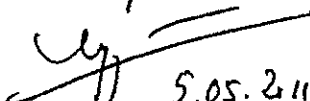




Aprova  
  
5.05.2011

MANUEL PIZARRO  
Secretário de Estado Adjunto  
e da Saúde

# Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

Lisboa, Março de 2011

## ÍNDICE

1	Introdução .....	2
1.1	Enquadramento e antecedentes.....	2
1.2	Abordagens na prestação de cuidados em CSP .....	3
1.3	Sinergias obtidas com as intervenções das diferentes unidades funcionais .....	5
1.4	Contratualização de serviços e orientação para resultados de saúde.....	6
1.5	Papel dos conselhos clínicos .....	7
2	A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados .....	7
2.1	Definição .....	7
2.2	Missão e população abrangida .....	7
2.3	Princípios.....	8
2.4	Constituição da equipa.....	8
2.5	Dimensão .....	8
2.6	Organização.....	9
2.7	Plano de Acção e Compromisso Assistencial .....	9
2.8	Recursos físicos, técnicos e humanos .....	10
2.9	Monitorização e Avaliação .....	10
2.10	Articulação com o ACES .....	11
3	Indicadores de desempenho e carta de compromisso .....	11
3.1	Indicadores para a monitorização do desempenho e sistema de informação.....	11
3.2	Investimento prioritário na qualidade dos registos clínicos .....	11
3.3	Indicadores de monitorização de desempenho.....	11

# 1 Introdução

## 1.1 Enquadramento e antecedentes

Os cuidados de saúde primários (CSP) são a componente dos sistemas de saúde que mais tem contribuído para a melhoria do estado de saúde da população em todo o mundo, quer nos países desenvolvidos, quer nos em vias de desenvolvimento.

Neste contexto, a Organização Mundial da Saúde veio, no seu Relatório Mundial de Saúde de 2008 intitulado: *Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais Que Nunca*, reafirmar que é necessário continuar a investir na estratégia dos CSP e menciona Portugal como um bom exemplo, pelos sucessos alcançados na melhoria do nível de saúde da população.

Os CSP, enquanto pilar essencial do Serviço Nacional de Saúde (SNS), assumem importantes funções de promoção e protecção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços no sentido de ser garantida, de modo racional e eficiente, a continuidade dos cuidados. É essencial, neste processo, articular todos os recursos comunitários, enfatizando a saúde como um conceito positivo, que valoriza os recursos pessoais e sociais. Este processo visa aumentar a capacidade das pessoas para agirem sobre os factores determinantes da saúde individual e colectiva no sentido da adopção de comportamentos promotores de saúde e da criação de ambientes físicos e sociais mais saudáveis.

É de fundamental importância a equidade do Sistema, garantindo o acesso de toda a população a cuidados de saúde essenciais, o que implica o reforço das abordagens pró-activas e de discriminação positiva de alguns grupos da população, tendo em vista reduzir as desigualdades em saúde injustas e evitáveis.

Esta perspectiva conduz à necessidade de se identificarem problemas, os seus factores determinantes e as necessidades de saúde da população e de se delinearem abordagens de intervenção apropriadas. Isto implica planear em saúde e não apenas dar resposta à procura de cuidados de saúde. Implica também trabalhar com outros sectores, articular e estabelecer parcerias, promover a literacia e capacitar, com recurso ao envolvimento e participação das pessoas e estruturas locais nos processos que directa ou indirectamente possam afectar a sua saúde.

A transformação dos CSP em curso no país, consagrada legalmente no DL nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, dá corpo a três preocupações:

- a) **Reforçar e incrementar os valores próprios dos CSP:** proximidade, acessibilidade, equidade na prestação de cuidados de saúde; preocupação e pro-actividade para

com os grupos mais vulneráveis; redução das desigualdades em saúde; prioridade à promoção e protecção da saúde; desenvolvimento de intervenções em saúde multidisciplinares e trans-sectoriais; garantia da continuidade e integração dos cuidados de saúde; promoção do envolvimento da comunidade e dos cidadãos nos processos de intervenção em saúde;

- b) **Reorganizar os serviços de CSP, criando *unidades funcionais*, com autonomia técnica e organizativa**, constituídas por equipas multidisciplinares, em que os diferentes profissionais são co-responsabilizados pela qualidade do desempenho e dos resultados da sua *unidade*;
- c) **Atribuir às instituições de CSP a autonomia de gestão** que necessitam.

