

FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO



INSTITUTO SUPERIOR
BISSAYA - BARRETO

**O FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR
(USF) EM PORTUGAL:
ESTUDO DE CASO NA REGIÃO CENTRO**

Patrícia Alexandra Duarte Gonçalves dos Santos

*Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em
Administração Pública*

Coimbra, Maio de 2008

FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO



INSTITUTO SUPERIOR
BISSAYA - BARRETO

**O FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR
(USF) EM PORTUGAL:
ESTUDO DE CASO NA REGIÃO CENTRO**

Patrícia Alexandra Duarte Gonçalves dos Santos

*Dissertação orientada pela
Professora Doutora Maria da Conceição Marques
para a obtenção do grau em
Administração Pública*

Coimbra, Maio de 2008

AGRADECIMENTOS

Este espaço é dedicado àqueles que deram a sua contribuição para que esta dissertação fosse realizada. A todos eles deixo aqui o meu agradecimento sincero.

Um agradecimento especial à Prof. Doutora Conceição Marques pela forma como orientou o meu trabalho, pelas suas recomendações e cordialidade com que sempre me recebeu.

Em segundo lugar, agradeço ao Prof. Doutor Óscar Lourenço e ao Dr. Pedro Veiga, pela disponibilidade e preciosa ajuda em partes fundamentais deste trabalho.

Quero ainda deixar um agradecimento à Dra. Rosa Reis Marques, vice-presidente do Concelho Directivo da ARS do Centro por ter permitido a recolha dos inquéritos junto das USF bem como a disponibilização de outros dados necessários à elaboração desta tese, assim como aos Coordenadores das USF onde foram realizados os inquéritos pela sua simpatia e abertura para prestar esclarecimentos às minhas questões.

O último agradecimento, mas nem por isso menos importante vai para a minha família e amigos mais próximos, pelo apoio incondicional demonstrados ao longo da elaboração desta dissertação.

RESUMO

A qualidade dos serviços de saúde depende em grande parte da percepção que os utentes têm da forma como lhes são prestados os cuidados de saúde. Neste sentido, qualquer estudo que tenha por base aferir a qualidade de um serviço prestado tem de utilizar instrumentos de medição da satisfação do cliente, nomeadamente inquéritos junto destes.

Através da pesquisa bibliográfica analisam-se as reformas havidas nos Cuidados de Saúde Primários, a nível nacional e internacional, o papel que o controlo das despesas públicas assumiu na necessidade de mudanças na atribuição do financiamento e o subsequente aparecimento das agências de contratualização como reguladoras da atribuição deste financiamento.

O objectivo deste estudo foi tentar perceber, no decorrer da reorganização do modelo de prestação de cuidados de saúde primários, com enfoque na criação das Unidades de Saúde Familiar, se os utentes tiveram ou não percepção das alterações ocorridas e a influência destas na melhoria dos serviços prestados.

PALAVRAS CHAVE: Unidades de Saúde Familiar; Contratualização; Centros de Saúde; Cuidados de Saúde Primários; Serviço Nacional de Saúde.

ABSTRACT

The quality of health services depends largely on the perception that users have of how they are provided health care. This way, any study based on measuring the quality of a service has to use instruments to measure the satisfaction of the client, including making surveys to them.

Through literature research, the reforms undertaken in Primary Health Care, nationally and internationally, were analysed, as were the role that public expenditure control took in the need for changes in the allocation of funding and the subsequent emergence of contracting agencies as regulators of the allocation of this funding.

The purpose of this study was to try to understand, due to the reorganization of the model of providing primary health care, with focus on the creation of Family Health Units, whether or not users have the perception of these changes and the influence on the improvement of the provided services.

KEY WORDS: Family Health Units; Contracting; Health Centers; Primary Health Care; National Health Service.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 – SISTEMAS DE SAÚDE	13
1.1 – BREVE CONTEXTO POLÍTICO E SOCIAL	13
1.2 – SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (SNS)	14
1.2.1 – SISTEMAS DE SAÚDE NOS PAÍSES DA OCDE	14
1.2.2 – SISTEMAS DE SAÚDE EM PORTUGAL	16
1.3 – MODELOS DE FINANCIAMENTO	20
1.3.1 – MODELOS DE FINANCIAMENTO NOS PAÍSES DA OCDE	20
1.3.2 – MODELOS DE FINANCIAMENTO EM PORTUGAL.....	26
1.4 – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	33
1.4.1 – SURGIMENTO DA MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	34
1.4.2 – CENTROS DE SAÚDE	38
CAPÍTULO 2 – AS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR – USF	50
2.1 – O PAPEL DA CONTRATUALIZAÇÃO	50
2.2 – PAPEL DAS AGÊNCIAS DE CONTRATUALIZAÇÃO EM PORTUGAL.....	51
2.3 – UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR.....	56
2.4 – NOÇÃO DE QUALIDADE EM SAÚDE	70
CAPÍTULO 3 – A INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....	74
3.1 – METODOLOGIA.....	74
3.2 - ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS	79
CONCLUSÃO.....	113
BIBLIOGRAFIA	115
ANEXOS.....	A-1

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Actual do Financiamento do SNS.....	26
Figura 2 – Gráficos com a representação da despesa corrente em saúde e PIB _{pm}	28
Figura 3 – Efectivos do Ministério da Saúde segundo o tipo de serviço, 1987-1998	43
Figura 4 – Despesas correntes do SNS, Repartição das transferências do SNS por tipo de serviço	44
Figura 5 – PIDDAC – Valores atribuídos por áreas	44
Figura 6 – Centros de Saúde de Terceira Geração.....	60
Figura 7 – Processo de reestruturação organizacional nos centros de saúde.....	62
Figura 8 – Etapas de Contratualização	64

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Fontes de Financiamento na União Europeia, nos anos 90 (%)	21
Quadro 2 – Percentagem das despesas totais em saúde no PIB, nos países da OCDE, entre os anos de 1960 e de 2000(%)	22
Quadro 3 – Percentagem das despesas públicas nas despesas totais em saúde, nos países da OCDE, entre os anos de 1960 e 2000(%)	23
Quadro 4 – Percentagem da população coberta com um regime público ou social de financiamento da saúde, nos países da OCDE, entre os anos de 1960 e 2000 (%)	24
Quadro 5 – Despesas totais e despesas públicas em saúde, em relação ao PIB, 2001-2005	25
Quadro 6 – Medidas de contenção de custos nos Estados membros da União Europeia, no final da década de 90 do século XX e início do século XXI	27
Quadro 7 – Distribuição do número de efectivos em 2006 em Portugal	44
Quadro 8 – USF Cruz de Celas.....	79
Quadro 9 – USF Condeixa.....	79
Quadro 10 – USF Molicheiro	80
Quadro 11 – USF Grão Vasco	80
Quadro 12 – USF Tornada.....	80
Quadro 13 – USF São Julião da Figueira	81
Quadro 14 – USF VitaSaurium.....	81
Quadro 15 – USF com contratualização para o 4º trimestre.....	82
Quadro 16 – Avaliação Final das USF em 2006	83
Quadro 17 – Distribuição dos inquéritos	83
Quadro 18 – Respostas por grupos etários.....	84
Quadro 19 – Respostas por grupos etários e por USF	84
Quadro 20 – Respostas em função do grau de escolaridade.....	85
Quadro 21 – Percepção do estado de saúde dos inquiridos por grupo etário	85
Quadro 22 – Possibilidade de serem atendidos pelo médico por telefone.....	88
Quadro 23 – Distribuição percentual por USF	88
Quadro 24 – Marcações por telefone, distribuição percentual por USF.....	90
Quadro 25 – Marcações por telefone no CS convencional.....	90
Quadro 26 – Avaliação das instalações das USF.....	92

Quadro 27 – Avaliação das instalações por USF.....	92
Quadro 28 – Obtenção de informação sobre USF	94
Quadro 29 – Alterações percepcionadas.....	94
Quadro 30 – Alterações percepcionadas por USF	95
Quadro 31 – Opinião dos inquiridos sobre possíveis alterações na prestação dos serviços nas USF.....	95
Quadro 32 – Distribuição de respostas por USF.....	96
Quadro 33 – Pontos positivos das USF na opinião dos inquiridos.....	97
Quadro 34 – Pontos positivos das USF na opinião dos inquiridos – distribuição por USF	97
Quadro 35 – Pontos negativos das USF na opinião dos inquiridos	98
Quadro 36 – Pontos negativos das USF na opinião dos inquiridos – distribuição por USF	98
Quadro 36 – Satisfação geral com as USF Vs. CS convencional.....	99
Quadro 37 – Satisfação geral com as USF Vs. CS convencional-Distribuição de respostas por USF.....	99
Quadro 38 – Tempo dispensado Vs. Opinião geral	101
Quadro 39 – Historial Clínico Vs. Opinião geral	102
Quadro 40 – Poder de participação Vs. Opinião geral	103
Quadro 41 – Opção na escolha do médico Vs. Opinião geral	103
Quadro 42 – Atendimento telefónico Vs. Opinião geral	104
Quadro 43 – Atendimento telefónico na USF Vs. Atendimento telefónico no CS convencional	105
Quadro 44 – Atendimento na ausência do médico de família Vs. Opinião geral.....	106
Quadro 45 – Atendimento administrativo Vs. Opinião geral	107
Quadro 46 – Marcações de consultas por telefone na USF Vs. Opinião geral.....	108
Quadro 47 – Tempo de espera de marcação de uma consulta Vs. Opinião geral.....	108
Quadro 48 – Tempo de espera no dia da consulta Vs. Opinião geral.....	109
Quadro 49 – Atendimento em horário pós laboral Vs. Opinião geral	110
Quadro 50 - Instalações da USF Vs. Opinião geral.....	111

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Indicadores a Contratualizar na 1ª Fase	66
Tabela 2 – Indicadores a Contratualizar na 2ª Fase	67
Tabela 3 – Métrica de Avaliação das Metas Contratualizadas na 1ª fase.....	69
Tabela 4 – Métrica de Avaliação das Metas Contratualizadas na 2ª fase.....	69
Tabela 5 – Critério para Atribuição do Incentivo Institucional	70

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Respostas por grupos etários	84
Gráfico 2 – Respostas por género	85
Gráfico 3 – Distribuição do tempo de espera para marcação de uma consulta	91
Gráfico 4 – Satisfação geral com as USF Vs. CS convencional.....	99
Gráfico 5 – Satisfação geral com as USF Vs. CS convencional – Distribuição de respostas por USF.....	100

ABREVIATURAS UTILIZADAS

ACSS - Agências de Contratualização de Serviços de Saúde

APMCG – Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral

ARS – Administração Regional de Saúde

CS – Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção Geral de Saúde

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

IQS – Instituto da Qualidade em Saúde

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários USF – Unidades de Saúde Familiar

OCDE – Organização para a cooperação e desenvolvimento económico

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

RRE – Regime Remuneratório Experimental

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRS – Sub-Regiões de Saúde

ULS – Unidades de Saúde Locais

WHO – *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados de saúde é um bem de primeira necessidade. Nesse sentido somos compelidos a estar atentos às mudanças que ocorrem neste âmbito. Em Portugal temos assistido a uma reforma estrutural nesta área e mais concretamente nos Cuidados de Saúde Primários, que se concretizou recentemente na criação das Unidades de Saúde Familiar.

