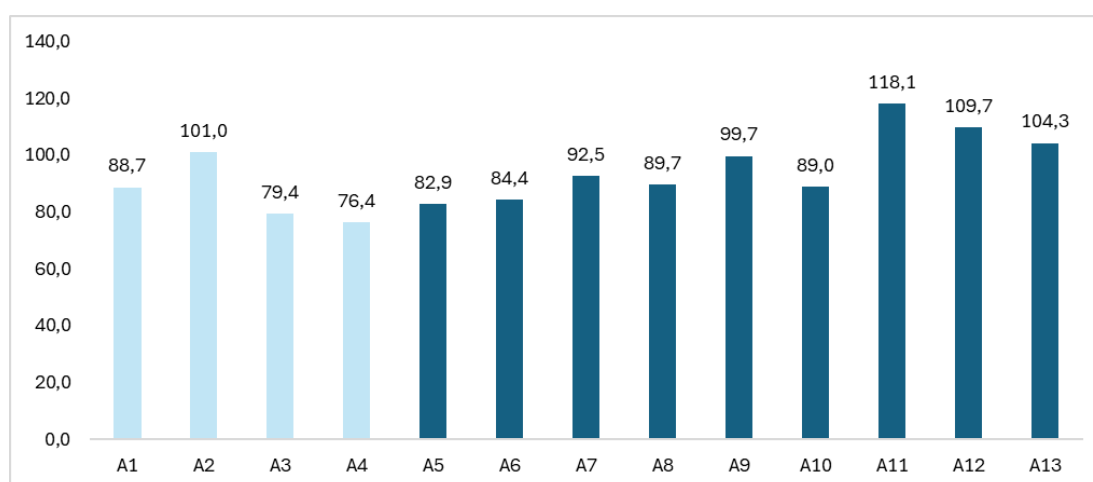


Gráfico 14- média da despesa medicamentos faturados por utilizador na ULS Loures-Odivelas; Azul claro-UCSP; Azul escuro-USF

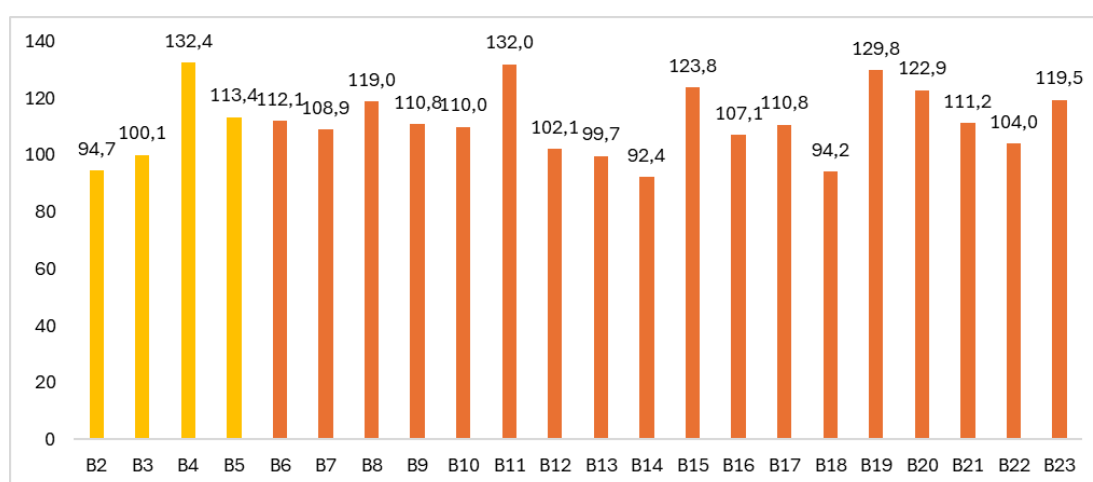


Gráfico 15- média da despesa medicamentos faturados por utilizador na ULS do Médio Ave; Amarelo -UCSP; Cor-de laranja -USF

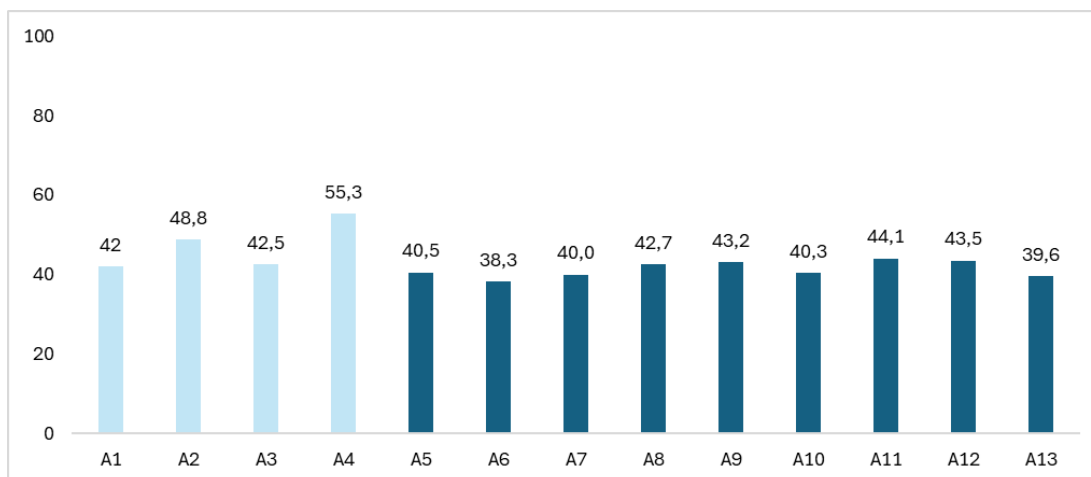


Gráfico 16- média da taxa anual ajustada de episódios de urgências hospitalares na ULS Loures-Odivelas; Azul claro-UCSP; Azul escuro-USF

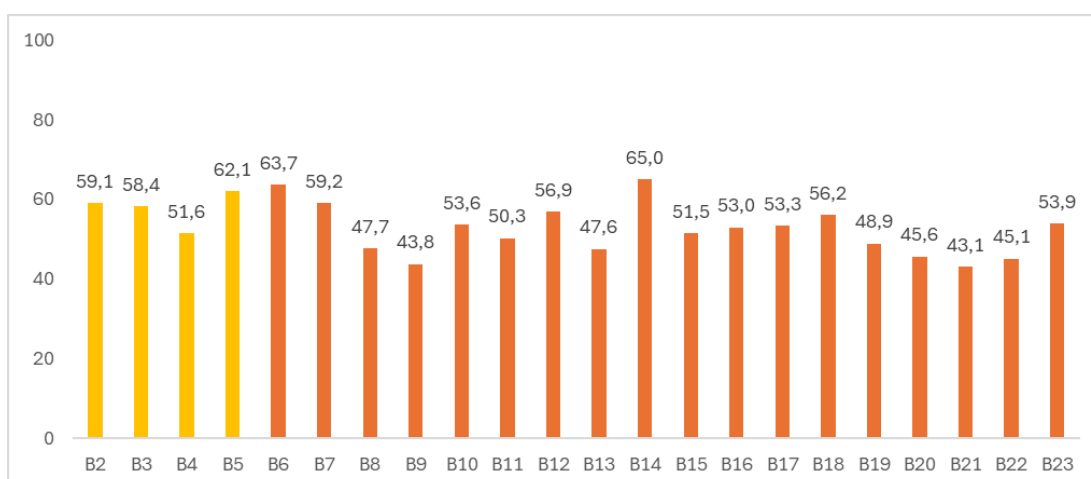


Gráfico 17- média da taxa anual ajustada de episódios de urgências hospitalares na ULS do Médio Ave; Amarelo -UCSP; Cor-de laranja -USF

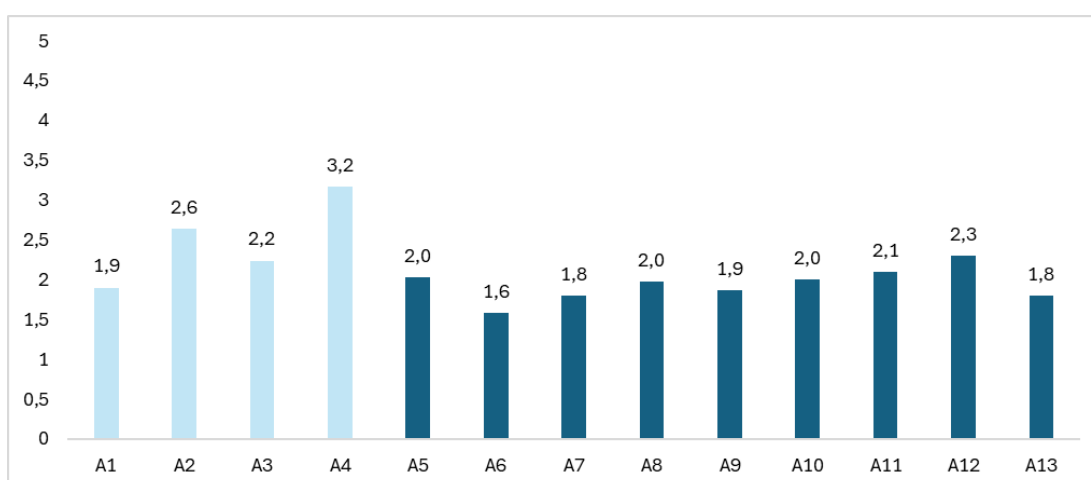


Gráfico 18 - média da taxa anual ajustada de utilização frequente de urgência hospitalar na ULS Loures-Odivelas; Azul claro-UCSP; Azul escuro-USF

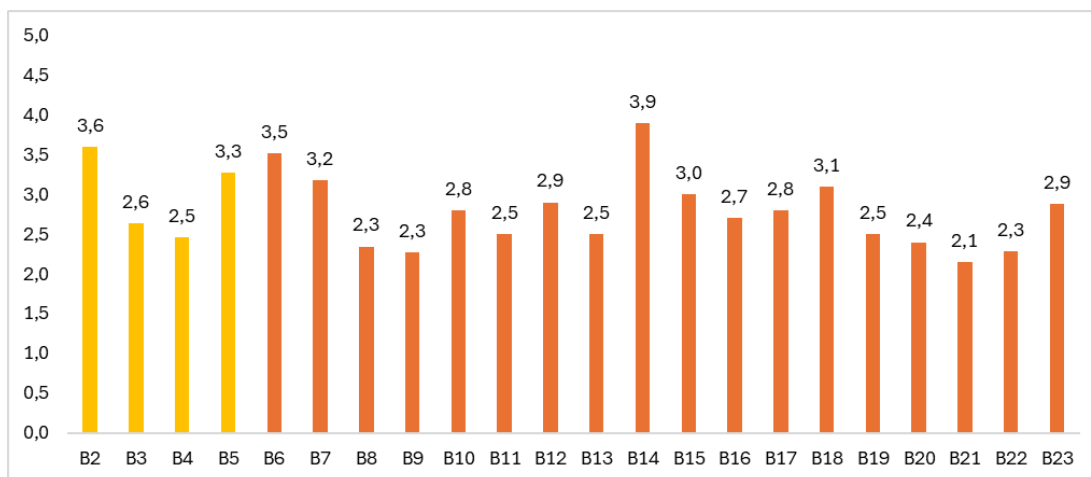


Gráfico 19- média da taxa anual ajustada de utilização frequente de urgência hospitalar na ULS do Médio Ave; Amarelo -UCSP; Cor-de laranja -USF

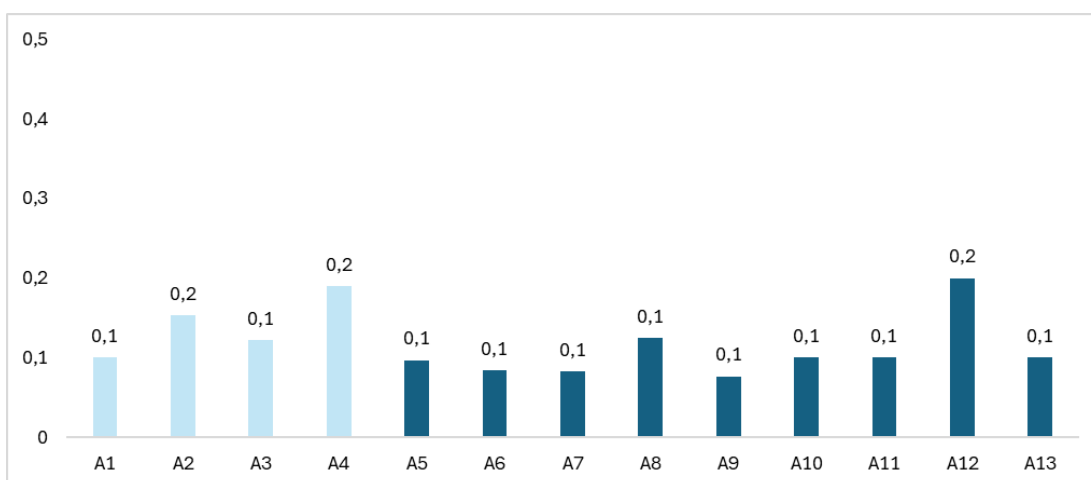


Gráfico 20 - média da taxa anual ajustada de utilização muito frequente na ULS Loures-Odivelas; Azul claro-UCSP; Azul escuro-USF