Seguindo esta lógica, foram constituídos os agrupamentos de centros de saúde (ACES), com uma dimensão menor do que as das antigas Sub-regiões, mas maior do que a média dos centros de saúde clássicos, com competências próprias legalmente atribuídas, especificidade que nunca tinha sido atribuída às anteriores estruturas dos CSP.

Esta nova dimensão geo-demográfica da unidade básica de gestão dos CSP – os ACES, ao permitir uma abordagem epidemiológica dos problemas de saúde da sua população e dos determinantes que lhes estão associados, vai, espera-se, contribuir para a autonomia gestonária que há muito se considerava necessário existir em CSP.

O facto de cada ACES ser constituído por diferentes *unidades funcionais*, cuja missão e actividades se intersectam e necessariamente se complementam, impõe uma definição clara dos papéis de cada uma dessas *unidades*, de modo a evitar, por um lado, a sobreposições de tarefas, conflitos de competências, duplicação e desperdício de recursos e de força anímica e, por outro, permitir tirar o máximo potencial do desempenho de cada uma no que respeita às suas especificidades em concreto. Esta necessidade de clarificação adquire maior acuidade na articulação entre as *unidades de cuidados na comunidade* (UCC), as *unidades de saúde pública* (USP) e as *unidades de recursos assistenciais partilhados* (URAP), dado disporem de diferenciações afins, embora com competências diferentes.

## 1.2 Abordagens na prestação de cuidados em CSP

A intervenção no âmbito dos CSP caracteriza-se por três tipos de abordagens complementares onde os cidadãos são identificadas no seu contexto familiar, no(s) grupo(s) de pertença ou na comunidade, designadamente:

- a) **Dirigida a cada indivíduo;**
- b) **Dirigida a cidadãos, famílias ou grupos com especial vulnerabilidade e risco;**
- c) **Dirigida à população/comunidade.**

A intervenção individual, de vocação simultaneamente singular e universal, isto é, dirigida personalizadamente a todos os indivíduos inscritos no ACES ou residentes na sua área geográfica, visa contribuir para a identificação, resolução ou controle de problemas de saúde e para minorar os efeitos adversos dos determinantes negativos, através de cuidados curativos, preventivos e de promoção da saúde. O atendimento efectua-se através de uma intervenção personalizada, frequentemente clínica, e que tem em consideração as características e as necessidades de cada pessoa (utente/doente), inserida na família, no grupo e na comunidade. Esta intervenção é feita predominantemente pelos elementos da sua equipa de saúde familiar organizados nas *unidades de saúde familiar (USF)* ou nas *unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP)*, as quais prestam cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. Esta intervenção pode também, em situações específicas, ser feita segundo um modelo de complementaridade, pelas *unidades de cuidados na comunidade (UCC)*, pelas *unidades de saúde pública (USP)* e pelas *unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP)*, consoante a situação, necessidades de saúde e natureza da intervenção em causa. Podem, ainda, ser envolvidos elementos e recursos da família e/ou da comunidade.

O segundo tipo de intervenção interliga-se, como já foi referido, com o anterior e caracteriza-se pela selectividade e pela prioridade de cada intervenção na comunidade, em pessoas, famílias ou grupos com necessidades especiais de cuidados de saúde. Isto é, pressupõe uma hierarquização de prioridades e decisões de intervenção criteriosas, não normativas, em função da magnitude e da gravidade de cada situação ou problema em causa, tendo em conta os recursos disponíveis em cada momento. Estes cuidados são, em geral, prestados na comunidade, fora dos “muros institucionais” e guiados por critérios precisos. A responsabilidade por este tipo de intervenções recai predominantemente sobre as UCC, embora possa envolver qualquer das restantes unidades funcionais, com particular destaque para USP, consoante a natureza das situações, necessidades de saúde e natureza da intervenção em causa.

O terceiro tipo de intervenção é dirigido à população/comunidade no seu todo e visa essencialmente promover e proteger a saúde, e prevenir a doença, através de intervenções baseadas num diagnóstico de saúde e orientadas para a obtenção de ganhos concretos de saúde da população.