Atendendo a este facto, haverá todo o interesse em perceber as reais alterações, ou seja, a percepção dos utentes, das mudanças ocorridas na prestação de cuidados de saúde nestas novas unidades, surgindo assim o tema “O Funcionamento das Unidades de Saúde Familiar (USF) em Portugal: Estudo de Caso na Região Centro”, como escolha para a dissertação de tese de mestrado.

Neste sentido, procura-se enquadrar o assunto em análise com um breve resumo histórico das reformas produzidas na área da saúde até à actualidade, introduzindo também algumas definições para melhor compreensão do tema em desenvolvimento.

A pertinência científica deste tema resume-se à necessidade, cada vez mais premente, de conseguir gerir escassos recursos, de forma a prestar cada vez melhores cuidados aos menores custos e, assim, é intenção deste trabalho, tentar perceber se esta política se adequa a esse propósito, do ponto de vista do utente, ou seja, se estes sentem que os cuidados que lhe estão a ser prestados são efectivamente melhores.

Para tentar atingir este objectivo, será recolhida a opinião dos utentes das Unidades de Saúde Familiar através de um inquérito, com intuito de aferir as alterações percebidas e nível de satisfação obtido em comparação com a prestação de cuidados na unidade de saúde precedente.

Este estudo encontra-se assim dividido em três partes. No primeiro capítulo, começa-se por apresentar um enquadramento teórico-conceitual, baseado em bibliografia consultada, englobando uma visão geral dos sistemas de saúde, do contexto político e social após a II Guerra Mundial, nos países da OCDE e em Portugal.

São ainda abordados os modelos de atribuição de financiamento aos sistemas de saúde nos países da OCDE e em Portugal e a importância da contratualização em todo este processo, pelo interesse desta questão no controlo do aumento com as despesas em saúde.

Ainda nesta primeira parte analisa-se a política de cuidados de saúde primários e evolução das políticas desenvolvidas em Portugal neste âmbito, através da caracterização dos modelos de prestação de cuidados de saúde primários desde a sua génese.

Num segundo capítulo, introduz-se o conceito de Unidades de Saúde Familiar, o papel da contratualização na formação destas, a legislação que lhe deu origem, os pressupostos que estiveram na base da sua criação, o modo de financiamento e os serviços que se propõem a prestar. Encerra-se este capítulo com um apanhado de noções de qualidade em saúde para ajudar a introduzir a terceira parte deste trabalho.

No terceiro capítulo, dá-se assim início à investigação propriamente dita, onde se explica a metodologia utilizada, o objecto de estudo, a relevância do mesmo, as hipóteses de trabalho formuladas, a técnica de estudo utilizada e por fim a análise dos resultados obtidos a par da caracterização das USF onde foram realizados os inquéritos.

Pretende-se, deste modo, que este estudo permita fornecer informação útil para os dirigentes das USF e para todos os interessados na optimização da prestação de cuidados primários em saúde.

CAPÍTULO 1 – SISTEMAS DE SAÚDE

1.1 – Breve contexto político e social

Após a II Guerra Mundial assistiu-se a um período de crescimento e estabilidade nos países capitalistas centrais, configurando o chamado "Welfare State" caracterizada por pleno emprego e bem-estar social.

Este estado prolonga-se até início dos anos 70, quando ocorre a crise financeira internacional. As concessões crescentes de recursos, por parte do Estado, para fazer face a cada vez mais exigências sociais, acabam por ter como consequência, enormes deficits na estrutura financeira deste.

A dificuldade em gerir a crise fiscal e económica, com a consequente pressão sobre a dimensão do Estado, levou a que os Governos dos países ocidentais tivessem de adoptar instrumentos de reforma do sector público mais radicais, a "necessidade imperiosa de abrandar a taxa de crescimento dos gastos públicos, a incapacidade de controlar uma Administração cada vez mais gastadora e ineficiente" (Pollit, *et al.*, 2000, citados por Araújo, 2005:1), todos estes factores pressionaram para o surgimento de novas formas de governação baseadas em modelos mais liberais.

Surge assim a preocupação por parte dos governos em recuperar a confiança dos cidadãos, através do controlo rigoroso das despesas públicas (Araújo, 2005).

Mas a falta de informação sobre o fornecimento de serviços públicos e a ausência de incentivos para controlar os custos, tornam-se duas questões críticas, que tornaram difícil o desejado controlo sobre o aumento das despesas públicas.

Segundo Walsh, 1995 citado por Araújo (2005:4), "A ausência de preços e de mecanismos de mercado priva os decisores de informação vital para tomar decisões adequadas".

Neste contexto político e social, também na área da saúde começam nesta altura a surgir reformas, que continuaram até aos dias de hoje e que analisaremos no capítulo seguinte.

1.2 – Serviço Nacional de Saúde (SNS)

1.2.1 – Sistemas de saúde nos países da OCDE

Com a revolução industrial, no final do séc. XIX, surgiram os primeiros sistemas organizados de saúde, desencadeados pela preocupação dos governantes com o crescimento dos acidentes de trabalho e o aparecimento de doenças transmissíveis, com consequentes efeitos nefastos na produtividade do país.

Na Alemanha, o Governo socialista de Bismarck, opta por assumir a gestão dos seguros de doença (retirando das mãos dos sindicatos essa tarefa), para assim recolher votos de apoio e obter autonomia financeira para iniciar acções de reivindicação política e laboral. Nasce assim, em 1883 uma lei que obrigava os empregadores a descontar para um seguro-doença a favor dos trabalhadores, surgindo o início do modelo de segurança social imposto pelo Estado.

Nesta linha de pensamento surgem modelos de segurança social na Bélgica (1884), Noruega (1909) e Grã-Bretanha (1911).

Entretanto surge a II Guerra Mundial e com esta é repensado o papel do Estado na prestação de cuidados de saúde à população.

Na Grã-Bretanha, em 1941, O Ministro da Administração Pública, lançou a ideia de um serviço de saúde acessível a toda a população e a organização de clínicos gerais em centros de saúde ligados a hospitais locais.

Mas alguma oposição da classe de médicos hospitalares, que desenvolviam actividades privadas prósperas, tornam moroso o processo de criação do Serviço Nacional de Saúde, como ele existe hoje em dia naquele país.

Apesar da aparente contestação deste grupo de profissionais, mais tarde, um inquérito realizado pela *British Medical Association*, em 1944, conclui que a maioria dos médicos era a favor da criação de um serviço universal e gratuito.

Em 1942, o Relatório Beveridge, vem definir, que para a criação de um sistema viável de segurança social na Grã-Bretanha, existe a necessidade da criação de serviços de saúde.

Defende neste relatório “*Social Insurance and Allied Services*”, a intervenção do Estado, sendo um modelo mais global que o de Bismarck, pois pretende cobrir mais riscos e exclusão social. É universal, pois abarca toda a população, unificado pois o cidadão fica coberto perante todos os riscos sociais e uniforme pois todos os cidadãos contribuem da mesma forma independentemente do seu rendimento.

Em 1944, o Partido Trabalhista na Grã-Bretanha, insiste no desenvolvimento dos centros de saúde e na possibilidade dos clínicos gerais dos centros de saúde serem pagos através de contratos feitos com a autoridade central e não com as autoridades locais.

O *National Health Service* (serviço nacional de saúde inglês), surge assim, em 1948, dando-se início ao modelo de sistema de saúde com base na responsabilidade do Estado pela prestação de serviços gerais de saúde, de acordo com o princípio de equidade, ou seja, acesso igual para toda a população.

Do outro lado do atlântico, Roosevelt, Presidente dos EUA, e os presidentes que lhe sucederam, tentaram implementar um sistema de segurança social, mas falhou a criação do sistema público de saúde, com acesso universal.

O Modelo Bismarck e o Modelo Beveridge, são ainda hoje modelos de inspiração para a implementação dos sistemas de saúde¹.

Actualmente, Simões (2004:25) identifica dois objectivos que se preconizam nos sistemas de saúde nos países da OCDE: “...promover o acesso das populações aos cuidados de saúde, de acordo com as suas expectativas e as suas necessidades...” e “...promover a eficiência económica num quadro de maior disciplina orçamental e de controlo da despesa pública”.

O primeiro resulta de maior informação por parte da população sobre os seus direitos, tornando-a mais reivindicativa e exigente no acesso a serviços de maior qualidade. O segundo resulta da necessidade do Estado em utilizar da melhor forma o dinheiro dos impostos dos cidadãos, satisfazendo assim a população noutra vertente.

¹ Modelo Bismarck – sistema que resulta da combinação de prestações públicas e privadas.

Modelo Beveridge – sistema que assenta principalmente em receitas fiscais e em serviços públicos.

Campos (2004), afirma que existe uma confrontação com problemas de eficiência que colocam em causa não apenas a sustentabilidade financeira futura, mas também os valores de equidade na prestação dos serviços (acesso igual para necessidades iguais), isto verifica-se pela crescente desproporção entre recursos e necessidades.

Em resumo, tentar combinar a equidade e a eficiência é a estratégia comum aos países da OCDE (Simões, 2004).

1.2.2 – Sistemas de saúde em Portugal

O nosso sistema de saúde segue o modelo beveridgeano em termos ideológicos. Na Constituição da República Portuguesa, na sua redacção inicial de 1976, no art. 64º é dito que “...o direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito...”, independentemente das capacidades económicas dos cidadãos. Fala-se aqui pela primeira vez num Serviço Nacional de Saúde, financiado pelo Estado.