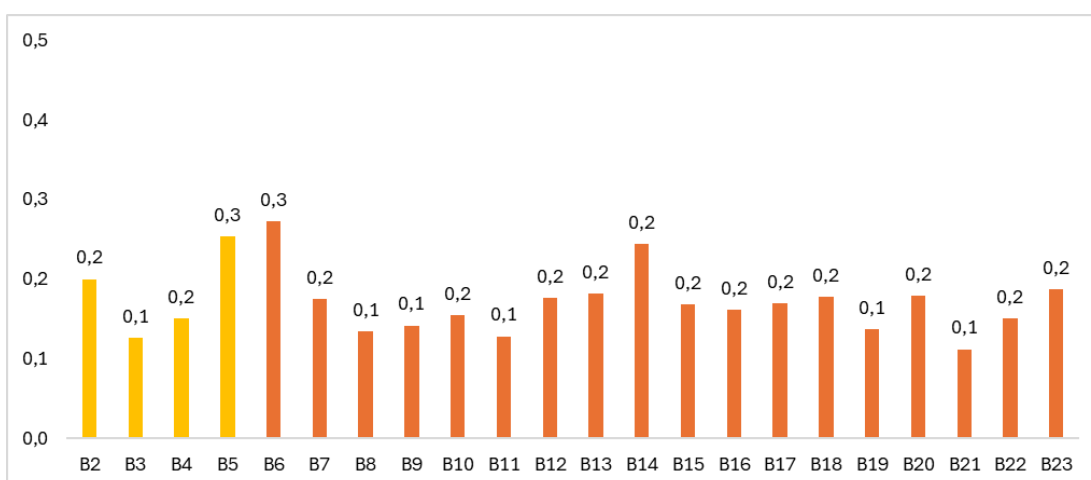


Gráfico 21- média da taxa anual ajustada de utilização muito frequente de urgência hospitalar na ULS do Médio Ave; Amarelo - UCSP; Cor-de laranja -USF

Comparando as médias das diferentes unidades funcionais entre unidades locais de saúde, não parece existir uma diferença expressiva entre tipologias de cuidados, exceto na ULS Loures-Odivelas onde parece que a média das taxas anuais de episódios de urgência parecem ser superiores nos utentes provenientes de UCSP. De ressaltar que a literatura sugere uma associação entre o menor recurso a urgências, quer hospitalares, quer básicas, menores taxas de internamento por problemas agudos e menor mortalidade com a prestação regular de cuidados por parte dos cuidados de saúde primários (Sandvik, Hetlevik, Blinkenberg, & Hunskaar, 2021).

Observando-se médias dos indicadores de gestão de doença, relativos a diabetes mellitus (gráficos 22 a 27) e hipertensão arterial (gráficos 28 a 31).

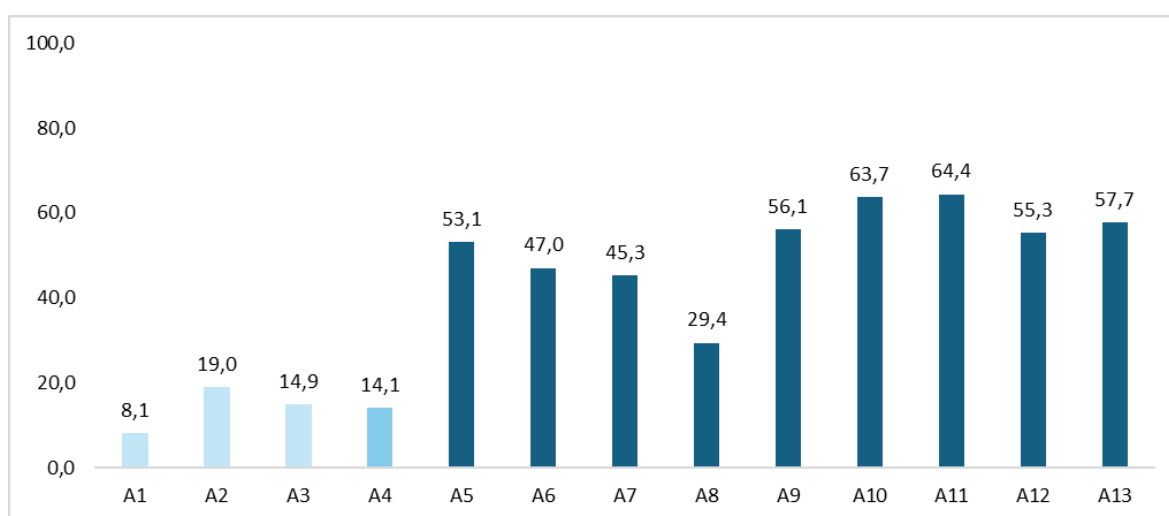


Gráfico 22- média da proporção de diabéticos com acompanhamento adequado na ULS Loures-Odivelas; Azul claro-UCSP; Azul escuro-USF

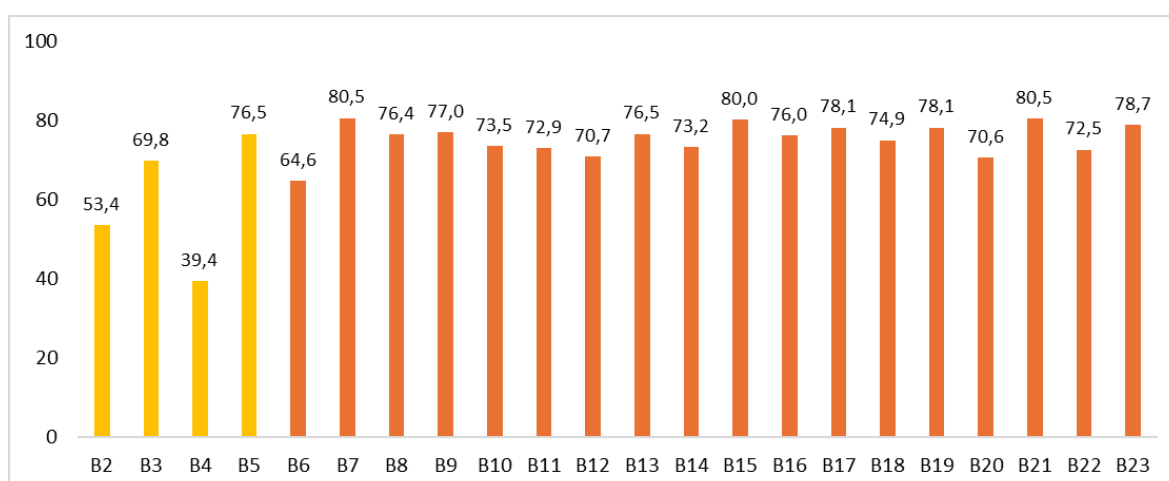


Gráfico 23- média da proporção de diabéticos com acompanhamento adequado na ULS do Médio Ave; Amarelo -UCSP; Cor-de laranja -USF



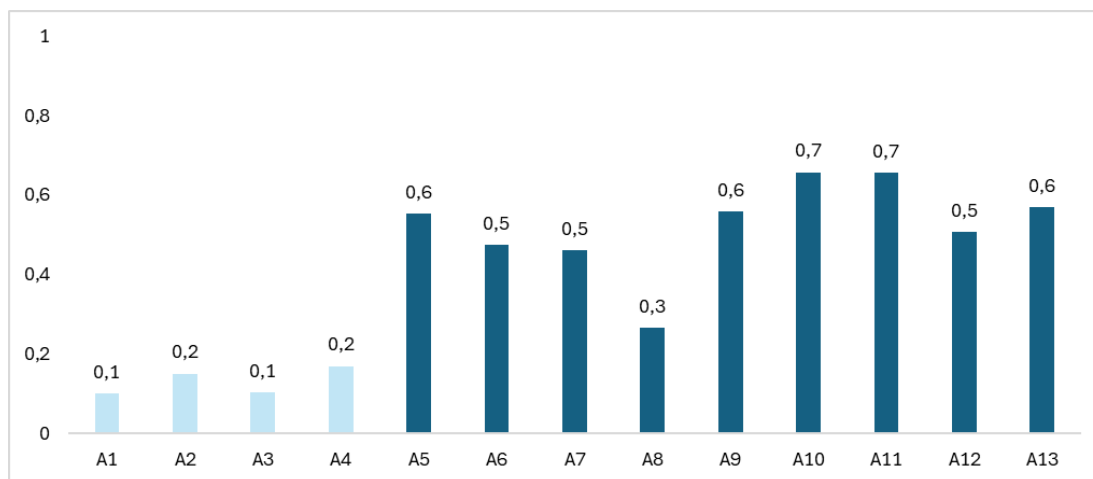


Gráfico 24- média do índice de acompanhamento adequado de utentes com diabetes mellitus na ULS Loures-Odivelas; Azul claro-UCSP; Azul escuro-USF

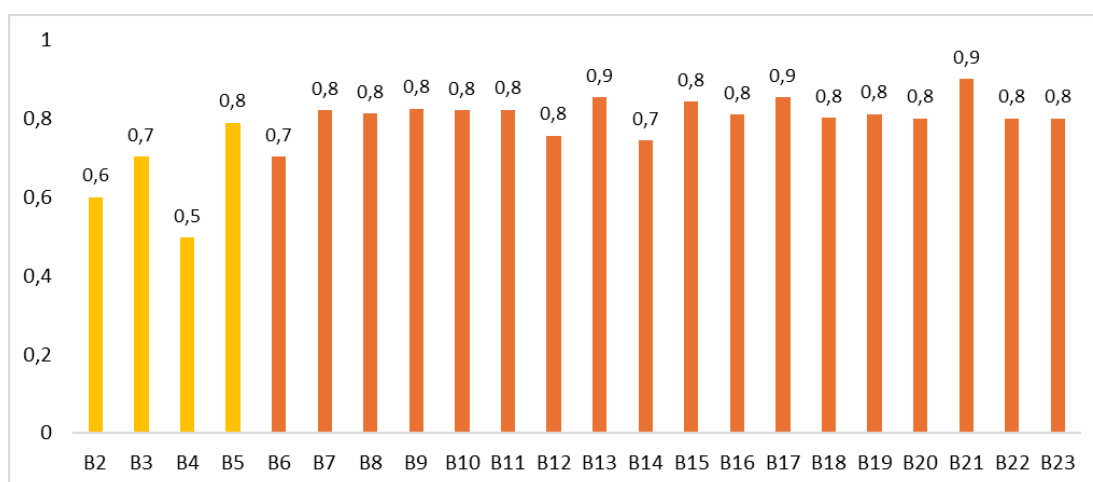


Gráfico 25- média do índice de acompanhamento adequado de utentes com diabetes mellitus na ULS do Médio Ave; Amarelo -UCSP; Cor-de laranja -USF

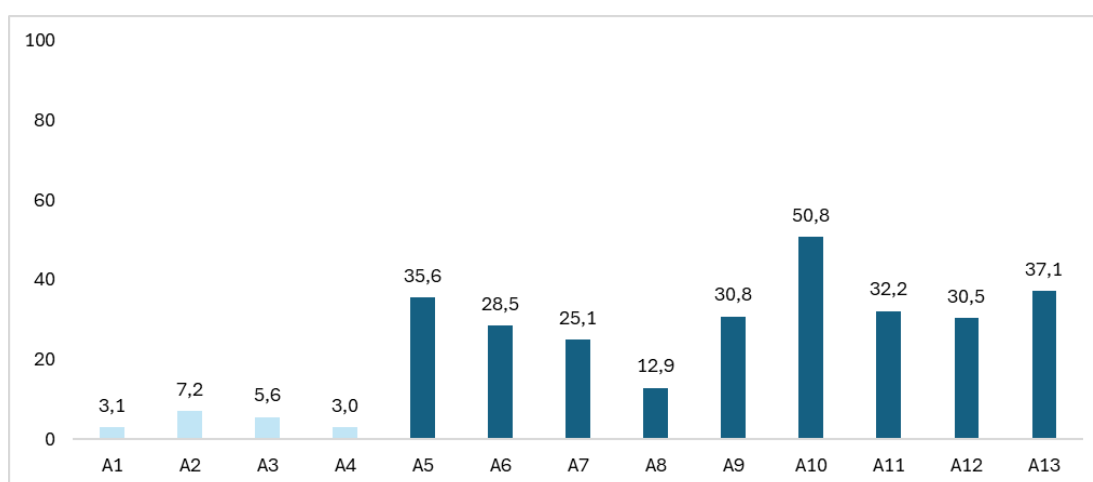


Gráfico 26- média da proporção de utentes com diabetes mellitus com última glicada <8% na ULS Loures-Odivelas; Azul claro-UCSP; Azul escuro-USF