As situações podem não ser facilmente compartimentáveis e as intervenções integram, frequentemente, componentes dirigidos a grupos da população e, simultaneamente, incorporam estratégias e objectivos de intervenção individual e familiar ou vice-versa. Os

aspectos conceptuais e normativos devem contribuir para perspectivar as intervenções, sem funcionarem como obstáculos ao desempenho dos profissionais de saúde.

As principais causas de morbimortalidade evitáveis estão relacionadas com os comportamentos individuais e colectivos e respectivos determinantes, em particular os que decorrem dos níveis de literacia em saúde dos cidadãos e dos contextos ambientais e sociais em que estes vivem. Neste tipo de abordagem é, portanto, imprescindível a existência de profissionais com competências específicas, nomeadamente em epidemiologia, planeamento e administração de saúde, intervenção comunitária, saúde ambiental e em comunicação interpessoal e sócio-grupal em saúde, ferramentas com as quais se identifica e caracteriza, planeia e actua com rigor técnico e evidência científica, sobre os problemas de saúde de uma dada população e sobre os determinantes que lhes estão associados. Estes requisitos são essenciais para se delinearem estratégias de intervenção de âmbito populacional. É com este conhecimento da população com quem se pretende trabalhar, dos seus valores e das suas práticas que se torna possível contribuir para uma maior literacia e capacitação em saúde. Esta intervenção só é possível se existir envolvimento da própria comunidade, das suas lideranças e organizações representativas.

Esta abordagem dirigida à população/comunidade como um todo é da responsabilidade das USP. Assenta num trabalho multidisciplinar e interinstitucional e implica a articulação e participação das restantes unidades funcionais do ACES (UCC, USF, UCSP e URAP). Esta articulação e complementaridade é decisiva para uma gestão eficiente dos recursos disponíveis, tendo em vista a consecução dos Programas de Saúde de âmbito nacional, regional ou local, cuja concretização deverá ser expressa em projectos de iniciativa local, consagrados no respectivo plano e/ou estratégia local de saúde, enquanto instrumentos norteadores de um trabalho planeado, participado e sujeito a avaliação e a melhoria contínua da qualidade.

### **1.3 Sinergias obtidas com as intervenções das diferentes unidades funcionais**

Com a actual *reforma dos CSP* pretende-se otimizar as competências e as capacidades dos diferentes profissionais que lhes estão alocados, potenciar a autonomia, a responsabilidade e a inter-cooperação das equipas, promover a co-responsabilidade de todos os profissionais pela qualidade e adequação das intervenções em saúde que executam em tempo útil e com um menor custo.

Todas as unidades funcionais do ACES, em especial as UCC, as USP e as URAP devem ser capazes de delinear o seu funcionamento com plasticidade dinâmica para responder, em cada fase e momento, às necessidades especiais de indivíduos, famílias, grupos e comunidades. Não podem, por isso, amuralhar-se nem assumir atitudes disfuncionais quanto ao modo como organizam as respectivas unidades e recursos. Assim, devem privilegiar-se as dinâmicas de equipas funcionais transversais e em rede, traduzindo o conceito avançado de equipas em geometria ultra-variável, que necessitarão de algum

tempo de aprendizagem e experiência para se implantarem correctamente no dia-a-dia dos CSP. Um desafio que a prática, a reflexão e a avaliação permitirão superar.

Com a alocação a todos os ACES de nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, técnicos de serviço social, entre outros, os CSP disporão de contributos disciplinares essenciais para desenvolverem, de forma mais robusta e sustentada, programas e estratégias de intervenção em saúde numa perspectiva global e não apenas baseadas no modelo biomédico. Em simultâneo, é previsível uma redução progressiva da “medicalização” inadequada de alguns tipos de cuidados de saúde e uma melhoria da efectividade e da eficiência dos CSP. Outros técnicos, não médicos, poderão assumir, com vantagem para os doentes, a responsabilidade por alguns dos cuidados de saúde, designadamente por novos e diferentes tipos de cuidados, que, em conjunto, irão contribuir para diminuir a procura excessiva de cuidados médicos e modificar a presente cultura de utilização, por vezes inadequada e excessiva, de fármacos e de meios complementares de diagnóstico, libertando os médicos para tarefas que só a eles cabe responder.