Mas com a revisão constitucional de 1989, este artigo passa a ter diferente redacção, afastando o princípio da completa gratuitidade. “O direito à protecção da saúde é realizado: a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”.

Ainda em 1979 foi aprovada a lei que veio transformar as estruturas do Ministério da Saúde naquilo que hoje conhecemos como o Serviço Nacional de Saúde (SNS), mas esta foi suspensa durante três anos, observando-se nesta altura um aumento de importância do sector privado (Campos, 1987).

Seria um sistema administrativo e financeiramente autónomo, de organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos de âmbito central, regional e local, dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e serviços prestadores de cuidados de saúde diferenciados.

De acordo com Araújo, (2002:60) “Os constrangimentos económicos impuseram ajustamentos nas políticas (...) mudanças no funcionamento interno das organizações públicas (...) introdução de métodos alternativos de fornecer serviços públicos”.

Mais tarde nos anos 90, é aprovada a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e publicado o Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, o Estatuto do SNS, “...que tenta ultrapassar a dicotomia entre os cuidados de saúde primários e diferenciados, através da criação de unidades integradas. As unidades integradas de saúde pretendem viabilizar a articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais. Procura-se uma gestão de recursos mais próxima dos destinatários” (Portal da Saúde, 2006).

O Estatuto do SNS aponta como objectivo do Serviço Nacional de Saúde, “a efectivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na protecção da saúde individual e colectiva”.

Define ainda no artigo 23º as entidades responsáveis pelos encargos do SNS, que são para além do Estado: os utentes não beneficiários do SNS e os utentes que sendo beneficiários do SNS, têm ainda assim, de contribuir em função das suas condições económicas e sociais; os subsistemas de saúde, que incluem as instituições particulares de solidariedade social, nos termos dos seus diplomas orgânicos ou estatutários; as entidades que estejam obrigadas ao pagamento da prestação de serviços de saúde por força da lei ou de contrato; as entidades que se assumam como responsáveis “pelo pagamento devido pela assistência em quarto particular ou por outra modalidade não prevista para a generalidade dos utentes” e “responsáveis por infracção às regras de funcionamento do sistema ou por uso ilícito dos serviços ou material de saúde”.

No ponto dois deste mesmo artigo isentam-se de pagamento dos serviços de saúde prestados, os utentes “que se encontrem em situações clínicas ou pertençam a grupos sociais de risco ou financeiramente mais desfavorecidos...”.

No artigo 26º do mesmo Estatuto é dito que “As quantias cobradas constituem receita própria das instituições prestadoras dos cuidados e são inscritas nos orçamentos ou balancetes respectivos”.

Da leitura destes documentos legislativos percebe-se que as instituições são financiadas não só pelo Estado como por outras entidades, além da comparticipação do próprio utente, sendo que essa se tem vindo a tornar cada vez maior, como se observa por exemplo, no aumento da taxa moderadora.

A tendência dos países desenvolvidos tem evoluído no sentido da adopção de políticas contratuais com as entidades prestadoras de cuidados de saúde, de forma a assegurar a manutenção do financiamento público, da universalidade no acesso e a equidade na prestação dos cuidados.

Em síntese, o que se procura é uma gestão virada para os resultados e indutora da eficiência e economia.

“Dada a ambiguidade existente entre Estado prestador e estado financiador, procurava-se apostar num Estado que fosse “bom gestor”, através da maximização da capacidade operativa do sector público, o que então se designou por rentabilização da capacidade instalada. Apostou-se na clarificação entre o financiamento e a prestação de cuidados, numa maior responsabilização das estruturas regionais da administração de saúde, num maior comprometimento dos órgãos dirigentes das unidades de saúde e no envolvimento dos restantes profissionais.” (OPSS, 2006:36).

No Relatório de Primavera de 2006 (2006: 38) são apresentados como dificuldades estruturais os seguintes pontos:

- “A incipiente cultura de avaliação na Administração Pública, em geral, e na área da saúde, em particular;
- A quase inexistência de tradição de processos de negociação e da prática da gestão por objectivos;
- O insuficiente desenvolvimento das aptidões exigidas para a condução da contratualização e acompanhamento por parte da administração em saúde;
- O decorrente défice de aculturação por parte das instituições prestadoras;
- As fragilidades dos sistemas de informação”.

O Relatório aconselha ainda que sejam seguidos os seguintes requisitos:

- “Separação e “especialização” dos papéis da prestação de cuidados e de financiamento;

- Identificação explícita das tarefas e interdependências decorrentes da coexistência das Agências e dum organismo financiador — o IGIF reformulado;
- Clarificação do posicionamento das Agências na orgânica do Ministério da Saúde e das competências e autonomias que lhe estão associadas;
- Criação de equipas estáveis e assumidamente com competências para assegurar a tarefa;
- Adequação e transparência dos modelos para a afectação dos recursos às instituições prestadoras;
- Enunciação explícita dos incentivos e penalizações decorrentes dos níveis de cumprimento do contratualizado;
- Consagração da responsabilização efectiva dos gestores públicos, mas também da sua dotação com competências gestionárias adequadas;
- Identificação das necessidades em saúde, mas também dos possíveis impactos associados a factores não dependentes dos órgãos de gestão das instituições prestadoras;
- Plano de formação para os vários intervenientes no processo de contratualização;
- Desenvolvimento da contratualização interna nas organizações prestadoras;
- Publicitação de um plano explícito de desenvolvimento dos sistemas de informação que dêem suporte adequado à contratualização e ao processo de acompanhamento;
- Transparência, perante o cidadão, em relação aos contratos estabelecidos e à sua concretização”.

A descontinuidade política é um factor destabilizador. Nos últimos vinte anos observaram-se descontinuidades severas nas políticas de saúde. Estas não são limitadas às mudanças de governo, mas também em mudanças ministeriais dentro do mesmo governo. Esta situação tem sido um factor predominante na difícil implementação das reformas de saúde em Portugal.

Para além de tudo o que foi referido, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) não é o único prestador de cuidados, nem nunca foi, coexistindo um sector privado, onde na sua maioria os profissionais são também funcionários do SNS, o que também levanta algumas questões que não serão exploradas neste trabalho, pois não é esse o objectivo.

O Serviço Nacional de Saúde tem duas vertentes, os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde primários. Neste trabalho abordaremos especificamente a segunda vertente.

No capítulo seguinte, analisaremos os sistemas de Financiamento nos países da OCDE e em Portugal.

1.3 – Modelos de Financiamento

1.3.1 – Modelos de Financiamento nos Países da OCDE

Nos países da OCDE, coexistem três tipos de sistemas de financiamento, segundo Simões (2004).

O primeiro é o sistema de seguro privado, que se desenvolveu em países como a Suíça e os EUA e que consiste em seguros privados que cobrem os mais importantes riscos de saúde, para a grande maioria da população, sendo que na Suíça apesar de tudo, existe grande controlo do Estado para que a avaliação do risco seja colectiva e não individual.

Nos restantes países da OCDE, os seguros privados são complemento à resposta do Estado, servem para cobrir o que o Estado não paga na totalidade, ou para obter tratamento em instituições privadas e ou ainda, cobrir riscos que os serviços públicos não contemplam.

O segundo sistema é o de seguro social, onde a gestão fica, por norma, a cargo de entidades sociais com supervisão de organismos públicos. Existe uma “mutualização” dos riscos e a contribuição do indivíduo é fixada em função do rendimento. São de inscrição obrigatória, principalmente para pessoas com baixos rendimentos. Estas caixas, por regra, organizam-se em função de profissões, sectores de actividade, confissão religiosa ou cobertura geográfica.

Por fim o sistema de financiamento por impostos, que engloba dois modos “financiamento e prestação são assegurados por um só organismo público que recebe do orçamento do

Estado as verbas que necessita”, e o outro modo em que a “prestação de cuidados é realizada por serviços estatais ou por entidades privadas contratadas pelos fundos públicos autónomos.” (Simões, J., 2004:34).

Nos países da OCDE temos também, segundo o mesmo autor, três tipos de relação do financiamento com a prestação de cuidados.

No sistema de reembolso, os prestadores de cuidados de saúde são reembolsados pelos serviços consumidos pelos utentes, sendo que o pagamento pode ser feito directamente ao utente, parcialmente ou totalmente, por um seguro ou entidade seguradora.

Existe também o sistema de contrato, ou convenção, no qual existe acordo entre o Estado e os prestadores de cuidados de saúde, onde são fixadas as condições de pagamento, comumente utilizado pelos sistemas de seguro social. Neste caso os utentes só podem aceder aos prestadores convencionados, excepto se estiverem dispostos a pagar a totalidade da prestação de cuidados de saúde. Por fim temos o sistema integrado, onde a mesma entidade financia e presta os cuidados. Em Portugal a maioria do financiamento provem dos impostos, seguido do pagamento dos consumidores.

Analizando o quadro seguinte, verificamos em termos percentuais o peso de cada um dos sistemas nos países da União Europeia nos anos 90:

Quadro 1 – Fontes de Financiamento na União Europeia, nos anos 90 (%)

Estados Membros	Impostos	Segurança Social	Seguros Voluntários	Pagamentos pelos consumidores	Outros
Alemanha	11	65	7	7	10
Áustria	24	54	8	14	---
Bélgica	38	36	---	17	9
Dinamarca	81	---	2	17	---
Espanha	59	15	7	16	3
Finlândia	62	13	2	21	2
França	4	72	7	16	1
Grécia	33	24	2	41	---
Irlanda	68	7	9	14	2
Itália	64	---	3	31	2
Holanda	10	68	15	7	---
Luxemburgo	30	50	2	8	10
Portugal	55	6	1	38	---
Reino Unido	79	12	6	3	---
Suécia	70	13	---	17	---

Fonte: Adaptado de Simões, J. 2004

1.3.1.1 – Gastos com saúde

Observando os gastos com saúde entre 1960 e 2000, assiste-se a mais do que uma duplicação das despesas neste período, atingindo em 2000 os 9% do PIB (quadro 2).