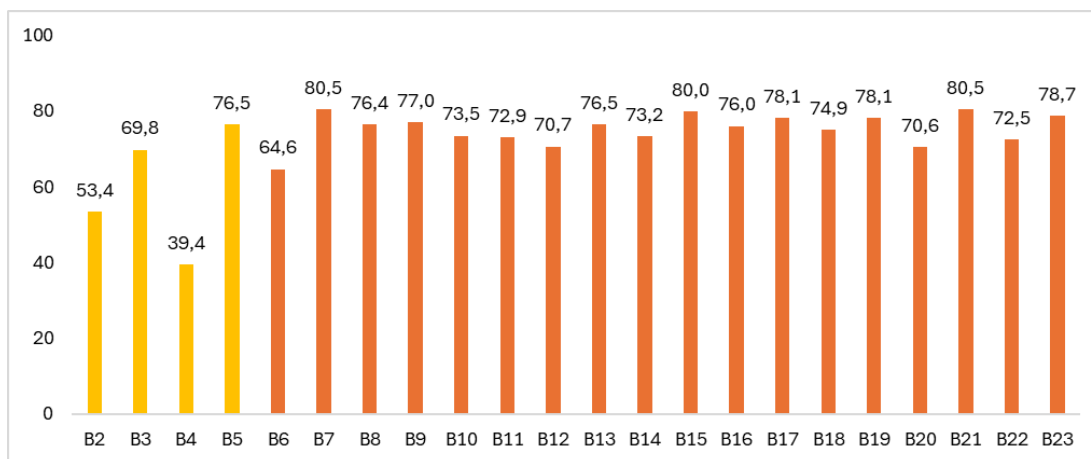


Gráfico 27- média da proporção de utentes com diabetes mellitus com última glicada<8% na ULS do Médio Ave; Amarelo -UCSP; Cor-de laranja -USF

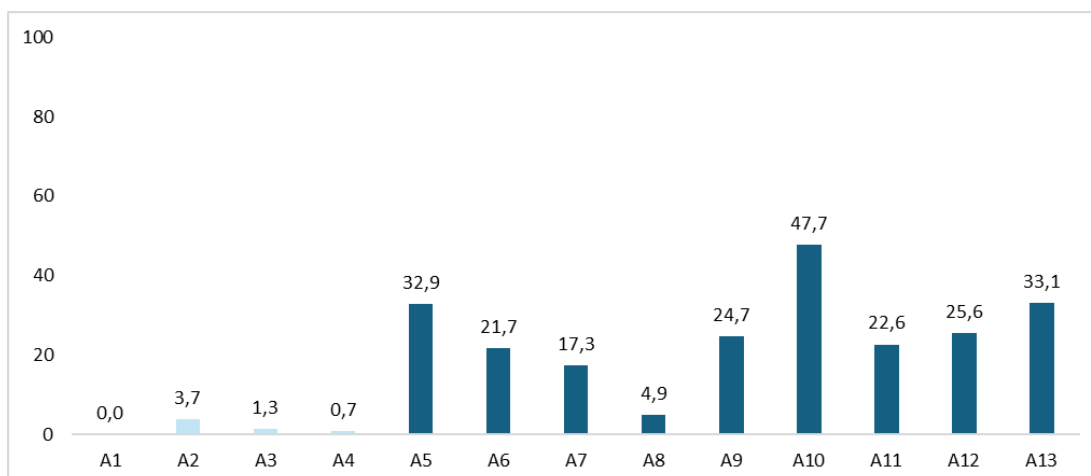


Gráfico 28- média da proporção hipertensos com acompanhamento adequado na ULS Loures-Odivelas; Azul claro-UCSP; Azul escuro-USF

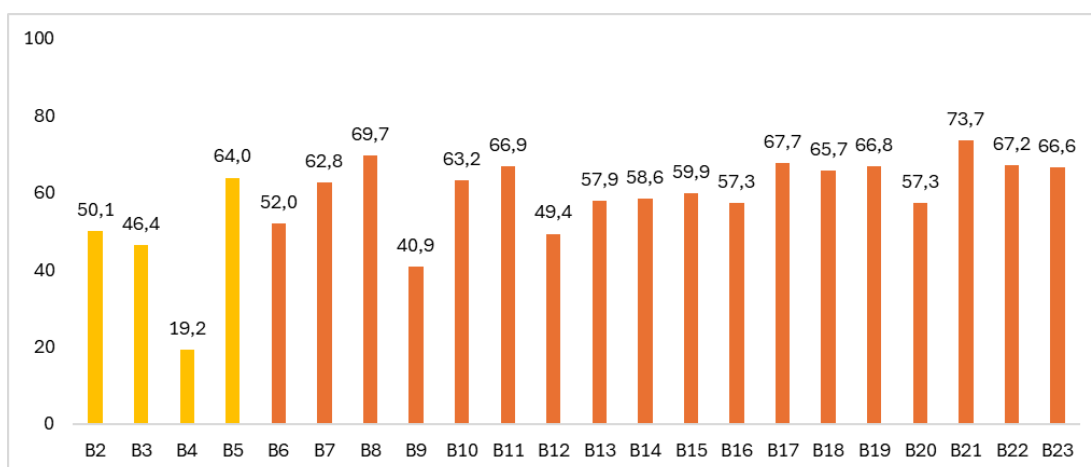


Gráfico 29- média da proporção hipertensos com acompanhamento adequado na ULS do Médio Ave; Amarelo -UCSP; Cor-de laranja -USF

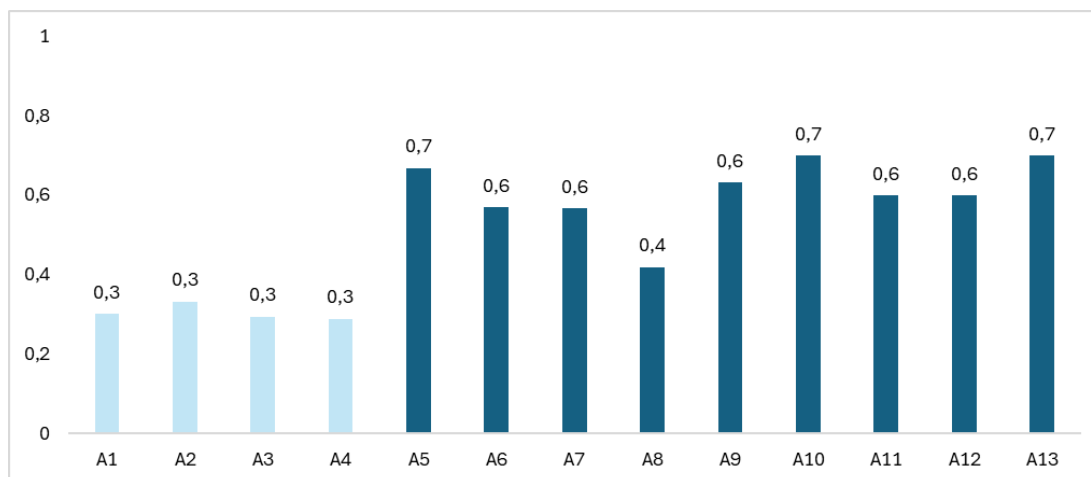


Gráfico 30- média do índice de acompanhamento adequado de hipertensos na ULS Loures-Odivelas; Azul claro-UCSP; Azul escuro-USF

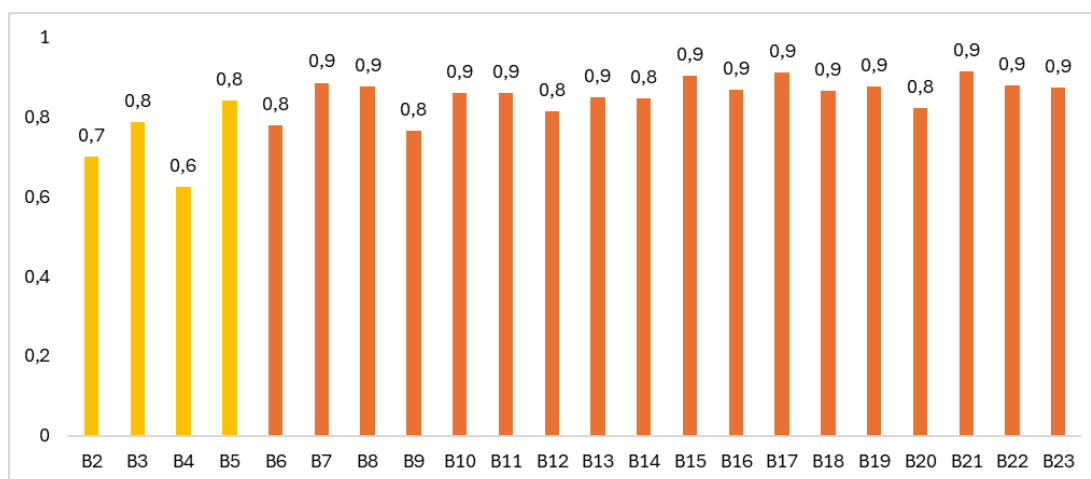


Gráfico 31- média do índice de acompanhamento adequado de hipertensos na ULS do Médio Ave; Amarelo -UCSP; Cor-de laranja -USF

Nestes indicadores de gestão da doença (gráficos 22 a 31) verifica-se uma maior assimetria entre tipologias de unidade funcional na ULS Loures-Odivelas, não se verificando a mesma na ULS do Médio Ave. Esta assimetria poderá ser novamente explicada pela diferença existente entre utentes com médico/equipa de saúde atribuída. Estudos apontam que doentes com hipertensão arterial e diabetes mellitus têm uma perceção desadequada do seu risco cardiovascular, o que pode condicionar a adesão à terapêutica e o acompanhamento adequado destas patologias (Frijling, et al., 2004). Os fatores individuais que parecem diminuir a adesão à terapêutica dos doentes hipertensos são: a ausência de informação, de conhecimento ou educação dos utentes em relação à doença, a diminuição da motivação e da confiança no tratamento, a ansiedade inerente à toma da terapêutica, a incapacidade em gerir terapêutica, a ausência de perceção sobre a necessidade do tratamento e o medo de dependência ou a discriminação. Também as características da personalidade e comorbilidades como ansiedade e depressão, contribuem para a baixa adesão à terapêutica e ao acompanhamento

adequado (Ashoorkhani, Majdzadeh, Gholami, & Eftekhari, 2018). Assim, ser utente com equipa de família atribuída pode ser um fator que melhore a adesão à terapêutica, não só pelo acompanhamento a longo prazo, mas também por estratégias de literacia e educação em saúde.

Nas médias dos indicadores relativos à gestão da saúde, nomeadamente, planeamento familiar (gráfico 32 e 33), saúde materna (gráfico 34 e 35) e saúde infantil (gráfico 36 e 37), verifica-se novamente uma maior assimetria entre tipologias de cuidados na ULS Loures-Odivelas, nas três áreas.