#### **1.4 Contratualização de serviços e orientação para resultados de saúde**

Atravessando toda a reforma dos CSP e o funcionamento das diferentes *unidades funcionais*, encontra-se a *contratualização*, que consiste na definição negociada entre as partes envolvidas de compromissos de desempenho, desejavelmente formalizados através de contratos-programa (contratualização externa) e de cartas de compromisso (contratualização interna) baseados em actividades a desenvolver e pelas quais os serviços prestadores são financiados ou abonados de equipamento e outros meios, ficando previstas as obrigações e consequências para ambas as partes contratantes.

Para além de potenciar a participação e a criatividade para apresentar sugestões de novos programas e projectos, esta metodologia estimula, simultaneamente, o envolvimento dos profissionais e responsabiliza-os na tomada de decisão e na concretização dos compromissos assumidos.

A contratualização interna com as diferentes *unidades funcionais* dos ACES, permanentemente apoiadas pelos *conselhos* clínicos, deve ser conduzida pelos directores executivos que, por sua vez, recorrerão ao apoio dos serviços das respectivas *unidades de apoio à gestão* (UAG). Esta prática vai contribuir para que se estruture uma nova cultura organizacional com que, espera-se, todos ficarão a ganhar: os profissionais de saúde, os serviços e, fundamentalmente, a população.

A prática de negociar contratos-programa e cartas de compromisso para o ano seguinte (mesmo que este esteja integrado num plano de acção plurianual, a três anos, por exemplo) ou, dito por outras palavras, que recursos vão estar envolvidos e que resultados devem ser atingidos com a boa aplicação desses recursos, constitui um desafio para os ACES e para as suas diferentes *unidades funcionais*. Para garantir isto, é preciso identificar

que actividades são mais custo-efectivas, quais as que traduzem boas práticas em saúde, quais os recursos necessários e qual o impacto esperado na saúde da população.

### **1.5 Papel dos conselhos clínicos**

Deve ser sublinhado o papel indispensável, estratégico, agregador e harmonizador dos *conselhos clínicos*, fórum onde se deve analisar o potencial contributo de cada *unidade funcional* e da orquestra do conjunto das diferentes unidades para a saúde da população. Cabe ao conselho clínico harmonizar as actividades de saúde a desenvolver pelo ACES, como um todo, evitando desperdício de recursos e duplicações de tarefas e, pelo contrário, potenciar sinergias entre os diferentes profissionais e as missões das várias *unidades funcionais*.

## **2 A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados**

O Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, estabelece que entre as unidades funcionais, que constituem o ACES, constam as *unidades de cuidados de saúde personalizados* (UCSP) que, à luz do disposto no seu artigo 10º, tem uma estrutura idêntica às *unidades de saúde familiar* (USF) e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. O compromisso assistencial das UCSP é constituído pela prestação de cuidados de saúde pessoal e familiar já consagrados para as USF na Portaria 1368/2007, de 18 de Outubro. A UCSP pode propor ou receber propostas do ACES para desenvolver carteiras adicionais se forem supletivas aos serviços já fornecidos.

O presente documento apresenta os princípios orientadores da organização e do funcionamento das UCSP do agrupamento de centros de saúde (ACES).

### **2.1 Definição**

- a) As UCSP são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal da área administrativa;
- b) A actividade das UCSP desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica, integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do ACES.

### **2.2 Missão e população abrangida**

Cada UCSP tem como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.



### **2.3 Princípios**

As UCSP devem orientar a sua actividade pelos seguintes princípios:

- a) Harmonia entre as preocupações de acessibilidade, personalização e efectividade dos cuidados e os objectivos de eficiência e qualidade;
- b) Cooperação, que se exige de todos os elementos da equipa para a concretização dos objectivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde;
- c) Articulação, que estabelece a necessária ligação entre a actividade desenvolvida pelas UCSP e as outras unidades funcionais do ACES;
- d) Avaliação, que sendo objectiva e permanente, visa a adopção de medidas correctivas dos desvios susceptíveis de pôr em causa os objectivos do plano de acção.