Quadro 2 – Percentagem das despesas totais em saúde no PIB, nos países da OCDE, entre os anos de 1960 e de 2000 (%)

	1960	1970	1980	1990	2000
EUA	5	6,9	8,7	11,9	13,1
Suíça	5	5,6	7,6	8,5	10,7
Alemanha	5	6,3	8,8	8,7	10,6
Grécia		6,1	6,6	7,5	9,4
França				8,6	9,3
Canadá	5	7	7,1	9	9,2
Islândia	3	4,9	6,1	7,9	9,1
Portugal		2,6	5,6	6,2	9
Austrália		4,3	7	7,8	8,9
Bélgica		4	6,4	7,4	8,7
Holanda			7,5	8	8,6
Suécia	5	6,9	9,1	8,5	8,4
Dinamarca			9,1	8,5	8,3
Itália		3,6	5,1	8	8,2
Áustria	4	5,3	7,6	7,1	8
Nova Zelândia		5,1	5,9	6,9	8
Noruega	2,9	4,4	7	7,8	7,7
Japão	3	4,5	6,4	5,9	7,6
Espanha	1,5	3,6	5,4	6,6	7,5
Reino Unido	3,9	4,5	5,6	6	7,3
República Checa				5	7,1
Finlândia	3,9	5,6	6,4	7,9	6,7
Hungria					6,7
Irlanda	3,6	5,1	8,4	6,6	6,4
Polónia				5,3	6,4 (a)
Coreia				4,8	5,9
Eslováquia				5,9	5,7
Luxemburgo		3,6	5,9	6,1	5,6
México				4,4	5,6
Turquia		2,4	3,3	3,6	4,8 (a)
Média	3,9	5	6,9	7,2	8,1

(a) valor referente ao ano de 1998

Fonte: Simões, J. 2004, *In* OECD Health Data 2003

Em Portugal a percentagem de despesas públicas no total das despesas em saúde atingia os 68,5% em 2000 (quadro 3).

Quadro 3 – Percentagem das despesas públicas nas despesas totais em saúde, nos países da OCDE, entre os anos de 1960 e 2000 (%)

	1960	1970	1980	1990	2000
República Checa	---	97	97	97	91
Eslováquia	---	---	---	---	89
Luxemburgo	---	89	93	93	88
Noruega	---	92	85	83	85
Suécia	---	86	93	90	85
Islândia	77	82	88	87	84
Dinamarca	---	---	88	83	83
Reino Unido	---	87	89	84	81
Japão	60	70	71	78	78
Nova Zelândia	---	80	88	82	78
França	---	---	---	77	76
Hungria	---	---	---	---	76
Finlândia	---	74	79	81	75
Alemanha	---	73	79	76	75
Itália	---	---	---	79	73
Irlanda	76	82	82	72	73
Turquia	---	37	27	61	72 (a)
Espanha	59	65	80	79	72
Bélgica	---	---	---	---	71
Polónia	---	---	---	92	71 (a)
Canadá	43	70	76	75	71
Áustria	---	63	69	74	70
Austrália	---	50	63	67	69
Portugal	---	59	64	66	69
Holanda	---	---	69	67	63
Grécia	---	43	56	54	56
Suiça	---	---	---	52	56
México	---	---	---	43	48
Coreia	---	---	---	37	44
EUA	23	36	42	40	44
Média	63	72	75	74	72

(a) valor referente ao ano de 1998

Fonte: Adaptado de Simões, J. 2004, *In* OECD Health Data 2003

Coloca-se assim a questão do porque destes aumentos. Temos duas leituras, o lado da procura em que as justificações apontadas por Simões (2004) são, o envelhecimento da população, pois as pessoas com mais de 65 anos, segundo estudos elaborados na década de

80, consumiam em média quatro vezes mais recursos médicos que a restante população. Outra razão apontada é o crescimento do rendimento, que trás associada a maior exigência da população numa melhoria da qualidade de vida e assim na maior procura de cuidados de saúde. E por fim o alargamento do acesso e da cobertura dos seguros, que se traduziu numa maior procura dos serviços de saúde. Que como podemos observar no quadro seguinte a partir da década de 80 passou a ser de 100% na maioria dos países da OCDE.

Quadro 4 – Percentagem da população coberta com um regime público ou social de financiamento da saúde, nos países da OCDE, entre os anos de 1960 e 2000 (%)

	1960	1970	1980	1990	2000
Austrália	---	85,0	100,0	100,0	100,0
Canadá	---	100,0	100,0	100,0	100,0
República Checa	---	100,0	100,0	100,0	100,0
Dinamarca	95,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Finlândia	55,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Grécia	---	55,0	88,0	100,0	100,0
Hungria	---	---	100,0	99,0	100,0
Islândia	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Irlanda	---	85,0	100,0	100,0	100,0
Japão	---	100,0	100,0	100,0	100,0
Coreia	---	---	29,8	100,0	100,0
Nova Zelândia	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Noruega	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Portugal	18,0	40,0	100,0	100,0	100,0
Suécia	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Suiça	74,0	89,0	96,5	99,5	100,0
Reino Unido	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Itália	---	87,0	93,0	100,0	100,0
França	---	95,6	99,1	99,4	99,9
Áustria	78,0	91,0	99,0	99,0	99,0
Bélgica	58,0	97,8	99,0	97,3	99,0
Luxemburgo	---	90,0	99,6	99,8	99,0
Espanha	54,0	61,0	83,0	99,0	---
Eslováquia	---	---	---	---	93,8
Alemanha	85,2	89,2	92,3	88,8	90,9
Holanda	---	71,0	74,6	73,9	75,6
México	---	---	---	55,1	---
Turquia	---	26,9	38,4	55,1	---
EUA	---	---	---	24,5	24,7
Média	79,1	87,3	92,3	92,3	95,3

Fonte: Adaptado de Simões, J. 2004, *In* OECD Health Data 2003

Quadro 5 – Despesas totais e despesas públicas em saúde, em relação ao PIB, 2001-2005

Países	2001		2002		2003		2004		2005	
	Totais	Públicas	Totais	Públicas	Totais	Públicas	Totais	Públicas	Totais	Públicas
Portugal	8,8	6,3	9,0	6,5	9,7e	7,1e	9,8e	7,0e	10,2e	7,4e
Alemanha	10,4	8,3	10,6	8,4	10,8	8,5	10,6	8,1	10,7	8,2
Áustria	10,0	7,6	10,1	7,6	10,2	7,7	10,3	7,8	10,2	7,7
Bélgica	8,7	6,7	9,0	6,7	10,1b	7,2b	10,2e	7,5e	10,3e	7,4e
Chipre	5,8	x	5,9	x	6,1	x	6,4	x	5,8	x
Dinamarca	8,6	7,1	8,8	7,3	9,1b	7,7b	9,2e	7,8e	9,1e	7,7e
Eslóvaquia	5,5	4,9	5,6	5,0	5,9	5,2	7,2b	5,3b	7,1	5,3
Eslóvenia	9,0	x	8,9	x	8,8	x	8,7	x	x	x
Espanha	7,2	5,2	7,3	5,2	7,9b	5,5b	8,1e	5,7e	8,2e	5,9e
Estónia	5,1	x	5,0	x	5,3	x	5,3	x	x	x
Finlândia	6,7	5,1	7,0	5,4	7,3	5,6	7,4	5,7	7,5	5,9
França	9,7	7,6	10,0	7,9	10,9b	8,6b	11,0	8,7	11,1	8,9
Grécia	9,8	4,7	9,7	4,6	10,0	4,7	9,6	4,3	10,1	4,3
Holanda	8,3	5,2	8,9	5,5	9,1e	x	9,2e	x	x	x
Hungria	7,2	4,9	7,6	5,3	8,3e	5,9e	8,1e	5,7e	x	x
Irlanda	7,0	5,1	7,2	5,4	7,3	5,6	7,5	5,8	7,5	5,8
Itália	8,2	6,1	8,3	6,2	8,3	6,2	8,7	6,6	8,9	6,8
Letónia	6,2	x	6,3	x	6,4	x	7,1	x	x	x
Lituânia	6,3	x	6,5	x	6,6	x	6,5	x	x	x
Luxemburgo	6,4	5,6	6,8	6,1	7,8b	7,0b	8,3e	7,5e	x	x
Malta	8,0	x	9,1	x	9,3	x	9,2	x	x	x
Polónia	5,9	4,2	6,3b	4,5b	6,2	4,4	6,2	4,3	6,2e	4,3e
Rep. Checa	6,7	6,0	7,1	6,4	7,4b	6,7b	7,3	6,5	7,2	6,4
Reino Unido	7,5	6,2	7,7	6,4	7,8b	6,7b	8,1d	6,9d	8,3d	7,2d
Suécia	8,7	7,4	9,1	7,8	9,3	7,9	9,1	7,7	9,1	7,7

b) Quebra de série.
e) Estimativa.
d) Diferença de metodologia.

Fonte: DGS (2007) In OECD, Health Data 2006 (January 2007)

Abordando a questão do ponto de vista da oferta, a explicação para o crescimento estará nas inovações tecnológicas, nos novos medicamento, novos actos médicos, tudo isto com os seus custos inerentes.