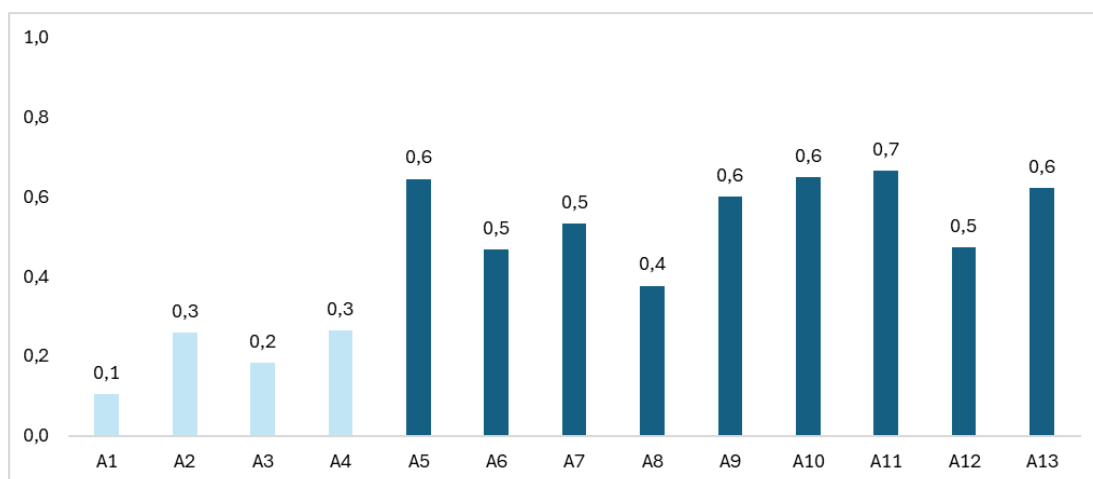


Gráfico 32- média do índice de acompanhamento adequado em planeamento familiar nas mulheres em idade fértil na ULS Loures-Odivelas; Azul claro-UCSP; Azul escuro-USF

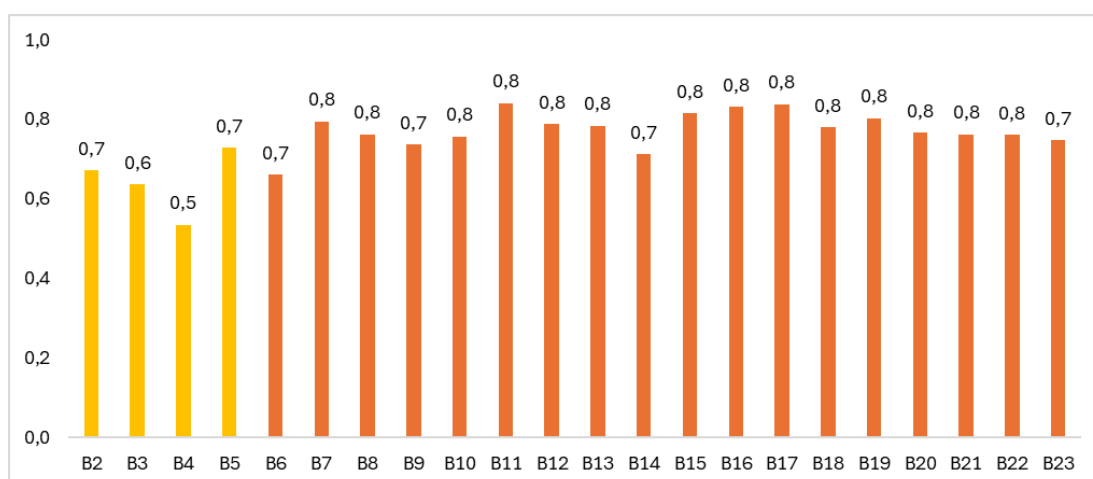


Gráfico 33- média do índice de acompanhamento adequado em planeamento familiar nas mulheres em idade fértil na ULS do Médio Ave; Amarelo -UCSP; Cor-de laranja -USF

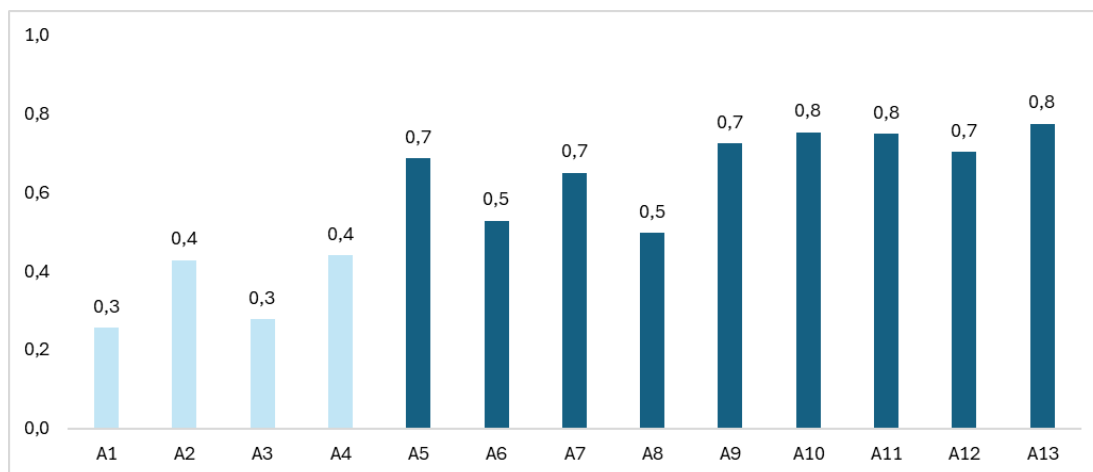


Gráfico 34- média do índice de acompanhamento adequado em saúde materna na ULS Loures-Odivelas; Azul claro-UCSP; Azul escuro-USF

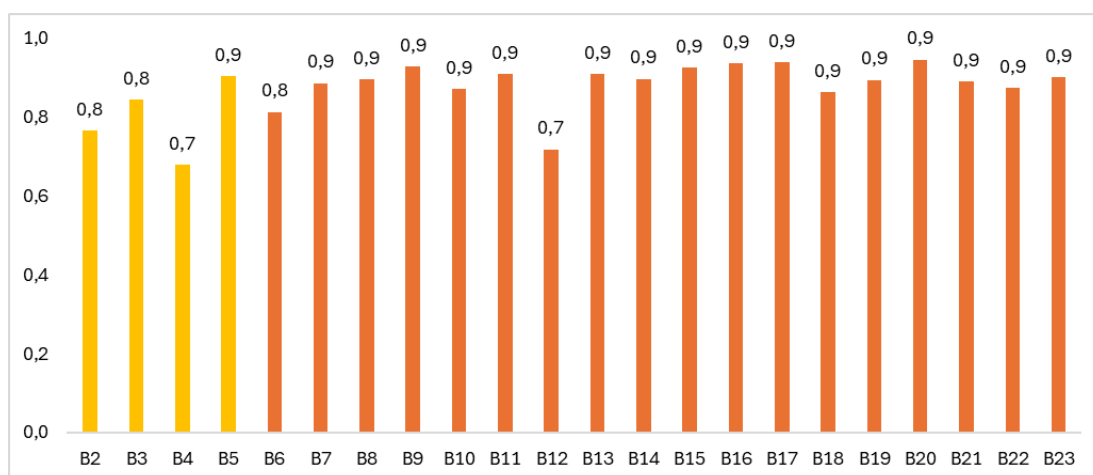


Gráfico 35- média do índice de acompanhamento adequado em saúde materna na ULS do Médio Ave; Amarelo -UCSP; Cor-de laranja -USF

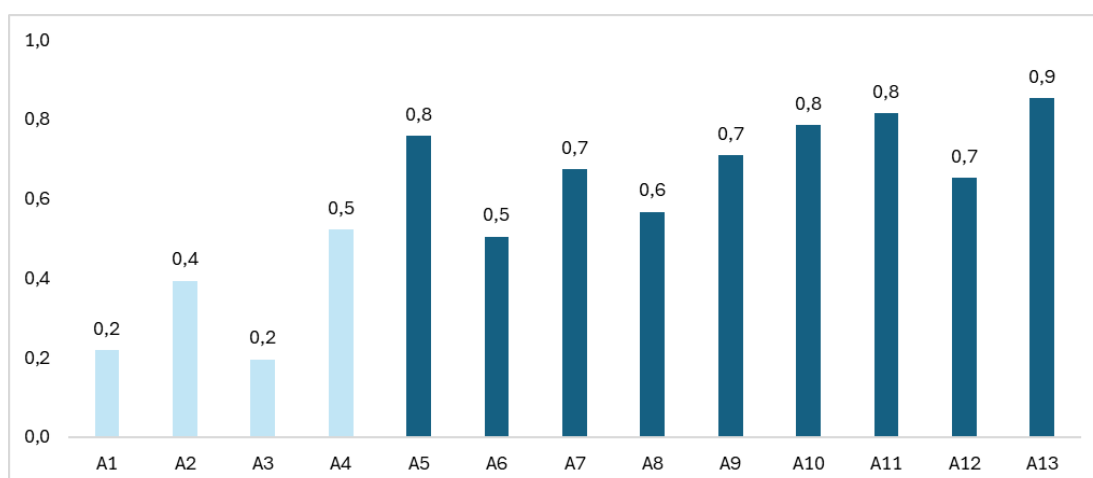


Gráfico 36- média do índice de acompanhamento adequado de saúde infantil no segundo ano de vida na ULS Loures-Odivelas; Azul claro-UCSP; Azul escuro-USF

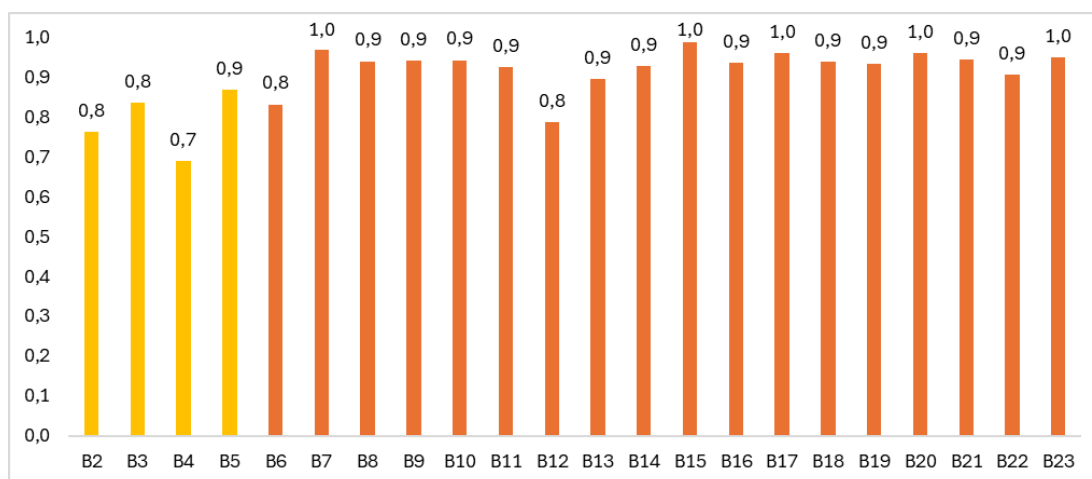


Gráfico 37- média do índice de acompanhamento adequado de saúde infantil no segundo ano de vida na ULS do Médio Ave; Amarelo -UCSP; Cor-de laranja -USF

Nas médias do período temporal analisado do indicador relativo à proporção de recém-nascidos de termo de baixo peso (gráfico 38 e 39), não se observa uma assimetria tão acentuada entre tipologias de unidades funcionais.

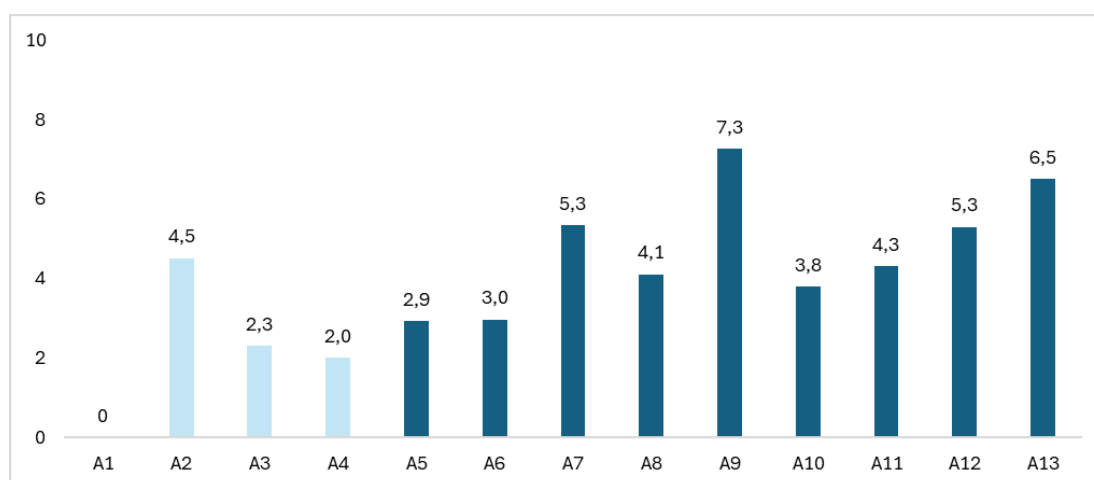


Gráfico 38- média da proporção de recém-nascidos de termo de baixo peso na ULS Loures-Odivelas; Azul claro-UCSP; Azul escuro-USF

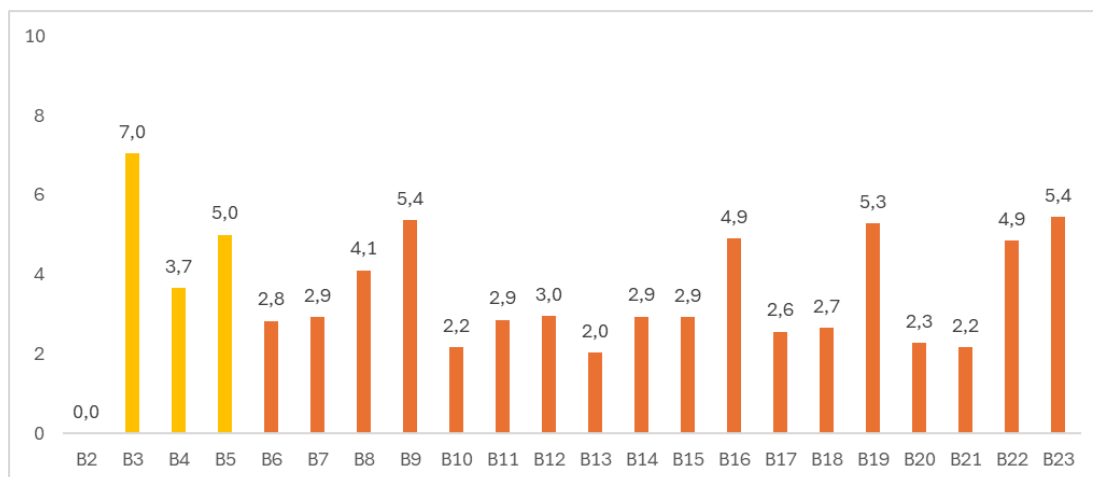


Gráfico 39- média da proporção de recém-nascidos de termo de baixo peso na ULS do Médio Ave; Amarelo -UCSP; Cor-de laranja -USF

Existe inclusivamente, em ambas as unidades locais de saúde, unidades de saúde familiar com maior proporção de recém-nascidos de termo de baixo peso relativamente às unidades de cuidados de saúde personalizados. A instabilidade do sistema de saúde pode justificar alguns destes dados, mas também o aumento da idade materna, o aumento da complexidade e patologias associadas, podem justificar uma tendência crescente desta proporção.