### **2.4 Constituição da equipa**

Tendo uma missão e estrutura idênticas às USF, as UCSP deverão constituir-se como equipa, idealmente, na base de:

- a) Utentes inscritos, tendo como referência de base o valor de 1550 por cada médico, para um horário de 35 horas semanais, designados em lista, privilegiando-se a estrutura familiar, de acordo com as regras definidas no Decreto-Lei 177/2009, de 4 de Agosto ou nas suas futuras revisões e nos Acordos de Contratação Colectivos em vigor;
- b) Cerca de 300 a 400 famílias de uma determinada área geográfica inscritas em cada enfermeiro, equivalendo a cerca de 1 550 utentes;
- c) Um assistente técnico por cerca de 2 025 utentes inscritos;
- d) O aumento do número de utentes inscritos em lista do médico, em relação ao valor-base indicado, pode decorrer automaticamente do seu regime e carga horária de trabalho semanal como, por exemplo, no caso de ter um regime de 42 horas semanais, ou por necessidade dos serviços, com acordo dos profissionais, sendo compensados nos termos da Portaria n.º 410/2005, de 11 de Abril.

### **2.5 Dimensão**

- a) A população abrangida por cada UCSP corresponde aos utentes inscritos nas listas dos médicos que integram a equipa multiprofissional;
- b) A população inscrita, em regra, não deve ser inferior a 3 000 nem superior a 18 000 utentes, tendo em conta as características geodemográficas da população;
- c) Podem ser constituídas UCSP com população inscrita fora do intervalo de variação definido no número anterior, em casos devidamente justificados e quando as

características geodemográficas da área abrangida pela unidade funcional e os recursos existentes o aconselhem.

## **2.6 Organização**

2.6.1 A organização e funcionamento das UCSP constam do seu regulamento interno proposto pelo Coordenador e aprovado pelo Director Executivo, ouvido o Conselho Clínico.

2.6.2 O regulamento interno da UCSP consagra, nomeadamente:

- a) A missão, valores e visão;
- b) As intervenções e áreas de actuação dos diferentes grupos profissionais que integram a equipa;
- c) O horário de funcionamento e de cobertura assistencial, incluindo o de um serviço assistencial comum;
- d) O sistema de marcação de consultas e de renovação das prescrições;
- e) O acolhimento, orientação e comunicação com os utentes;
- f) Modelo da resposta nas situações de ausência do médico de família, já referido na alínea c);
- g) A forma de prestação de trabalho dos elementos da equipa;
- h) A formação contínua dos profissionais da equipa;
- i) A carta da qualidade.

2.6.3 Cada UCSP tem um coordenador designado de acordo com o artigo 15º do Decreto-Lei 28/2008, de 22 de Fevereiro, com as competências previstas no artigo 16º e nas condições do artigo 17º do mesmo Decreto-Lei.

2.6.4 No caso de não existir um médico com as características definidas no número anterior, o director executivo nomeia, ouvido o conselho clínico, um outro médico especialista em medicina geral e familiar, fundamentando a escolha no respectivo despacho de nomeação.

2.6.5 Ainda no âmbito da organização da UCSP deve, também, ter-se presente a Circular Informativa n.º 6/2010, de 6 de Junho, da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

## **2.7 Plano de Acção e Compromisso Assistencial**

2.7.1 O plano de acção da UCSP traduz o seu programa de actuação na prestação de cuidados de saúde de forma personalizada e contém o compromisso assistencial, os seus objectivos, indicadores e metas a atingir nas áreas da acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência.

2.7.2 O plano de acção deve ser construído para três anos, com metas anuais ajustadas aos regimes de trabalho dos profissionais e à legislação em vigor.

- 2.7.3 O compromisso assistencial das UCSP é constituído pela prestação de cuidados incluídos na carteira de serviços de saúde pessoal e familiar consagrada na Portaria 1368/2007, de 18 de Outubro. A UCSP pode propor ou receber propostas do ACES para desenvolver as carteiras adicionais, se forem supletivas aos serviços já fornecidos aos cidadãos do ACES.
- 2.7.4 O compromisso assistencial é formalizado anualmente, mediante carta de compromisso acordada entre o coordenador e o ACES, da qual deve ainda constar:
- a) A afectação dos recursos necessários ao cumprimento do plano de acção;
  - b) O manual de articulação do ACES com a UCSP.