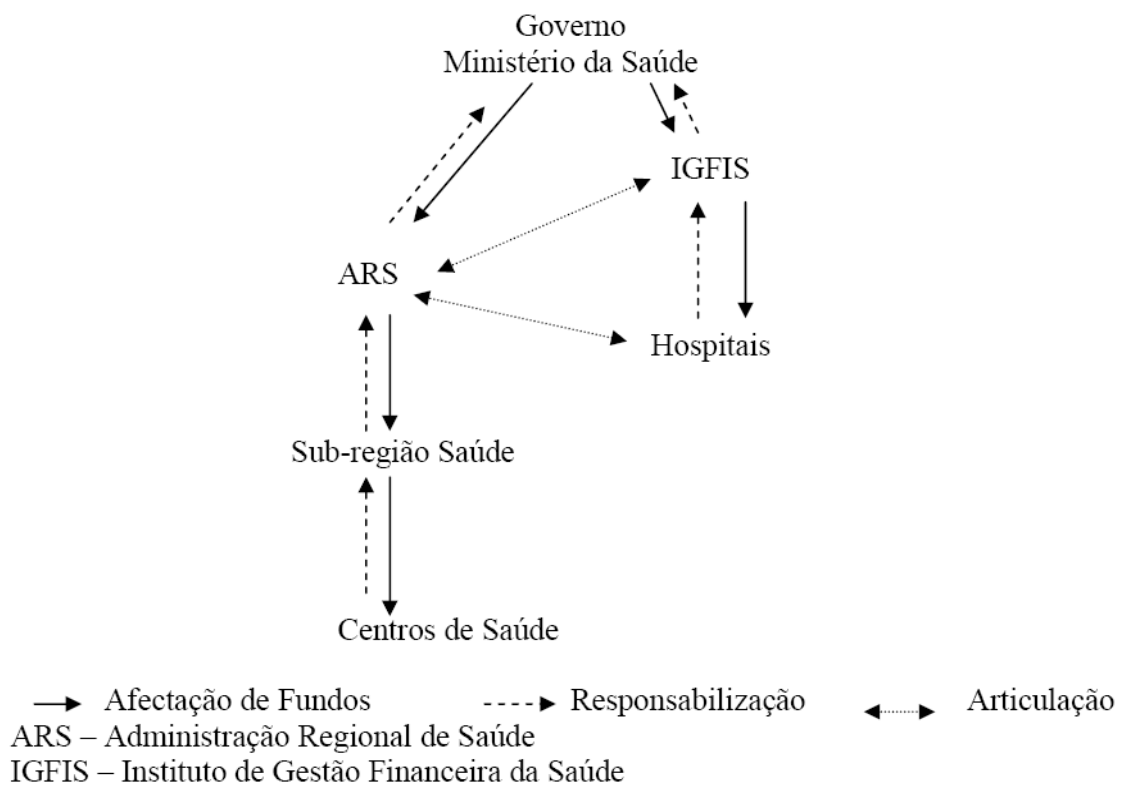
Segundo Simões (2004: 67), nos países cujo modelo seguido, é o de Beveridge, em que temos sistemas integrados de financiamento e de prestação de cuidados, “...os poderes públicos estão directamente envolvidos no planeamento e na gestão de serviços”. A intenção das políticas de saúde é a afectação de recursos, face às necessidades das populações, sendo que se passou a utilizar, “...em certo momento, a gestão central, mas que rapidamente se considerou obsoleta. O Reino Unido iniciou, então, o processo de separação entre o financiamento e a prestação de cuidados, o que provocará a diminuição do envolvimento directo do Estado”.

1.3.2 – Modelos de Financiamento em Portugal

As entidades do SNS são predominantemente financiadas pelo Orçamento Geral do Estado, ou seja, pelos contribuintes pela via dos impostos. Os pagamentos directos dos utentes e os seguros de saúde completam os meios de financiamento do sistema.

A estrutura destas entidades em termos de funcionamento e financiamento, fundamentam-se segundo Araújo, Joaquim, no modelo hierárquico.

Figura 1 -Modelo Actual do Financiamento do SNS



Fonte: Araújo (2005:8)

1.3.2.1 – Medidas de contenções de custos

As contenções impostas aos hospitais reflectem-se na necessidade de reforma dos CSP, pois apostando-se na prevenção pode-se reduzir o afluxo de utentes aos hospitais. Portanto este processo é todo um reflexo da necessidade de influenciar a diminuição de procura aos hospitais, devido ao efeito de restrições orçamentais na saúde.

Quadro 6 – Medidas de contenção de custos nos Estados membros da União Europeia, no final da década de 90 do século XX e início do século XXI

<p>Limitações de recursos públicos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Crescimento dos co-pagamentos;• Redução do número de situações de excepção aos co-pagamentos;• Racionamento com base em decisões explícitas;• Papel crescente dos seguros voluntários de saúde;• Desenvolvimento de formas alternativas à hospitalização; <p>Novas técnicas de orçamentação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Orçamentos fixos substituídos por orçamentos indiciários;• Orçamentos combinados com pagamentos de acordo com as actividades;• Orçamentos sectoriais substituídos por orçamentos para prestadores individuais; <p>Formas de controlo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Controlo sobre os honorários;• Controlo dos <i>input</i>;

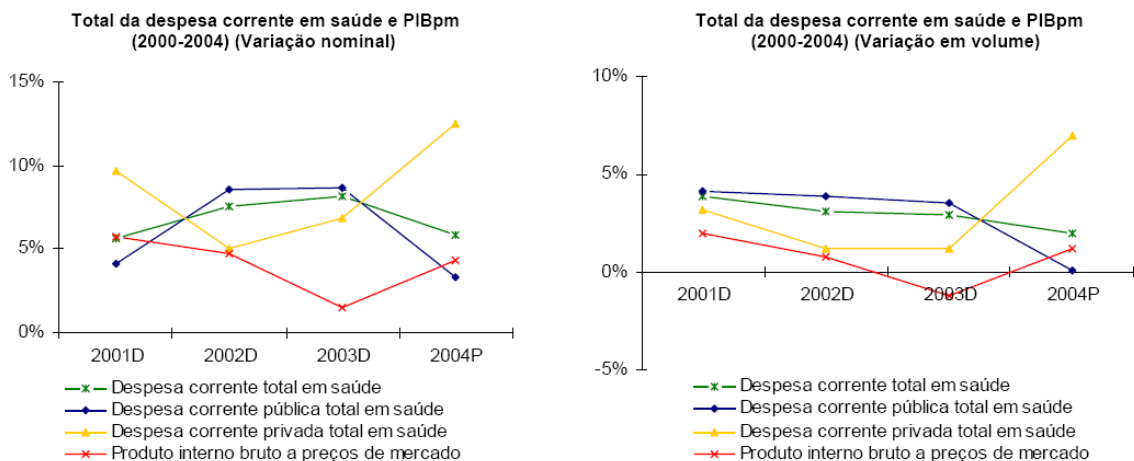
Fonte: Adaptado de Simões (2004:60) adaptado de Mossialos e Le Grand 1999

O sistema de financiamento é algo complexo. Barros, citado por Justo, (2006:1), afirma “...temos de ter a arte de encontrar a solução. Não é copiar o sistema deste ou daquele. Temos de ter a arte e a coragem de procurar o nosso caminho. Já vimos que só importar não dá resultado.”. Justo coloca a questão “...atendendo aos valores éticos que regulam as nossas relações sociais: se a saúde tem um valor de troca, se continua a existir lugar para uma relação de agência entre prestador e utilizador, se os custos com o impacto sobre a saúde no *laissez-faire* do mercado devem continuar a ser indexados ao Orçamento de Estado e se deve manter-se o pagamento dos custos com cuidados que, no actual estado da ciência, nunca irão gerar retorno social”.

De acordo o relatório do INE (2007), com dados reais até 2003 e provisórios para 2004, diz no seu ponto 1 que “...entre 2000 e 2004, o total da despesa corrente em saúde cresceu, em termos reais, a um ritmo superior ao do PIB_{pm}.”

Com efeito, o total da despesa corrente em saúde cresceu ao longo de todo o período em análise, apresentando uma taxa de crescimento decrescente em volume de 3,9% em 2001, 3,1% em 2002, 2,9% em 2003 e 2,0% em 2004”.

Figura 2 – Gráficos com a representação da despesa corrente em saúde e PIB_{pm}



Fonte: INE (2007)

Os gastos públicos em saúde incluem a despesa do SNS e a despesa dos subsistemas públicos (ADSE, Militares, PSP, GNR e SS Ministérios).

Segundo Justo (2006:2), “...é na interactividade entre os dois lados da equação expectativas/PIB que reside a dificuldade em identificar os critérios que melhor consigam enquadrar um modelo de financiamento do SNS, uma vez que se trata de ajustar uma infinidade de necessidades a uma finitude de recursos”.

Na análise do relatório elaborado por uma comissão nomeada pelo Governo em Julho de 2005 sobre direcções de mudança, Barros na Mesa Redonda promovida pela Universidade Nova de Lisboa (2005:6) afirma: “...o pagamento ao acto encoraja a realização de actos, até mais do que o necessário”, mas que o pagamento por capitação que também poderá ser aplicado, é um incentivo a competir pelos doentes e pode assim levar a uma selecção destes. Levanta-se então a questão, se a combinação de ambos talvez não poderá evitar os aspectos de selecção deste último.

Analisando o sistema europeu, na Holanda, 30% dos utentes mais ricos são tratados no sistema que financia, segundo o pagamento por acto, sendo os restantes tratados nos sistemas de pagamento por capitação, caso claro de selecção de doentes.

Na Dinamarca optou-se por um pagamento de dois terços por acto e um terço por capitação. Na Noruega é cinquenta por cento para cada sistema. No Reino Unido o pagamento é por capitação, para grupos, que compram serviços aos hospitais.

Barros questiona então qual a qualidade dos cuidados. Na teoria o sistema de pagamento por capitação depende de conseguir atrair o utente, o que aumenta a qualidade dos cuidados como forma de cativação deste. Por outro lado como podem existir preferências diferentes, a qualidade pode não ser observada. E não existe evidência clara sobre a relação sistema de pagamento aos clínicos gerais e a qualidade dos serviços prestados.

Uma das formas alternativas de assegurar o financiamento é através dos impostos, ou seja, transferências do Orçamento de Estado para o SNS, através de pagamentos directos no âmbito do SNS nas taxas moderadoras e na comparticipação nos medicamentos e no âmbito puramente privado (consultórios médicos) e no âmbito de prescrição pública nos meios complementares de auxiliares de diagnóstico.

Através das contribuições para subsistemas privados quer seja por capitação ou por contribuição directa. E também nas contribuições para subsistemas públicos por capitação ou contribuição directa.

Internacionalmente existe uma grande diversidade de modelos, mas não tem existido grande evolução.

Em 14 de Março de 2006, Correia de Campos anunciou segundo a agência Lusa (2006), possuir informações que confirmavam a sustentabilidade do actual modelo de financiamento do SNS.

Refere ainda que “Com a opção que o Governo adoptou, de financiar em 2006 com um montante igual a 2005, foi concedida uma oportunidade de demonstrar que o actual modelo de financiamento do SNS é viável”.

Mas, o que na realidade se observa é que a população paga 100% das despesas em saúde por via dos impostos, através dos pagamentos directos, da contribuição para subsistemas e seguros privados (Barros, 2006).

Se tivermos problemas de financiamento as opções são a canalização de mais fundos, retirarem-se os benefícios, ou seja menor acesso aos serviços de saúde, ou então uma redução dos custos através de ganhos de eficiência nos cuidados de saúde prestados.

Ficam alguns dados apresentados por Barros no referido documento apresentado na Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa:

“A despesa do exercício de 1995 a 2004 cresceu cerca de 9,2% e de 2002 a 2006 2,9% ao ano.

A dotação final do Orçamento de Estado para o SNS cresceu a 10,8% por ano entre 1995 e 2004 e 0,4% entre 2004 e 2006.