## Conclusão

A sustentabilidade é, por definição, a condição de um processo ou de um sistema que permite a sua continuidade no tempo. Historicamente ligado ao meio ambiente, o conceito de sustentabilidade evoluiu a partir do relatório Brundtland para três dimensões, a económica, a social e a ambiental. Atualmente a sustentabilidade é sem dúvida um conceito central para as políticas e organizações. A Organização Mundial da Saúde definiu a sustentabilidade nos sistemas de saúde como o processo que que simultaneamente mantém e restaura a saúde minimizando os impactos sobre o ambiente, e a saúde das gerações futuras.

O sistema de saúde português está assente num serviço público, o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que foi introduzido há quase meio século, para prestar cuidados universais e tendencialmente gratuitos. Na sua génese era um sistema Beveridgiano, inspirado no modelo do serviço nacional de saúde inglês. Neste o Estado era o gestor e o prestador principal dos cuidados de saúde. Atualmente face a insuficiências progressivas do SNS, o sistema de saúde português tem tendencialmente evoluído para um sistema misto entre o modelo Beveridgiano e Bismarckiano, em que os cidadãos têm acesso ao SNS, mas também são utilizadores do sector privado (organizações não estatais e não governamentais) de forma particular ou através de seguros de saúde (Fragata, 2022).

O SNS, gerado na sua essência para diminuir as desigualdades em saúde, tornou-se um motivo de desigualdade de cuidados, fruto de tempos de espera tendencialmente crescentes e de subfinanciamento.

Em 2003 a criação da rede de centros de saúde e em 2007 a criação das unidades de saúde familiar, foram dos momentos mais revolucionários do serviço nacional de saúde nas últimas décadas, promovendo equipas de família aos cidadãos com cuidados de proximidade, tendo em conta não só a situação de saúde do utente, mas também o seu contexto social, familiar e ambiental.

O modelo das unidades de saúde familiar, baseado num sistema de gestão assente na produtividade, acessibilidade e na qualidade de cuidados, é possivelmente, o modelo mais próximo de um modelo baseado no valor em saúde.

O investimento em cuidados de saúde primários de qualidade trata-se de um investimento no valor em saúde. Através da promoção da saúde e prevenção da doença em todos os seus níveis (primária, secundária, terciária, quaternária e quinquenária) é possível atingir melhores níveis de saúde, promovendo a sustentabilidade do sistema. As medidas preventivas têm custos muito inferiores ao tratamento das patologias e das suas comorbilidades, quer a nível social, promovendo cidadãos mais ativos, diminuindo o absentismo laboral, com consequente melhoria da produtividade, mas também diminuindo a dependência decorrente de morbilidade de muitas patologias; quer a nível

ambiental, com diminuição de emissões de carbono, da diminuição da utilização de água e da diminuição da produção de resíduos.

Dos dados avaliados na presente dissertação, verifica-se que ter médico de família atribuído parece ser dos mais fortes fatores de sustentabilidade do sistema de saúde, a diversos níveis, parecendo ser mais relevante nos indicadores avaliados relativos à gestão da saúde e da doença (por exemplo, proporção de recém-nascidos de termo, de baixo peso” (2017.375.01 FL), índice de acompanhamento adequado em saúde materna” (2013.270.01 FL); “índice de acompanhamento adequado de utentes com diabetes mellitus” (2013.271.01 FL); “índice de acompanhamento adequado de hipertensos” (2013.272.01 FL)).

O aumento, embora não completamente sustentado da proporção de recém-nascidos de termo de baixo peso, pode ser um indicador de défices e da instabilidade do sistema de saúde, sendo que, de acordo com a literatura, fatores relacionados com o sistema de saúde, como a taxa de cobertura ou o investimento no sistema público, estão diretamente associados com as taxas de baixo peso à nascença (Erasun et al., 2021). Esta instabilidade do sistema de saúde, quer por motivos externos ao sistema, como eventos pandémicos, quer por motivos internos, como a mudança dos modelos de gestão parece ter um impacto nos indicadores de saúde analisados.

As diferenças regionais encontradas podem ser explicadas, de certa forma, também por questões de instabilidade, tendo a região norte historicamente uma maior proporção de médicos e equipas de família. Deste modo, dos dados observados, ser utente com médico de família atribuído parece ser um fator com mais impacto nos resultados em saúde do que a tipologia de cuidados em que o utente se encontra inserido.

O investimento em melhores cuidados de saúde primários, na formação e na retenção de talento nesta área de cuidados, e uma distribuição/atribuição de médico/equipa de família parecem ser fatores fundamentais não só para a sustentabilidade do sistema de saúde, mas também para a criação de valor em saúde.

Tendo em conta os dados analisados, este trabalho exploratório poderá ser alargado a outras unidades locais de saúde, de modo a objetivar e compreender diferenças nacionais, regionais e locais distintas, não só no âmbito dos cuidados de saúde primários, mas também nas áreas cirúrgicas ou em áreas com fragilidades particulares no momento atual do sistema de saúde, como a Ginecologia-Obstetrícia ou a Pediatria.

## Referências Bibliográficas

- Ashoorkhani, M., Majdzadeh, R., Gholami, J., & Eftekhari, H. e. (2018). Understanding non-adherence to treatment in hypertension: a qualitative study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*.
- Biscaia AR, P. A. (2022). *O momento atual da reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal 2021/2022: questionário aos coordenadores de USF (relatório de estudo)*. Lisboa: USF-AN.
- Cataldo, R., Arancibia, M., Stojanova, J., & Papuzinski, C. (2019). General concepts in biostatistics and clinical epidemiology: . *MedWave*.
- Correia de Sousa, J. (2019). Celebrando 20 anos do regime remuneratório experimental em cuidados de saúde primários: uma reflexão pessoal sobre um percurso único. *Port Med Geral Familiar*, 35(5):340-4.
- Direcção Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*.
- Endalamaw, A., Khatri, R., Erku, D., Zewdie, A., Wolka, E., Nigatu, F., & Assefa, Y. (2024). Barriers and strategies for primary health care . *BMC Primary Care*.
- Fernández-Salido, M., Alhambra-Borrás, T., Casanova, G., & Garcés-Ferrer, J. (2024). Value-Based Healthcare Delivery: A Scoping Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*.
- Fragata, J. (2022). Sustentabilidade - o caso da Saúde portuguesa. Em I. Education, *101 Vozes pela Sustentabilidade* (pp. 366-378). Oficina do Livro.
- Frijling, B., Lobo, C., Keus, I., Jenks, K., Akkermans, R., Hulscher, M., . . . Grol, R. (2004). Perceptions of cardiovascular risk among patients. *Patient Education and Counseling*.
- Ghebreyesus, T., Fore, H., Birtanov, Y., & Jakab, Z. (2018). Primary health care for the 21st century, universal health coverage, and the Sustainable Development Goals. *The Lancet*.
- ISCTE Executive Education. (2022). *101 Vozes pela Sustentabilidade*. Oficina do Livro.
- Kruk, M. E. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution . *The Lancet Global Health*, 1196-1252.
- Mortimer, F., Isherwood, J., Wilkinson, A., & Vaux, E. (2018). Sustainability in quality improvement: redefining value. *Future Healthcare Journal*, volume 5, nº 2:88-93.
- Nações Unidas. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*.
- Organisation for Economic Co-operation and Development, Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. (2024). *Portugal: perfil de saúde do país 2024*. Paris.

- Pritchard, C., & Wallace, M. (2011). Comparing the USA, UK and 17 Western countries' efficiency and effectiveness in reducing mortality. *Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports*.
- Rao, M., & Pilot, E. (2014). The missing link - the role of primary care in global health. *Global Health Action*.
- Sandvik, H., Hetlevik, Ø., Blinkenberg, J., & Hunskaar, S. (2021). Continuity in general practice as a predictor of mortality, . *British Journal of General Practice*.
- Wanyenze, R., Alfven, T., Ndejjo, R., Viberg, N., & et al. (2013). Sustainable health - a call to action. *BMC Global and Public Health*, 1-3.
- World Health Organization. (2008). *he world health report 2008—primary health care (now more than ever)*. Geneva.
- World Health Organization. (2018). Handbook for national quality policy and strategy.

## Anexos

### Anexo A



#### ISCTE BUSINESS SCHOOL ETHICS COMMITTEE (IBS EC)

##### **Project IBS\_EC 040 /2025: “Cuidados de Saúde Primários como ferramenta de promoção de sustentabilidade”**

The project “Cuidados de Saúde Primários como ferramenta de promoção de sustentabilidade” was submitted by Ana Margarida Cunha e Sousa Ribeiro da Silva and analysed by the IBS EC in the meeting of 16 September 2025. The information provided, in the SUBMISSION FORM FOR APPROVAL OF THE IBS ETHICS COUNCIL stated that the sample was not derived from vulnerable populations and that there are no significant risks for the participants. Moreover, it is stated that there is no processing of personal data.

In such circumstances, the IBS EC issues a final opinion in favour of carrying out the proposed studies.

In representation of the IBS EC,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Alexandra Ferreira".

A handwritten signature in black ink, appearing to read "F. Lima".

**Código SIARS 2013.025.01**

<b>Designação</b>
Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado
<b>Objetivo</b>
Monitorizar o programa de hipertensão.
<b>Descrição do Indicador</b>
<p>Indicador que exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento de acordo com as normas da DGS.</p> <p>Numerador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial com acompanhamento adequado.</p> <p>Denominador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial.</p>
<b>Regras de cálculo</b>
<p>Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F e G e H e I e J e K e L] é verdadeira:</p> <p>A. Todas as condições enunciadas para o denominador</p> <p>B. Ter pelo menos 1 consulta médica de vigilância em hipertensão, realizada num dos semestres</p> <p>C. Ter pelo menos 1 consulta médica ou de enfermagem de vigilância em hipertensão, realizada no outro semestre</p> <p>D. Com pelo menos uma pressão arterial registada no último semestre</p> <p>E. Com pelo menos uma pressão arterial registada no penúltimo semestre</p> <p>F. Na última pressão arterial registada (há menos de 6 meses), a pressão é inferior a 150/90 mmHg Condição apenas aplicável a utentes com menos de 65 anos</p> <p>G. Ter pelo menos uma avaliação de risco cardiovascular, realizada nos últimos 36 meses.</p> <p>Condição apenas aplicável a utentes com 40 ou mais anos e sem nenhum dos seguintes diagnósticos ativo na lista de problemas (à data de referência do indicador): diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90); enfarte agudo do miocárdio (K75); doença cardíaca isquémica sem angina (K74); doença cardíaca isquémica com angina (K76); trombose ou acidente vascular cerebral (K90); doença vascular cerebral (K91); aterosclerose ou doença vascular periférica</p>

(K92)

H. Ter pelo menos um resultado de microalbuminúria (ou análise equivalente), realizada nos últimos 36 meses

I. Ter pelo menos um resultado de colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos, realizados nos últimos 36 meses

J. Que tenham pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses

K. Que tenham pelo menos um registo parametrizado do peso, medido nos últimos 12 meses

L. Que tenham pelo menos um registo parametrizado de estatura, medido após os 20 anos de idade do utente, ou nos 2 anos que antecedem a data de referência do indicador

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com inscrição ativa na unidade de saúde na data de referência do indicador

B. O diagnóstico de hipertensão (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", durante pelo menos os 6 meses que antecedem a data de referência do indicador

**Código SIARS 2013.039.01****Designação**

Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HbA1c igual ou inferior a 8,0%

**Objetivo**

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "resultado da HbA1c"

**Descrição do Indicador**

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes com último resultado de HbA1c igual ou inferior a 8,0%.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com diabetes com último resultado de HbA1c igual ou inferior a 8,0%.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

- A. Todas as condições enunciadas para o denominador
- B. Com pelo menos um registo de HbA1c no último semestre
- C. O último resultado registado de HbA1c é igual ou inferior a 8.0%

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

- A. Com inscrição ativa na unidade de saúde na data de referência do indicador.
- B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo"



**Designação**

Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no valor participado pelo SNS)

**Objetivo**

Monitorizar programa de prescrição de fármacos. Parâmetro "despesa em medicamentos faturados, baseado no valor participado pelo SNS"

**Descrição do Indicador**

Indicador que exprime a despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador, baseado no valor participado pelo SNS.