## **2.8 Recursos físicos, técnicos e humanos**

- 2.8.1 O ACES afecta à UCSP os recursos necessários ao cumprimento do plano de acção e procede à partilha de recursos que, segundo o princípio da economia de meios, devem ser comuns e estar afectos às diversas unidades funcionais.
- 2.8.2 Tendo em vista a utilização eficiente dos recursos comuns entre o ACES e a UCSP, devem ser criados instrumentos que favoreçam e assegurem a articulação das actividades das diversas unidades funcionais, nomeadamente o definido na alínea b) do ponto 2.7.4.
- 2.8.3 As instalações e equipamentos a disponibilizar devem reunir as condições necessárias ao tipo de cuidados de saúde a prestar, com vista a garantir a respectiva qualidade, bem como assegurar as condições necessárias para a formação pré e pós-graduada e contínua.
- 2.8.4 Cada UCSP deve instalar-se num só espaço físico ou, em condições devidamente justificadas pelas características geodemográficas e de recursos, pode instalar-se em mais do que um local de prestação de cuidados.
- 2.8.5 O ACES, através da *unidade de apoio à gestão* (UAG) e da *unidade de recursos assistenciais partilhados* (URAP), fornece serviços de apoio técnico comuns que respondam às solicitações das UCSP, no âmbito da partilha de recursos, com vista ao cumprimento do plano de acção e executa procedimentos e registos nas áreas de gestão de pessoal, contabilidade, aprovisionamento e outras que se mostrem necessárias ao seu normal funcionamento.

## **2.9 Monitorização e Avaliação**

- 2.9.1 A monitorização e avaliação das UCSP incumbem aos órgãos do respectivo ACES.
- 2.9.2 A monitorização e avaliação das UCSP devem incidir sobre as áreas da disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efectividade, eficiência e satisfação e podem contemplar especificidades e características de carácter local e regional, quando estas se apresentem como factores correctivos e niveladores da matriz nacional.

2.9.3 A monitorização e avaliação das UCSP podem ter por base um modelo de matriz nacional que aplica a metodologia de auto-avaliação, avaliações interpares e avaliações cruzadas.

2.9.4 As UCSP podem apresentar candidatura a qualquer modelo organizativo de unidade de saúde familiar.

### **2.10 Articulação com o ACES**

Os profissionais das UCSP, à semelhança de todos os profissionais das várias unidades funcionais, têm a obrigação de colaborar, de acordo com as competências específicas de cada um, no cumprimento do plano de desempenho do respectivo ACES, designadamente na assistência aos utentes sem médico de família atribuído de acordo com as orientações específicas sobre este processo assistencial.

## **3 Indicadores de desempenho e carta de compromisso**

### **3.1 Indicadores para a monitorização do desempenho e sistema de informação**

A carteira de serviços de saúde pessoal e familiar exige que o sistema de informação esteja preparado para fornecer os indicadores definidos para esta unidade funcional, permitindo, deste modo, que cada equipa possa monitorizar e acompanhar a evolução do seu próprio desempenho ao longo do tempo.

Porém, considerando os diversos estádios de desenvolvimento que as UCSP possam ter nas várias regiões de saúde, em diferentes ACES e até dentro do mesmo ACES, recomenda-se que seja constituído um painel flexível de acordo com as necessidades e condições locais e com o grau de desenvolvimento de cada unidade.

De igual modo, o processo de compromisso ou contratualização interna deve adoptar metas ajustadas ao grau de desenvolvimento de cada UCSP, sem prejudicar requisitos mínimos de satisfação das necessidades da população, designadamente garantia de níveis adequados de imunização e de prevenção secundária dos problemas de saúde mais prevalentes e importantes para a protecção de saúde da respectiva população.

### **3.2 Investimento prioritário na qualidade dos registos clínicos**

Sem bons registos clínicos não é possível garantir cuidados adequados e, muito menos, monitorizar e avaliar o trabalho realizado e os cuidados prestados. Assim, deve ser feito um esforço prioritário a nível de cada ACES, sob liderança dos conselhos clínicos, para melhorar os registos clínicos em todas as unidades funcionais, designadamente nas UCSP.

### **3.3 Indicadores de monitorização de desempenho**

O painel de indicadores de monitorização de desempenho das UCSP é comum às USF, dada a coincidência das respectivas missões assistenciais. Porém, as metas acordadas

internamente ao ACES devem ser ajustadas ao nível dos meios e organização de cada unidade. Sem prejuízo da flexibilidade do painel de indicadores acordado localmente no compromisso de desempenho, haverá um conjunto mínimo obrigatório de indicadores de monitorização e avaliação das UCSP, o qual decorre dos indicadores do contrato-programa de cada ACES.