A receita fiscal cresceu 6,4% de 95 a 2004 e 6,2% de 2004 a 2006.

O PIB a preços correntes subiu 5,9% entre 95 e 2004 e 3,2% entre 2004 e 2006”.

Em resumo, o modelo de financiamento deve procurar garantir, segundo Barros, que as despesas em cuidados de saúde resultem de facto em ganhos de saúde. Deve existir flexibilidade mas com regras bem definidas.

1.3.2.2 – Atribuição de financiamento às entidades dos SNS após a constituição das agências de contratualização

Na história do desenvolvimento dos sistemas de saúde (séc. XIX) o Estado instituiu mecanismos específicos para garantir o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde. Institucionalizou então, três relações de “agência” ou “representação”:

O Estado, ele próprio, que define as políticas de saúde e assegura directamente ou indirectamente o financiamento e a regulação do Sistema de Saúde;

O “terceiro pagador” (ou agência de contratualização), que assegura que o sistema prestador utilize os recursos públicos postos à sua disposição de acordo com as necessidades e preferências do cidadão contribuinte;

O prestador de saúde (médico assistente), que oriente e encaminhe o doente no acesso à informação e ao conhecimento sobre saúde e utilização dos serviços de saúde.

Neste sentido, as Instituições (Hospitais e Centros de Saúde) elaboravam o orçamento programa, documento que estabelecia o equilíbrio entre as necessidades em saúde, a produção prevista e o desenvolvimento dos serviços e, ainda, a utilização dos recursos, cabendo à respectiva agência proceder ao acompanhamento daqueles orçamentos, bem como à avaliação sistemática da evolução do desempenho e dos resultados atingidos.

Desta forma começou a ser possível a introdução de alterações ao processo de financiamento do sistema, possibilitando a afectação de recursos em função da produção real, ou seja, da introdução de critérios objectivos para distribuir, acompanhar e avaliar com rigor os resultados em saúde.

O financiamento dos serviços de saúde até 2006 tinha uma componente forte baseada no histórico e pouco na produção.

A partir de 2006, notam-se algumas alterações, tendo com exemplo a ARS do Centro, que para o cálculo do financiamento a atribuir para 2006 às Sub-Regiões de Saúde, após o estudo de várias opções optou por um critério baseado no índice do “Valor Histórico”, com peso de 30% e no índice de “Movimento Assistencial”, sendo este último resultante dos índices de “População Ajustada”, com peso de 55% e do índice dos “Encargos Não Decorrentes de Consultas Realizadas pelas Sub-Regiões” (ARS, 2005).

Em 1999 o Tribunal de Contas na sua auditoria ao SNS alerta para a necessidade de expandir o processo de contratualização, devendo ser rapidamente alargado a todas as instituições o mecanismo de contratualização, para permitir ajustar o financiamento à produção com vista à obtenção de um maior grau de eficiência no desempenho das instituições. Assim, é referido que, deverão ser instituídos mecanismos para a avaliação da performance da gestão e, por conseguinte, dos níveis de economia, eficácia e eficiência verificados nas instituições de saúde, tirando-se dos mesmos todas as consequências adequadas.

A OCDE também recomenda em 1998 que sejam reforçadas as capacidades das ARS, para fixarem contratos de prestação em função das reais necessidades em saúde e em 2000 reforça recomendando que se deve prosseguir o programa da contratualização e criar rapidamente novas agências.

Nos relatórios do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (6º Relatório Primavera) também é feita referência à importância da contratualização.

No programa do XVII Governo Constitucional, é salientada a importância da concretização da gestão participada e a descentralização do Serviço Nacional de Saúde, através da introdução de uma cultura e práticas de contratualização no Sistema de Saúde. Neste seguimento e de acordo com o Despachos Internos do Ministério da Saúde foi prevista a

reconstituição das Agências de Contratualização dos Serviços da Saúde enquanto órgãos das Administrações Regionais de Saúde, com intervenção activa na distribuição de recursos pelos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde.

A intenção apontada à contratualização, é a de promover o equilíbrio dos níveis de eficiência das unidades de saúde do SNS.

Compete às unidades de saúde assegurar a disponibilização de recursos e definir os processos e políticas adequadas ao cumprimento dos objectivos assumidos, no respeito das melhores práticas de gestão e dos princípios de equidade e de acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde, recebendo os recursos financeiros acordados e a cooperação necessária ao cumprimento da sua missão e objectivos.

As unidades de saúde têm de se reger por um conjunto de princípios, nomeadamente, devem respeitar o princípio da igualdade no acesso às prestações de saúde, assegurando aos beneficiários o direito de igual acesso, obtenção e utilização das prestações de saúde realizadas e o direito de igual participação, devendo os utentes ser atendidos segundo um critério de prioridade clínica definido em função das necessidades de prestações de saúde.

As unidades de saúde, obrigam-se ainda a realizar todas as prestações de saúde aos beneficiários do SNS para que tenham capacidade técnica, garantindo, nesta medida, a universalidade das prestações de saúde que cabe ao Serviço Nacional de Saúde assegurar, conforme definido na Constituição da República Portuguesa no seu art.º 64, no ponto 1 “Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover”. E no seu ponto 3, especifica “Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:

- a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
- b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;
- c) Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;

- d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, de forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;
- e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;
- f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicod dependência”.

No ponto 4 é ainda referido que “O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada”.

1.4 – Cuidados de Saúde Primários

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), “consistem na prestação de assistência de saúde essencial, baseada em métodos e técnicas práticas, apropriadas sob o ponto de vista científico e aceitáveis socialmente, postas ao alcance de todas as unidades e famílias das comunidades, com a sua inteira participação e que possa ser financeiramente mantida pelo país e pela comunidade, em todas as fases do seu desenvolvimento, num espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação” Declaração de Alma Ata (Imperatori, 1985).

Segundo este autor os cuidados de saúde primários são reflexo das características socioculturais e económicas da sociedade onde se inserem.

Na carta de Declaração de Alma-Ata resultante da Conferência Internacional sobre cuidados de saúde primários em Alma-Ata na URSS em Setembro de 1978 é dito no seu ponto I “... a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a acção de muitos outros sectores sociais e económicos, além do sector saúde”.

No ponto IV da mesma declaração afirma-se: “Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente

bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e económico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”.

Nesta declaração é focada a importância dos cuidados de saúde primários, pois a partir deles as condições económicas e as características socioculturais e políticas do país e da comunidade têm infra-estruturas para evoluir.

1.4.1 - Surgimento da Missão para os Cuidados de Saúde Primários

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005, de 7 de Abril e o Despacho n.º 10942/2005 do Ministro da Saúde, de 21 de Abril, criaram o Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

Os objectivos deste grupo seriam, estabelecer um plano com metas operacionais para reformar os CSP e identificar de forma precisa e calendarizada as medidas a serem executadas para concretizar o plano estabelecido.

Entre as missões preconizadas na Resolução referida, destaque para o desenvolvimento de uma metodologia para a criação de Unidades de Saúde Familiar (USF) e a elaboração de uma proposta de reconfiguração dos Centros de Saúde (CS), dotando-os de progressiva autonomia.

Na análise elaborada por este grupo de trabalho em Junho de 2005, que resultou num documento de trabalho que esteve em apreciação pública até 15 de Setembro de 2005, são identificados como princípios para a reforma dos CS: “orientação para a comunidade; flexibilidade organizativa e de gestão; desburocratização; trabalho em equipa; autonomia e

responsabilização; melhoria contínua da qualidade, contratualização e avaliação.” (2005:4).

Este grupo reforça assim, a necessidade de atribuição de maior autonomia aos CS, afirmando mesmo que “Existe sim, uma administração fortemente centralizada (centralismo delegado nas Administrações Regionais de Saúde (ARS) e estas nos coordenadores das Sub-Regiões de Saúde (SRS)) e hiperburocratizada, que cerceia a capacidade de inovar, fomenta a desconfiança no sistema e, inevitavelmente, faz crescer a desmotivação e a desresponsabilização a todos os níveis.”, “Não se pode esperar que esta “pirâmide” hierárquica e verticalizada, interprete e aplique de modo próprio a reforma dos CSP”(2005:5).

Alertam também para a necessidade de um processo de contratualização efectivo, apontando como causa de falha das experiências de contratualização iniciadas em 1996/97, a falta de meios ao dispor das agências de contratualização e a inexistência de autonomia dos CS.

Afirmam que “Nos países em que a medicina familiar está mais avançada assiste-se à progressiva redução da “solo practice” e à formação de grupos e de equipas (“*group practices*” e “*family health teams*”) como resposta aos complexos desafios que se colocam actualmente aos CSP”, justificando assim a introdução do modelo de USF em Portugal. Concluem que “ As USF devem, assim, ser consideradas as unidades elementares da vertente de prestação de cuidados individuais e familiares dos CSP”.

Neste documento de trabalho também é feita referência ao Regime Remuneratório Experimental (RRE)², sendo opinião do grupo de trabalho que após as avaliações feitas a este regime, após 7 anos, se mantêm as dúvidas da sua eficácia. Mas referem que no modelo de organização e gestão das USF, o sistema retributivo misto, que consiste no conjunto da remuneração base, capitação e pagamento por actos ou procedimentos, individualmente e ao grupo, é o que apresenta melhores indicadores de sucesso.

Preconizam ainda a possibilidade da abertura de USF por sectores cooperativos, social, privado e privado convencionado.

² RRE – Ver capítulo sobre Centros de Saúde

O alargamento da lista de utentes, para assim possibilitar a um maior número de portugueses terem médico de família, é outra intenção explícita neste documento de trabalho.

Mais tarde, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro, veio criar a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), para a condução do projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das USF.

Entre as funções principais, a MCSP foi incumbida de “a) Apoiar a reconfiguração dos centros de saúde em unidades de saúde familiar, desempenhando um papel de provedoria das iniciativas dos profissionais; b) Coordenar tecnicamente o processo global de lançamento e implementação das unidades de saúde familiar, bem como dos demais aspectos de reconfiguração dos centros de saúde; c) Desempenhar funções de natureza avaliadora, reguladora de conflitos e de apoio efectivo às candidaturas das unidades de saúde familiar; d) Elaborar o regulamento interno tipo dos centros de saúde reconfigurados; e) Propor, em articulação com a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, a orientação estratégica e técnica sobre a política de recursos humanos, a formação contínua dos profissionais e a política de incentivos ao desempenho e à qualidade, a aplicar nas unidades de saúde familiar; f) Elaborar os termos de referência da contratualização das administrações regionais de saúde com os centros de saúde e destes com as unidades de saúde familiar; g) Elaborar a lista de critérios e a metodologia que permitam avaliar e classificar as unidades de saúde familiar em diferentes níveis de desenvolvimento; h) Promover o lançamento de formas inovadoras de melhoria da articulação com outras unidades de prestação de cuidados, nomeadamente com os cuidados hospitalares e continuados; i) Propor e apoiar oportunidades de prestação de serviços partilhados entre diferentes unidades, em estreita articulação com os serviços centrais ou personalizados do Ministério da Saúde; j) Propor, nos termos da lei, modalidades de participação dos municípios, cooperativas, entidades sociais e privadas na gestão de centros de saúde e unidades de saúde familiar”.