Numerador: Somatório da despesa com participações de medicamentos faturados.

Denominador: Contagem de utentes utilizadores.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Somatório do valor participado pelo estado dos medicamentos em que a expressão [A e (B ou C ou D) e E] é verdadeira:

A. Prescritos a utentes com inscrição ativa na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise

B. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde numa receita com código identificador dessa unidade de saúde

C. Se a unidade de observação é um médico: prescritos por qualquer médico ou interno da unidade de saúde a que pertence o médico na data de referência do indicador, numa receita com código identificador dessa unidade de saúde

D. Se a unidade de observação é um ACES: prescritos por qualquer médico ou interno do ACES numa receita com código identificador de qualquer unidade do ACES

E. Cujos registos de venda foram enviados pelas farmácias para faturação junto do Ministério da Saúde e foram aceites para faturação durante o período em análise

**DENOMINADOR (BB):**

Contagem de utentes em que a expressão [(A ou B ou C) e (D ou E ou F)] é verdadeira:

- A. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: ter inscrição ativa essa unidade, durante pelo menos um dia do período em análise.
- B. Se a unidade de observação é um médico: ter inscrição ativa na lista do médico, à data de referência do indicador, ou ter falecido ou sido transferido para outra unidade de saúde durante o período em análise.
- C. Se a unidade de observação é um ACES: ter inscrição ativa numa das USF ou UCSP do ACES, durante pelo menos um dia do período em análise.
- D. Se a unidade de observação é uma USF ou uma UCSP: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise (realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde).
- E. Se a unidade de observação é um médico: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise (realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde a que pertence o médico na data de referência do indicador).
- F. Se a unidade de observação é um ACES: ter pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial durante o período em análise, realizada por qualquer médico ou interno do ACES, incluindo também as realizadas em [consultas de reforço] e as realizadas em [serviço de apoio permanente] (ou outros equivalentes)

**Código SIARS 2013.267.01****Designação**

Índice de acompanhamento adequado em planeamento familiar nas mulheres em idade fértil (MIF)

**Objetivo**

Monitorizar o programa de planeamento familiar

**Descrição do Indicador**

Índice com resultados possíveis numa escala entre 0 e 1, exprimindo o grau de acompanhamento na área de PF (de acordo com as normas da DGS) nas MIF com idade no intervalo [15; 50[ anos. Numerador: Somatório do "score de acompanhamento em PF" determinado para cada MIF. O "score de acompanhamento PF" de cada MIF inscrita pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

Denominador: Contagem de MIF com idade no intervalo [15; 50[ anos.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Somatório do "score de acompanhamento em PF" determinado para cada MIF inscrita. O "score de acompanhamento em PF" de cada MIF inscrita pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

O "score de acompanhamento" é calculado apenas para as utentes incluídas no denominador, somando, para cada utente, as ponderações das regras a seguir discriminadas que sejam verdadeiras.

Regra	Descrição de Regra	Ponder.	Validade
B	Ter pelo menos uma consulta médica de PF realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde, nos últimos 36 meses	0,225	Desde JAN-2019
F	Ter pelo menos uma consulta de enfermagem de PF realizada por qualquer enfermeiro da unidade de saúde, nos últimos 36 meses	0,225	Desde JAN-2019

C	Ter pelo menos um registo parametrizado do método de planeamento familiar utilizado (ou da não utilização do método)	0,15	Sempre
D	Ter pelo menos 1 registo de pressão arterial, nos últimos 36 meses	0,10	Sempre
E	Válido para indicadores com data de referência igual ou superior a janeiro de 2025 A condição [E1 ou E2 ou E3 ou E4] é verdadeira: E1. Para mulheres com idades entre [30, 50[ anos, ter pelo menos um registo de resultado de colpocitologia <b>em lâmina</b> , nos últimos 36 meses E2. Para mulheres com idades entre [30, 50[ anos, ter pelo menos um resultado de colpocitologia <b>em meio líquido</b> nos últimos 5 anos E3. Para mulheres com idades entre [30, 50[ anos, ter pelo menos um resultado <b>pesquisa de DNA do HPV por PCR</b> nos últimos 5 anos E4. A utente tem menos de 30 anos.	0,30	Após JAN-2025
B	Ter pelo menos uma consulta médica de PF realizada por qualquer médico ou interno da unidade de saúde, nos últimos 36 meses	0,45	Até DEZ-2018
E	Válido para indicadores com data de referência igual ou inferior a dezembro de 2024 A condição [E1 ou E2 ou E3 ou E4] é verdadeira: E1. Para mulheres com idades entre [25, 50[ anos, ter pelo menos um registo de resultado de colpocitologia <b>em lâmina</b> , nos últimos 36 meses E2. Para mulheres com idades entre [25, 50[ anos, ter pelo menos um resultado de colpocitologia <b>em meio líquido</b> nos últimos 5 anos E3. Para mulheres com idades entre [25, 50[ anos, ter pelo menos um resultado <b>pesquisa de DNA do HPV por PCR</b> nos últimos 5 anos E4. A utente tem menos de 25 anos.	0,30	Até DEZ-2024

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Ter inscrição ativa na unidade de saúde, válida à data de referência do indicador

B. Ser mulher

C. Ter idade pertencente ao intervalo [15; 50[ anos

**Código SIARS 2013.269.01****Designação**

Índice de acompanhamento adequado em saúde infantil, 2º ano de vida

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde infantil, 2º ano de vida

**Descrição do Indicador**

Índice com resultados possíveis numa escala entre 0 e 1, exprimindo o grau de acompanhamento em saúde infantil durante o 2º ano de vida (de acordo com as normas da Direção Geral de Saúde).

Numerador: Somatório do "score de acompanhamento em SI" determinado para cada criança com 2 anos. O "score de acompanhamento em SI" de cada criança com 2 anos pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

Denominador: Contagem de crianças com 2 anos de vida.

**Regras de cálculo****NUMERADOR (AA):**

Somatório do "score de acompanhamento em SI" determinado para cada criança com 2 anos de idade inscrita. O "score de acompanhamento em SI" de cada criança com 2 anos de idade inscrita pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

O "score de acompanhamento em SI" é calculado apenas para os utentes incluídos no denominador, somando, para cada utente, as ponderações das regras a seguir discriminadas que sejam verdadeiras.

Regra	Descrição de Regra	Ponder.	Validade
B	Ter 3 consultas médicas de vigilância em saúde infantil (contacto direto) entre os 11 e os 23 meses de vida ([330, 700[ dias) Cada consulta identificada contabiliza 1/3 da ponderação desta regra. Contabilizam-se no máximo 3 consultas	0,35	Depois de JAN-2019
G	Ter 3 consultas de enfermagem de vigilância em saúde infantil (contacto direto) entre os 11 e os 23 meses de vida ([330, 700[ dias)	0,25	Depois de JAN-2019

	Cada consulta identificada contabiliza 1/3 da ponderação desta regra. Contabilizam-se no máximo 3 consultas		
C	Ter pelo menos 1 registo parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) entre os 11 e os 23 meses de vida ([330, 700[ dias)	0,15	Depois de JAN-2019
D	Com o PNV totalmente cumprido às zero horas do dia em que completam 2 anos de vida	0,15	Depois de JAN-2019
E	Têm pelo menos 3 registos de peso com [data de medição] pertencente ao intervalo etário [330, 700[ dias	0,05	Depois de JAN-2019
F	Têm pelo menos 3 registos de estatura (ou altura) com [data de medição] pertencente ao intervalo etário [330, 700[ dias	0,05	Depois de JAN-2019

DENOMINADOR (BB):

Contagem dos utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Crianças que completam 2 anos de idade durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise flutuante") ou durante o ano civil em curso (quando o indicador é calculado pelo método "período em análise fixo")

B. Inscrição na unidade de saúde, durante a totalidade do período compreendido entre os 12 e os 23 meses de vida ([365; 700[ dias)

**Código SIARS 213.270.01****Designação**

Índice de acompanhamento adequado em saúde materna

**Objetivo**

Monitorizar o programa de saúde materna

**Descrição do Indicador**

Índice com resultados possíveis numa escala entre 0 e 1, exprimindo o grau de acompanhamento na área de saúde materna (de acordo com as normas da Direção Geral de Saúde).

Numerador: Somatório do "score de acompanhamento em s. materna" determinado para cada gravidez/puerpério. O "score de acompanhamento em s. materna" de puérpera inscrita pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

Denominador: Contagem de puérperas.

**Regras de cálculo****NUMERADOR (AA):**

Somatório do "score de acompanhamento em s. materna" determinado para cada gravidez/puerpério. O "score de acompanhamento em saúde materna" de cada gravidez/puerpério pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

O "score de acompanhamento em saúde materna" é calculado apenas para as puérperas incluídas no denominador, somando, para cada uma, as ponderações das regras a seguir discriminadas que sejam verdadeiras.

Regra	Descrição de Regra	Ponder.	Validade
B	Ter 6 consultas médicas de vigilância de gravidez ou de revisão do puerpério, no período compreendido entre a data de última menstruação e o 42º dia de puerpério. Cada consulta identificada contabiliza 1/6 da ponderação desta regra. Contabilizam-se no máximo 6 consultas.	0,20	Desde JAN-2019
G	Ter 6 consultas de enfermagem de vigilância de gravidez ou de revisão do puerpério, no período compreendido entre a data de última menstruação e o 42º dia de puerpério.	0,30	Desde JAN-2019

	Cada consulta identificada contabiliza 1/6 da ponderação desta regra. Contabilizam-se no máximo 6 consultas		
C	Utentes que tiveram pelo menos uma consulta médica de vigilância de gravidez nos primeiros 90 dias de gestação	0,10	Desde JAN-2019
D	Utentes que tiveram pelo menos 1 consulta médica de revisão do puerpério, realizada entre a [data de fim da gravidez] e o 42º dia de puerpério	0,10	Desde JAN-2019
E	Ter pelo menos um registo de resultado de ecografia obstétrica do 1º trimestre, com data de realização entre as [11; 14[ semanas ([78; 98] dias) de gestação	0,10	Desde JAN-2019
F	Ter pelo menos um registo de resultado de ecografia obstétrica morfológica, com data de realização entre as [19; 23[ semanas ([134; 161] dias) de gestação	0,20	Desde JAN-2019

**DENOMINADOR (BB):**

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F e G] é verdadeira:

A. Ser mulher

B. Gravidez registada no módulo ou no programa de saúde materna

C. Gravidez não classificada como aborto

D. O 42º dia de puerpério, contabilizado a partir da [data de fim da gravidez], pertence ao período em análise do denominador

E. Registo do diagnóstico médico de gravidez (códigos da ICPC-2 W78, W79 ou W84) na lista de problemas, no estado [ativo]

F. Inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 7 meses do período compreendido entre a DUM e a [data de fim da gravidez]

G. Inscrição ativa na unidade de saúde durante pelo menos 1 dia do período compreendido entre 1º e o 42º dia a contar da [data de fim da gravidez]



**Código SIARS 2013.271.01****Designação**

Índice de acompanhamento adequado em utentes com Diabetes Mellitus

**Objetivo**

Monitorizar o programa de diabetes

**Descrição do Indicador**

Índice com resultados possíveis numa escala entre 0 e 1, exprimindo o grau de acompanhamento dos utentes com diabetes mellitus, de acordo com as normas da Direção Geral de Saúde.

Numerador: Somatório do "score de acompanhamento" determinado para cada utente com Diabetes Mellitus inscrito. O "score de acompanhamento" de cada utente com Diabetes Mellitus inscrito pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com Diabetes Mellitus.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR (AA):

Somatório do "score de acompanhamento" determinado para cada diabético inscrito. O "score de acompanhamento" de cada diabético inscrito pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento. O "score de acompanhamento" é calculado apenas para os utentes incluídos no denominador, somando, para cada utente, as ponderações das regras a seguir discriminadas que sejam verdadeiras.

Regra	Descrição de Regra	Ponder.	Validade
B	Ter pelo menos 2 consultas médicas de vigilância da diabetes, realizadas nos últimos 12 meses, uma em cada semestre	0,10	Desde JAN-2019
M	Ter pelo menos 2 consultas de enfermagem de vigilância da diabetes, realizadas nos últimos 12 meses, uma em cada semestre	0,10	Desde JAN-2019
C	A condição [C1 e C2] é verdadeira: C1. Com pelo menos uma pressão arterial registada no último semestre C2. Com pelo menos uma pressão arterial registada no penúltimo semestre	0,12	Sempre

E	Que tenham pelo menos um registo parametrizado do IMC e do peso, medidos nos últimos 12 meses	0,06	Sempre
F	Que tenham pelo menos um registo parametrizado de estatura, realizado após os 20 anos de idade do utente, ou nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador	0,03	Sempre
G	A condição [G1 e G2 e G3] é verdadeira: G1. Com pelo menos um registo de HbA1c no último semestre G2. Com pelo menos um registo de HbA1c no penúltimo semestre G3. O último resultado registado de HbA1c é igual ou inferior a 8.0%	0,32	Sempre
J	Ter pelo menos um resultado de microalbuminúria (ou análise equivalente), realizada nos últimos 12 meses	0,06	Sempre
K	Ter pelo menos um resultado de colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos, realizados nos últimos 24 meses	0,06	Sempre
L	Existe pelo menos um registo de exame dos pés, realizado nos últimos 12 meses	0,15	Sempre

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com inscrição ativa na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. O diagnóstico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", durante pelo menos os 190 dias que antecedem a data de referência do indicador (metodologia período em análise flutuante) ou pelo menos desde 7 dias antes do início de cada semestre (período em análise fixo)

### Designação

Índice de acompanhamento adequado de utentes com hipertensão arterial

### Objetivo

Monitorizar o programa de hipertensão

### Descrição do Indicador

Índice com resultados possíveis numa escala entre 0 e 1, exprimindo o grau de acompanhamento dos utentes hipertensos, de acordo com as normas da DGS.

Numerador: Somatório do "score de acompanhamento" determinado para cada hipertenso inscrito. O "score de acompanhamento" de cada hipertenso inscrito pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial.

### Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do "score de acompanhamento" determinado para cada hipertenso inscrito. O "score de acompanhamento" de cada hipertenso inscrito pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

O "score de acompanhamento" é calculado apenas para os utentes incluídos no denominador, somando, para cada utente, as ponderações das regras a seguir discriminadas que sejam verdadeiras.

Regra	Descrição de Regra	Ponder.
B	A condição [B1 e B2] é verdadeira: B1. Ter pelo menos 1 consulta médica de vigilância em hipertensão, realizada num dos semestres B2. Ter pelo menos 1 consulta médica ou de enfermagem de vigilância em hipertensão, realizada no outro semestre	0,32
D	A condição [D1 e D2] é verdadeira: D1. Com pelo menos uma pressão arterial registada no último semestre D2. Com pelo menos uma pressão arterial registada no penúltimo semestre	0,12

F	Na última pressão arterial registada (há menos de 6 meses), a pressão é inferior a 150/90 mmHg. Condição apenas aplicável a utentes com menos de 65 anos. Caso o utente tenha 65 ou mais anos, é atribuída a totalidade da ponderação.	0,20
G	Ter pelo menos uma avaliação de risco cardiovascular, realizada nos últimos 36 meses. Condição apenas aplicável a utentes com 40 ou mais anos e sem nenhum dos seguintes diagnósticos ativo na lista de problemas (à data de referência do indicador): diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90); enfarte agudo do miocárdio (K75); doença cardíaca isquémica sem angina (K74); doença cardíaca isquémica com angina (K76); trombose ou acidente vascular cerebral (K90); doença vascular cerebral (K91); aterosclerose ou doença vascular periférica (K92). Caso o utente tenha menos de 40 anos ou algum dos diagnósticos referidos é atribuída a totalidade da ponderação	0,12
H	Ter pelo menos um resultado de microalbuminúria (ou análise equivalente), realizada nos últimos 36 meses	0,06
I	Ter pelo menos um resultado de colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos, realizados nos últimos 36 meses	0,06
K	Que tenham pelo menos um registo parametrizado do peso, medido nos últimos 12 meses	0,06
L	Que tenham pelo menos um registo parametrizado de estatura, medido após os 20 anos de idade do utente, ou nos 2 anos que antecedem a data de referência do indicador	0,06

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com inscrição ativa na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. O diagnóstico de hipertensão (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", durante pelo menos os 6 meses que antecedem a data de referência do indicador

**Designação**

Proporção de recém-nascidos de termo, de baixo peso

**Objetivo**

Monitorizar a efetividade dos cuidados prestados pelas UCC no âmbito da saúde reprodutiva, na prevenção de complicações fetais e neonatais, usando como medida a "proporção de recém-nascidos de termo e com baixo peso"

**Descrição do Indicador**

Indicador que exprime a proporção de recém-nascidos de baixo peso (<2500 gramas) ao nascer, entre os recém-nascidos de termo nascidos no período de tempo considerado.

Numerador: Contagem de recém-nascidos de termo e de baixo peso.

Denominador: Contagem de recém-nascidos de termo.

**Regras de cálculo**

NUMERADOR: (AA)

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

- A. Todas as condições enunciadas para o denominador;
- B. Com baixo peso à nascença

DENOMINADOR (BB):

(Aplicável a USF, UCSP, CON, IPSS-C e ACES)

Contagem dos utentes em que a expressão [A e B e C e D] é verdadeira (ver alínea K de OBSERVAÇÕES GERAIS):

- A. Crianças que completam 2 meses de idade durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador.
- B. Inscrição ativa na unidade de saúde, na data de referência do indicador
- C. Crianças resultantes de gravidez de termo
- D. Crianças cuja mãe teve pelo menos uma consulta por profissional na UF nos 270 dias que antecedem o parto

DENOMINADOR (BB):

(Aplicável a UCC)

Contagem dos utentes em que a expressão [A e B e C e D e E] é verdadeira:

A. Crianças que completam 2 meses de idade durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador

B. Crianças resultantes de gravidez de termo

C. Crianças cuja mãe teve pelo menos uma consulta por profissional da UCC nos 270 dias que antecedem o parto

D. Crianças com inscrição ativa numa unidade de saúde do ACES a que pertence a UCC, verificado no mês em que a criança completa 2 meses

E. Crianças com residência numa das freguesias de abrangência da UCC (caso a freguesia seja exclusivamente abrangida pela UCC em análise) ou inscrito num dos códigos RNU de USF ou UCSP associado à UCC (caso a freguesia de residência do utente não seja exclusivamente abrangida pela UCC em análise). Verificado no mês em que a criança completa 2 meses.

**Código SIARS 2018.339.01****Designação**

Taxa anual ajustada de episódios de urgência hospitalar

**Objetivo**

Monitorizar intensidade de utilização da rede de urgência hospitalar pelos utentes inscritos nos cuidados de saúde primários.

**Descrição do Indicador**

Exprime a taxa anual de episódios de urgência na rede de urgência hospitalar por cada 100 utentes inscritos nos cuidados de saúde primários, com ajustamento para a distribuição da população padrão por género e idade.

Numerador da taxa bruta: Contagem de episódios de urgência efetuados nos 12 meses anteriores a utentes com inscrição ativa

Denominador da taxa bruta: Contagem de utentes com inscrição ativa na data de referência do indicador, ponderados à proporção de tempo de inscrição relativamente ao máximo possível no período em análise.

Os utentes entram para o denominador desde que inscritos pelo menos 1 dia do período em análise, sendo no entanto ponderados pela proporção de meses de inscrição, desde um mínimo de 1/12 (utente inscrito 1 mês) até um máximo de 12/12 (utente inscrito 1 ano).

**Regras de cálculo****VARIÁVEL AA**

Contagem de episódios ocorridos na **rede de urgência hospitalar** em que a condição [A e B e C e D e E e F] é verdadeira

A. Realizados a utentes com inscrição ativa na unidade de observação, no último dia do mês em que ocorre o episódio de urgência

B. Realizados a utentes do género Z

C. Realizados a utentes que na data de referência do indicador têm idade em anos pertencente ao intervalo [X; Y[

D. Realizados num dos serviços de urgência pertencentes à rede de urgência de Portugal continental, incluindo centros de trauma, urgência polivalente, urgência médico-cirúrgica e

serviços de urgência básica

E. A "admissão" do episódio de urgência ocorreu no período em análise.

F. O utente não foi transferido e admitido, até 5 horas após a alta, noutro serviço de urgência

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

#### **VARIÁVEL BB**

Contagem de utentes com inscrição ativa, ponderados ao número de meses de inscrição, com idade [X; Y[ e género Z, em que a condição [A e B e C] é verdadeira

A. Com inscrição ativa na unidade de observação durante pelo menos um dia do período em análise.

B. Com género Z

C. Na data de referência do indicador, têm idade (em anos) pertencente ao intervalo [X; Y[

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos)

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos)

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino"

Nota: A ponderação é efetuada utente a utente, pela proporção de meses de inscrição ativa relativamente ao número de meses do período em análise (12), sendo a inscrição verificada apenas no último dia de cada mês. Ou seja, p.e., se um utente estiver inscrito numa unidade de saúde 12 meses conta "1". Se tiver inscrito 6 meses numa unidade e 6 meses noutra, conta "0.5" para cada uma delas

#### **TAXA BRUTA DE EPISÓDIOS DE URGÊNCIA POR 100 INSCRITOS (CC)**

$CC = \text{Somatório (AA)} / \text{Somatório (BB)} \times 100$

#### **TAXA AJUSTADA DE EPISÓDIOS DE URGÊNCIA POR 100 INSCRITOS**

##### **1. CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO**

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).



## 2. DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#), ou seja, escolhe-se sempre como população padrão a totalidade dos utentes com inscrição ativa em Portugal Continental a 31 de dezembro do ano anterior ao da data de referência do indicador.

## 3. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO POR IDADE E SEXO

Calcula-se também a [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)], que não é mais do que o somatório das frequências absolutas de utentes em cada um dos grupos etários e de género da referida população padrão.

## 4. DISTRIBUIÇÃO DOS UTENTES DA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL BB, isto é, não sobre a distribuição de utentes inscritos na data de referência do indicador, mas sim sobre a distribuição de utentes ponderados ao número de meses de inscrição.

## 5. DISTRIBUIÇÃO DOS EPISÓDIOS DE URGÊNCIA DOS UTENTES DA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL AA.

## 6. DETERMINAÇÃO DOS EPISÓDIOS DE URGÊNCIA ESPERADOS

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

## 7. TOTAL DE EPISÓDIOS ESPERADOS

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#) de forma a calcular o [NÚMERO ESPERADO DE EPISÓDIOS NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)].

## 8. CÁLCULO DA TAXA AJUSTADA DE EPISÓDIOS POR 100 UTENTES INSCRITOS

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

[TAXA AJUSTADA DE EPISÓDIOS POR 100 INSCRITOS] = [NÚMERO ESPERADO DE EPISÓDIOS NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)] / [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)] x 100

## 9. CORREÇÃO POR FALTA DE DADOS DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA

Sempre que existam hospitais relativamente aos quais não existam dados de episódios de urgência, procede-se à correção dos resultados tendo em conta a área de abrangência em freguesias dos serviços de urgência, os utentes inscritos em cada freguesia por unidade funcional e a quantidade de meses de falha nos dados (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

#### **Código SIARS 2018.410.01**

##### **Designação**

Taxa anual ajustada de utilizadores frequentes ou muito frequentes do serviço de urgência hospitalar

##### **Objetivo**

Monitorizar intensidade de utilização da rede de urgência hospitalar pelos utentes inscritos nos cuidados de saúde primários. Parâmetro "utilizadores frequentes e muito frequentes"

##### **Descrição do Indicador**

Exprime a proporção de utentes utilizadores frequentes ou utilizadores muito frequentes da rede de urgência hospitalar por cada 100 utentes inscritos nos cuidados de saúde primários, com ajustamento para a distribuição da população padrão por género e idade.

Numerador da taxa bruta: Contagem de utentes com inscrição ativa nos CSP e 4 ou mais episódios de urgência efetuados nos 12 meses anteriores, ponderados à proporção de tempo de inscrição relativamente ao máximo possível no período em análise.