Em Janeiro de 2006 foi publicado um documento com a definição das linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos CSP que adaptou e incorporou no texto do Grupo Técnico para a Reforma dos CSP, as contribuições individuais e institucionais

consideradas relevantes. Neste documento são ainda redefinidas novas datas para execução das propostas de reforma.

São propostas assim, alterações em oito áreas distintas, com a definição das respectivas medidas e sua calendarização: reconfiguração e atribuição de autonomia de gestão aos Centros de Saúde; implementação de Unidades de Saúde Familiar no seguimento do projecto de RRE, iniciado em 1998; reestruturação dos serviços de saúde pública, reforçando a sua intervenção através da dotação de instrumentos que permitam ampliar a sua efectividade no terreno; outras dimensões possíveis de intervenção na comunidade, principalmente a grupos sociais mais vulneráveis ou isolados; implementação de unidades locais de saúde (ULS); desenvolvimento dos recursos humanos para tentar ultrapassar a falta de profissionais de saúde (médicos principalmente) no âmbito dos CSP; desenvolvimento do sistema de informação e mudança e desenvolvimento de competências.

A ideia base deste processo, é a criação de instrumentos que permitam o enfoque do sistema de saúde português nos CSP.

Sobre a criação desta Missão e seus objectivos, Campos (2006:3), na altura Ministro da Saúde, afirma no prefácio da publicação do Ministério da Saúde de Janeiro de 2006, que o sucesso deste projecto deve mudar a forma como se vêem os CSP em Portugal. “A complexidade da tarefa, (...), constituirá tão somente um aliciente adicional para os membros da Missão. Estou igualmente convicto de que os profissionais de saúde exercendo a sua actividade nos CSP saberão interpretar este esforço como uma extraordinária oportunidade que todos temos, cada um individualmente e em conjunto, de fazer história na prestação de cuidados de saúde aos portugueses”.

Segundo Pisco³ (2006), é objectivo de todos os Governos melhorar a equidade, a eficiência, a efectividade e a capacidade de resposta aos problemas dos cidadãos. Nesse sentido reforça-se a ideia do papel dos CSP para atingir esses fins.

Faz ainda referência ao Relatório da Organização Mundial de Saúde de 2004, onde é deixada a ideia que orientando os sistemas de saúde para os CSP, isso se vai reflectir em melhores resultados de saúde para a população, maior equidade, numa utilização mais

³ Coordenador da Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

adequada dos serviços e na maior satisfação dos utilizadores e tudo isto a mais baixos custos.

O documento editado pelo Ministério da Saúde em Janeiro de 2006 é um apelo aos profissionais para se organizarem em equipas e formarem USF. Assim o podemos concluir pela leitura da nota introdutória a cargo de Pisco (2006:7) “Liderar grandes mudanças organizacionais implica reconfigurar de forma radical uma complexa teia de pessoas, tarefas e instituições. A primeira etapa deste percurso que agora iniciamos é ganhar o maior número de intervenientes, que queiram alterar de forma significativa o modo como trabalham e se organizam nos centros de saúde, que queiram maior autonomia e responsabilidade, que queiram trabalhar em equipa e que gostem de ver o seu esforço e o seu desempenho valorizados e recompensados”.

Analisemos agora o aparecimento dos Centros de Saúde em Portugal, para tentar perceber a sua evolução e o que levou à necessidade de reforma nos CSP, com o surgimento do modelo de USF.

1.4.2 – Centros de Saúde

Até ao início da década da década de 70, o hospital era considerado o elemento central do sistema, sendo que a partir desta época é reforçado o papel da promoção da saúde e de prevenção da doença (Simões, J. 2004).

Inicia-se a visão dos CSP como base do sistema de saúde, sendo efectivamente o primeiro contacto da população com os serviços de saúde, incluindo as vertentes medicina geral, consistindo na prestação de cuidados personalizados primários e continuados e saúde pública, diagnóstico e intervenção sobre factores que condicionam a saúde da população.

Já em 1952 Marques da Gama citado por Carvalho, Lavouras e André (2004:1), defendia: “Os Centros de Saúde constituíram a unidade primária com finalidade preventiva, curativa e social. Os Centros seriam distribuídos pelo país conforme as necessidades da população e podemos admitir, em princípio, que seria necessário um Centro por cada vila sede de Concelho e um por cada bairro nas cidades. (...) Os Centros de Saúde e os médicos de família constituiriam a base da assistência na saúde e na doença à população e (...) em

colaboração com os hospitais a que estão adstritos, promoveriam o internamento dos doentes”.

No início da década de setenta a situação no sector da prestação de cuidados de saúde era precária, conforme os indicadores de saúde da época, a taxa de mortalidade infantil em Portugal era de 58,6%.

Nos anos sessenta com a Primavera Marcelista é permitida uma modernização da prestação de cuidados de saúde culminando na chamada “reforma de Gonçalves Ferreira”.

Em 1971 surgiram os primeiros Centros de Saúde criados através do Decreto-Lei 413/71, de 27 de Setembro, intitulados de Centros de Saúde de 1ª Geração, que incluíam as actividades de vacinação, vigilância da saúde da mulher, da grávida e da criança, saúde escolar e ambiental, entre outras.

Segundo Branco e Ramos (2001) citado por Carvalho, Lavouras e André (2004:1), os Centros de Saúde “...vieram a constituir a infra-estrutura organizativa essencial dos CSP, associados à ideia de prevenção e acompanhamento de alguns grupos de risco, nomeadamente através da vacinação, vigilância de saúde da grávida e da criança, saúde escolar, actividades de autoridade sanitária, entre outras”.

A revolução do 25 de Abril de 1974, trás esperança na renovação, e apesar da conjuntura económica mundial, devido ao 1º choque petrolífero em 1973, são implementados os CS de 1ª Geração e a posterior criação do Serviço Nacional de Saúde, universal, geral e gratuito.

A declaração de Alma-Ata (1ª Conferência Internacional da WHO/UNICEF sobre CSP em 1978), foi o ponto de sistematização mundial deste conceito, já a ser implementado em países como a Inglaterra, Finlândia e Portugal.

Outro factor preponderante na implementação dos centros de saúde foi a falta de médicos nas colónias portuguesas nos anos setenta, o que levou nessa altura ao aumento de formação destes profissionais e aquando da guerra colonial, o regresso dos mesmos resultou num excedente de médicos.

Mais tarde os CS foram reformulados com a institucionalização das primeiras Administrações Regionais de Saúde através do Decreto-Lei n.º254/82, de 29 de Junho.

Em 1983 foram integrados nos Centros de Saúde, os postos dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência onde eram prestados os cuidados curativos.

O Despacho Normativo n.º 97/83 de 22 de Abril, vem aprovar o regulamento dos Centros de Saúde e define-os como sendo unidades integradas, polivalentes e dinâmicas onde se prestam cuidados de saúde primários, visando a promoção e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo-se ao indivíduo, à família e à comunidade.

Estes Centros de Saúde de 2ª Geração visavam minimizar os aspectos negativos, a limitada cobertura populacional e maximizar os aspectos positivos, como o acesso aos cuidados médicos e acções de promoção e protecção da saúde, principalmente em relação às populações em maior risco.

Os Centros de Saúde são assim considerados como a infra-estrutura organizativa essencial dos cuidados de saúde primários, cobrindo todo o território nacional, dividindo-se em três fases, uma primeira com os Centros de Saúde de 1ª Geração já acima referidos, uma segunda fase com os Centros de Saúde de 2ª Geração, em que passamos a ter os centros de saúde mais os ex-serviços médico-sociais e mais os hospitais concelhios, dependentes das Administrações Regionais de Saúde, de base distrital.

Nesta segunda fase, segundo Branco e Ramos, todo este processo levou à criação da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, e conduziu a uma maior racionalidade formal na prestação de cuidados de saúde e na optimização de recursos, mas não conseguiu melhorar com consistência algumas das virtudes dos componentes anteriores, nomeadamente, a grande acessibilidade que resultava das consultas e visitas domiciliárias oferecida pelos Serviços Médico-Sociais e a programação com objectivos de saúde e procedimentos preventivos e de vigilância de saúde normalizados que caracterizavam as actividades dos centros de saúde, com sucessos objectivados em diversas áreas, nomeadamente na área materno infantil.

Este modelo, segundo Branco e Ramos (2001:6), "...permitiu isso sim, a afirmação da identidade das diversas linhas profissionais, em especial da carreira médica de clínica geral, mas logo se mostrou desajustado em relação às necessidades e expectativas dos utentes e das comunidades".

Segundo Ramos (2004), citado por Carvalho, Lavouras e André (2004:2) “Deu-se, ...um choque entre a “cultura de saúde pública” e a “cultura das caixas”, predominando em cada local uma ou outra consoante o predomínio de profissionais e práticas anteriores”.

Os Centros de Saúde de 2ª Geração não têm personalidade jurídica, nem autonomia administrativa e financeira. A sua estrutura de organização é vertical através de linhas funcionais de grupos sócio-profissionais e a direcção é composta pela chefia das três linhas mais numerosas: médicos, enfermeiros e administrativos.

Depois desta data, vários diplomas consubstanciaram o SNS, como a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto), que tinha por base a ideia de dar autonomia administrativa e financeira aos CS e dotá-los de personalidade jurídica, criando grupos personalizados de centros de saúde, que tornariam desnecessárias as dezoito ARS que existiam na altura. A gestão estratégica da saúde da população das regiões passaria a ser assegurada por cinco ARS, então criadas (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve).

Mas a realidade foi diferente, mantiveram-se as dezoito ARS mas passando a designar-se Sub-Regiões de Saúde continuando a administrar os cerca de 360 centros de saúde.