Denominador da taxa bruta: Contagem de utentes com inscrição ativa na data de referência do indicador, ponderados à proporção de tempo de inscrição relativamente ao máximo possível no período em análise.

Os utentes entram para o denominador e para o numerador desde que inscritos pelo menos 1 dia do período em análise, sendo no entanto ponderados pela proporção de meses de inscrição, desde um mínimo de 1/12 (utente inscrito 1 mês) até um máximo de 12/12 (utente inscrito 1 ano).

O algoritmo de ajustamento da taxa bruta de utilizadores frequentes ou muito frequentes de episódios de urgência à população padrão (idade e género) encontra-se descrito [aqui](#).

##### **Regras de cálculo**

**VARIÁVEL AA**

Contagem de utentes ponderados ao número de meses de inscrição, com idade [X; Y[ e género Z, em que a expressão [A e B e C e D e E e F e G] é verdadeira:

- A. Com 4 ou mais episódios de urgência nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador.
- B. Com inscrição ativa na unidade de observação durante pelo menos um dia do período em análise.
- C. Do género Z.
- D. Com idade em anos pertencente ao intervalo [X; Y[.
- E. Episódios de urgência efetuados num dos serviços de urgência pertencentes à rede de urgência de Portugal continental, incluindo centros de trauma, urgência polivalente, urgência médico-cirúrgica e serviços de urgência básica.
- F. As "admissões" de episódios de urgência ocorreram no período em análise.
- G. Contabilizam-se apenas episódios em que o utente não tenha sido transferido e admitido, até 5 horas após a alta, noutro serviço de urgência

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

Nota: A ponderação é efetuada utente a utente, pela proporção de meses de inscrição ativa relativamente ao número de meses do período em análise (12), sendo a inscrição verificada apenas no último dia de cada mês. Ou seja, p.e., se um utente estiver inscrito numa unidade de saúde 12 meses conta "1". Se tiver inscrito 6 meses numa unidade e 6 meses noutra, conta "0.5" para cada uma delas.

**VARIÁVEL BB**

Contagem de utentes com inscrição ativa, ponderados ao número de meses de inscrição, com idade [X; Y[ e género Z, em que a condição [A e B e C] é verdadeira.

- A. Com inscrição ativa na unidade de observação durante pelo menos um dia do período em análise.
- B. Com género Z.
- C. Na data de referência do indicador, têm idade (em anos) pertencente ao intervalo [X; Y[.

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

Nota: A ponderação é efetuada utente a utente, pela proporção de meses de inscrição ativa relativamente ao número de meses do período em análise (12), sendo a inscrição verificada apenas no último dia de cada mês. Ou seja, p.e., se um utente estiver inscrito numa unidade de saúde 12 meses conta "1". Se tiver inscrito 6 meses numa unidade e 6 meses noutra, conta "0.5" para cada uma delas.

#### **TAXA BRUTA DE UTENTES UTILIZADORES FREQUENTES OU MUITO FREQUENTES DA REDE DE URGÊNCIA, POR 100 INSCRITOS (CC)**

$CC = \text{Somatório}(AA) / \text{Somatório}(BB) \times 100$

#### **TAXA AJUSTADA DE UTILIZADORES FREQUENTES OU MUITO FREQUENTES DA REDE DE URGÊNCIA, POR 100 INSCRITOS**

O algoritmo de cálculo da taxa ajustada de utilizadores frequentes ou muito frequentes da rede de urgência a uma população padrão (por sexo e idade) encontra-se descrito [aqui](#), estando previstas 8 fases:

##### **1. CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO**

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

##### **2. DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO**

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#), ou seja, escolhe-se sempre como população padrão a totalidade dos utentes com inscrição ativa em Portugal Continental a 31 de dezembro do ano anterior ao da data de referência do indicador.

##### **3. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO POR IDADE E SEXO**

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

Calcula-se também a [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)], que não é mais do que o

somatório das frequências absolutas de utentes em cada um dos grupos etários e de género da referida população padrão.

#### 4. DISTRIBUIÇÃO DOS UTENTES DA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL BB, isto é, não sobre a distribuição de utentes inscritos na data de referência do indicador, mas sim sobre a distribuição de utentes ponderados ao número de meses de inscrição.

#### 5. DISTRIBUIÇÃO DOS UTILIZADORES FREQUENTES OU MUITO FREQUENTES DA REDE DE URGÊNCIA, DA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO, POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL AA.

#### 6. DETERMINAÇÃO DOS UTILIZADORES FREQUENTES OU MUITO FREQUENTES DA REDE DE URGÊNCIA ESPERADOS

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

#### 7. TOTAL DE UTILIZADORES FREQUENTES OU MUITO FREQUENTES DA REDE DE URGÊNCIA ESPERADOS

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#) de forma a calcular o [NÚMERO ESPERADO DE UTILIZADORES FREQUENTES OU MUITO FREQUENTES DA REDE DE URGÊNCIA, NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)].

#### 8. CÁLCULO DA TAXA AJUSTADA DE UTILIZADORES FREQUENTES OU MUITO FREQUENTES DA REDE DE URGÊNCIA, POR 100 UTENTES INSCRITOS

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

[TAXA AJUSTADA DE UTILIZADORES FREQUENTES OU MUITO FREQUENTES DA REDE DE URGÊNCIA, POR 100 INSCRITOS] =

[NÚMERO ESPERADO DE UTILIZADORES FREQUENTES OU MUITO FREQUENTES DA REDE DE URGÊNCIA, NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)] /

[DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)] x 100

#### 9. CORREÇÃO POR FALTA DE DADOS DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA

Sempre que existam hospitais relativamente aos quais não existam dados de episódios de

urgência, procede-se à correção dos resultados tendo em conta a área de abrangência em freguesias dos serviços de urgência, os utentes inscritos em cada freguesia por unidade funcional e a quantidade de meses de falha nos dados

### Designação

Taxa anual ajustada de utilizadores muito frequentes do serviço de urgência hospitalar

### Objetivo

Monitorizar intensidade de utilização da rede de urgência hospitalar pelos utentes inscritos nos cuidados de saúde primários. Parâmetro "utilizadores muito frequentes"

### Descrição do Indicador

Exprime a proporção de utentes utilizadores muito frequentes da rede de urgência hospitalar por cada 100 utentes inscritos nos cuidados de saúde primários, com ajustamento para a distribuição da população padrão por género e idade.

Numerador da taxa bruta: Contagem de utentes com inscrição ativa nos CSP e 10 ou mais episódios de urgência efetuados nos 12 meses anteriores, ponderados à proporção de tempo de inscrição relativamente ao máximo possível no período em análise.

Denominador da taxa bruta: Contagem de utentes com inscrição ativa na data de referência do indicador, ponderados à proporção de tempo de inscrição relativamente ao máximo possível no período em análise.

Os utentes entram para o denominador e para o numerador desde que inscritos pelo menos 1 dia do período em análise, sendo no entanto ponderados pela proporção de meses de inscrição, desde um mínimo de 1/12 (utente inscrito 1 mês) até um máximo de 12/12 (utente inscrito 1 ano).

O algoritmo de ajustamento da taxa bruta de utilizadores muito frequentes de episódios de urgência à população padrão (idade e género) encontra-se descrito [aqui](#).

### Regras de cálculo

#### VARIÁVEL AA

Contagem de utentes ponderados ao número de meses de inscrição, com idade [X; Y[ e género Z, em que a expressão [A e B e C e D e E e F e G] é verdadeira:

A. Com 10 ou mais episódios de urgência nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador.

B. Com inscrição ativa na unidade de observação durante pelo menos um dia do período em análise.

C. Do género Z.

D. Com idade em anos pertencente ao intervalo [X; Y[.

E. Episódios de urgência efetuados num dos serviços de urgência pertencentes à rede de urgência de Portugal continental, incluindo centros de trauma, urgência polivalente, urgência médico-cirúrgica e serviços de urgência básica.

F. As "admissões" de episódios de urgência ocorreram no período em análise.

G. Contabilizam-se apenas episódios em que o utente não tenha sido transferido e admitido, até 5 horas após a alta, noutra serviço de urgência

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

Nota: A ponderação é efetuada utente a utente, pela proporção de meses de inscrição ativa relativamente ao número de meses do período em análise (12), sendo a inscrição verificada apenas no último dia de cada mês. Ou seja, p.e., se um utente estiver inscrito numa unidade de saúde 12 meses conta "1". Se tiver inscrito 6 meses numa unidade e 6 meses noutra, conta "0.5" para cada uma delas.

#### **VARIÁVEL BB**

Contagem de utentes com inscrição ativa, ponderados ao número de meses de inscrição, com idade [X; Y[ e género Z, em que a condição [A e B e C] é verdadeira.

A. Com inscrição ativa na unidade de observação durante pelo menos um dia do período em análise.

B. Com género Z.

C. Na data de referência do indicador, têm idade (em anos) pertencente ao intervalo [X; Y[.

Em que:

X - Valor inteiro representando o limite inferior fechado do intervalo de idades (em anos).

Y - Valor inteiro representando o limite superior aberto do intervalo de idades (em anos).

Z - Representa o género do utente, sendo possíveis "masculino" e "feminino".

Nota: A ponderação é efetuada utente a utente, pela proporção de meses de inscrição ativa relativamente ao número de meses do período em análise (12), sendo a inscrição verificada



apenas no último dia de cada mês. Ou seja, p.e., se um utente estiver inscrito numa unidade de saúde 12 meses conta "1". Se tiver inscrito 6 meses numa unidade e 6 meses noutra, conta "0.5" para cada uma delas.

#### **TAXA BRUTA DE UTENTES UTILIZADORES MUITO FREQUENTES DA REDE DE URGÊNCIA, POR 100 INSCRITOS (CC)**

$CC = \text{Somatório}(AA) / \text{Somatório}(BB) \times 100$

#### **TAXA AJUSTADA DE UTILIZADORES MUITO FREQUENTES DA REDE DE URGÊNCIA, POR 100 INSCRITOS**

O algoritmo de cálculo da taxa ajustada de utilizadores muito frequentes da rede de urgência a uma população padrão (por sexo e idade) encontra-se descrito [aqui](#), estando previstas 8 fases:

##### **1. CLASSES DE INTERVALOS ETÁRIOS E DE GÉNERO PARA A PADRONIZAÇÃO**

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

##### **2. DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO**

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#), ou seja, escolhe-se sempre como população padrão a totalidade dos utentes com [inscrição ativa] em Portugal Continental a 31 de dezembro do ano anterior ao da data de referência do indicador.

##### **3. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO POR IDADE E SEXO**

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

Calcula-se também a [DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)], que não é mais do que o somatório das frequências absolutas de utentes em cada um dos grupos etários e de género da referida população padrão.

##### **4. DISTRIBUIÇÃO DOS UTENTES DA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO**

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL BB, isto é, não sobre a distribuição de utentes inscritos na data de referência do indicador, mas sim sobre a distribuição de utentes ponderados ao número de meses de inscrição.

5. DISTRIBUIÇÃO DOS UTILIZADORES MUITO FREQUENTES DA REDE DE URGÊNCIA, DA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO, POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO

Aplica-se o método definido [aqui](#), com as regras definidas em cima para a VARIÁVEL AA.

6. DETERMINAÇÃO DOS UTILIZADORES MUITO FREQUENTES DA REDE DE URGÊNCIA ESPERADOS

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

7. TOTAL DE UTILIZADORES MUITO FREQUENTES DA REDE DE URGÊNCIA ESPERADOS

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#) de forma a calcular o [NÚMERO ESPERADO DE UTILIZADORES MUITO FREQUENTES DA REDE DE URGÊNCIA, NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)].

8. CÁLCULO DA TAXA AJUSTADA DE UTILIZADORES MUITO FREQUENTES DA REDE DE URGÊNCIA, POR 100 UTENTES INSCRITOS

Aplica-se, sem alterações, o método definido [aqui](#).

[TAXA AJUSTADA DE UTILIZADORES MUITO FREQUENTES DA REDE DE URGÊNCIA, POR 100 INSCRITOS] =

[NÚMERO ESPERADO DE UTILIZADORES MUITO FREQUENTES DA REDE DE URGÊNCIA, NA POPULAÇÃO PADRÃO (EE)] /

[DIMENSÃO DA POPULAÇÃO PADRÃO (DD)] x 100

9. CORREÇÃO POR FALTA DE DADOS DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA

Sempre que existam hospitais relativamente aos quais não existam dados de episódios de urgência, procede-se à correção dos resultados tendo em conta a área de abrangência em freguesias dos serviços de urgência, os utentes inscritos em cada freguesia por unidade funcional e a quantidade de meses de falha nos dados