Em 15 de Janeiro de 1993 é publicado o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (DL nº 11/93), e em 29 de Setembro do mesmo ano sai também o Regulamento das Administrações de Saúde (DL nº 335/93).

Em 1994 deram-se alterações estruturais no SNS, a Direcção Geral dos Hospitais e a Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários foram integradas numa única Direcção Geral de Saúde. Foram também reorganizadas as ARS.

Em 1996, 97, surgiu o Projecto “Alfa”, na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, que tinha por objectivo proporcionar autonomia aos profissionais de saúde, em troca de uma responsabilização objectiva pela melhoria do acesso e da qualidade, permitindo a grupos de profissionais criar novos modelos de trabalho em grupo e em equipa.

Na avaliação dos primeiros nove grupos foram identificadas melhorias no acesso, na satisfação dos utentes e profissionais, e na qualidade (maior racionalidade de prescrição e utilização das tecnologias médicas). Este estudo, indicou ainda necessidades de se estudar

formas retributivas mais justas, recompensando os que trabalhassem mais e melhor (os mais eficientes e eficazes).

Daqui resultou o Regime Remuneratório Experimental em clínica geral, aprovado em 1998, pelo DL n.º 117/98, que tinha como pressuposto a associação de um modelo de prestação de cuidados desejável com um regime remuneratório baseado na produção e em conformidade com esse modelo.

A solução dada pelo artigo 13º do Estatuto do SNS (DL n.º 11/93 de 15 de Janeiro), de concretizar a autonomia dos CS através da sua integração em grupos dotados de personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira, não foi suficiente, pela implicação de criação de novas estruturas intermédias às ASR e serviços de âmbito Sub-Regional.

O DL n.º 156/99, de 10 de Maio, estabelece o regime dos sistemas locais de saúde e o DL 157/99 de 10 de Maio veio recriar os CS, para colmatar a inexistência de autonomia e a falta de reconhecimento de uma hierarquia técnica. Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde, e o conceito de Unidade de Saúde Familiar, define os Centros de Saúde de 3ª Geração, cuja intenção era passar da prática dominante de cariz individual para a organização dos cuidados por unidades, complexificando a estrutura e articulando-a com a integração do sistema a nível local. Pretendia-se que essas unidades fossem dotadas de personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira, através de um processo de descentralização e contratualização, com sistemas de avaliação para monitorizar os orçamentos-programa, que seriam feitos depois da avaliação das necessidades da população da área de incidência.

A legislação pressupunha que as remunerações dos profissionais, principalmente médicos, fossem atribuídas em função de critérios explícitos de desempenho, o que já estava previsto no RRE (DL n.º 117/98, de 5 de Maio) em que a remuneração dos médicos de clínica geral seria baseada em capitação ajustada aos doentes inscritos na sua lista, ponderada por um número seleccionado de factores de desempenho.

Nesta data existiam 390 Centros de Saúde em Portugal (INE, 2001), localizados, por regra, nas sedes do concelho, servindo nas grandes áreas urbanas entre 20.000 e 30.000 habitantes.

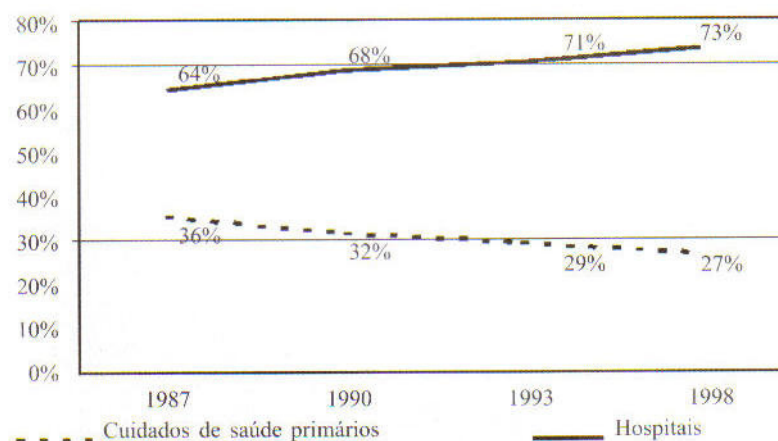
Este DL iria permitir a legitimação das mudanças em proposição, com os inconvenientes decorrentes da simplificação normativa de um processo altamente complexo, mas a sua implementação não se realizou como era esperado.

Mas segundo Ramos, citado por Carvalho, Lavouras e André (2004:2) esta implementação falhou, porque “exigiam uma mega-operação de transformação organizacional e desmontagem de medos, prevalecendo o *status quo*”.

Nesta altura iniciou-se o debate sobre a descentralização da gestão das Sub-Regiões de Saúde para os Centros de Saúde, aliada à reorganização interna dos CS, bem como à autonomia e responsabilidade dos profissionais na realização das estratégias e objectivos comuns.

Apesar de como vimos, os cuidados de saúde primários serem considerados como a base do sistema de saúde e uma prioridade política, segundo os autores Branco e Ramos (2001:7) “...os números evidenciam tendências contrárias a tais declarações. Os recursos humanos cresceram muito mais no sector hospitalar do que nos cuidados de saúde primários”.

Figura 3 – Efectivos do Ministério da Saúde segundo o tipo de serviço, 1987-1998



Fonte: Branco, A. e Ramos, V. (2001: 8) *In Saúde – Elementos Estatísticos*, DGS

Quadro 7 – Distribuição do número de efectivos em 2006 em Portugal

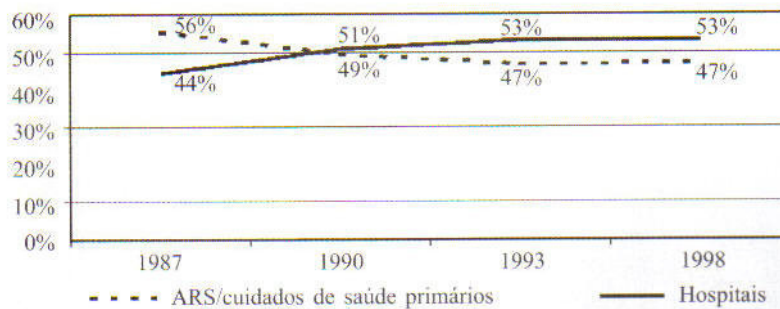
	Centros de Saúde	Hospitais
Pessoal Médico	7096	17145
Pessoal de Enfermagem	7236	30077

Fonte: Adaptado de elementos estatísticos da DGS

O pessoal médico e de enfermagem afecto aos cuidados de saúde hospitalares em 2006, é mais do dobro no caso do pessoal médico e mais do triplo para o pessoal de enfermagem.

A partir de 1985, a proporção da despesa com cuidados de saúde primários, face à despesa global do SNS, passou a ser inferior a 50% (ver figura 2).

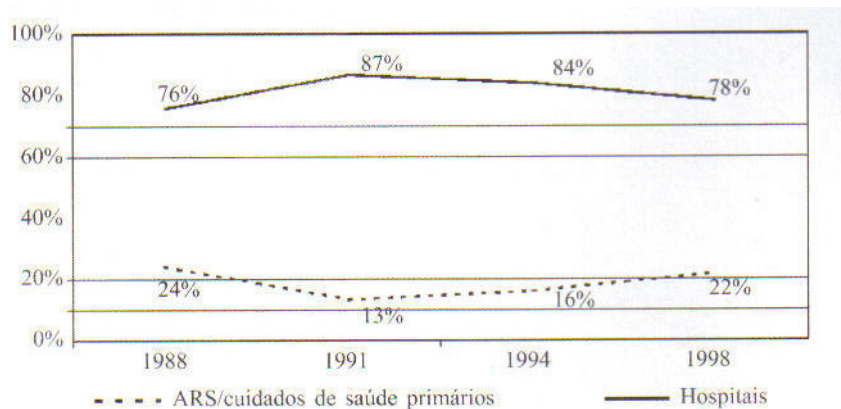
Figura 4 – Despesas correntes do SNS, Repartição das transferências do SNS por tipo de serviço



Fonte: Branco, A. e Ramos, V. (2001: 8) *In* Saúde – Elementos Estatísticos, DGS

No que concerne ao esforço de investimento, a desproporção é ainda maior (figura 3).

Figura 5 – PIDDAC – Valores atribuídos por áreas



Fonte: Branco, A. e Ramos, V. (2001: 8) *In* Saúde – Elementos Estatísticos, DGS

Estes elementos consubstanciam as afirmações de Branco e Ramos, ou seja, pretende-se uma aposta nos CSP, mas para isso terá de se repensar a estratégia de redistribuição do financiamento pelas diversas áreas do SNS.

Em 2003 com o Decreto-Lei n.º 60/2003 é criada a rede de cuidados de saúde primários que vem reformular a concepção de organização dos Centros de Saúde, é estipulado que o director do CS não tem necessariamente de ser um médico, passam a existir quatro valências: cuidados médicos; apoio à comunidade e de enfermagem; saúde pública e gestão administrativa.

O CS passa a poder ser gerido por uma entidade privada mediante contratos de gestão.

O artigo 6º, refere serem objectivos dos centros de saúde, “dar resposta às necessidades de saúde da população abrangida, incluindo a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados ao indivíduo, à família e à comunidade, bem como o desenvolvimento de actividades específicas dirigidas às situações de maior risco ou vulnerabilidade de saúde”. O artigo 10º estrutura que “cada centro de saúde pode dispor das seguintes unidades funcionalmente integradas:

- a) Unidade de cuidados médicos;
- b) Unidade de apoio à comunidade e de enfermagem;
- c) Unidade de saúde pública;
- d) Unidade de gestão administrativa”.

Este DL vem tornar possível que os cuidados de saúde agora prestados pelos centros de saúde do SNS, sejam também entregues à gestão privada ou a outro tipo de gestão pública exterior ao SNS, profissionais do sector privado com ou sem fins lucrativos e cooperativas de profissionais de saúde.

Permite a liberdade de escolha por parte do utente do seu médico de família, possibilita a nomeação de um director que não seja necessariamente profissional de saúde.

Para os profissionais do sector é ineficaz na resolução dos problemas que de acordo com estes, são barreiras à qualificação dos serviços que se prestam nos centros de saúde.

Segundo Carvalho, (2004), as críticas prendem-se com a falta de um organismo efectivo de regulação, a limitação da escolha de médico de família pelo utente e evidências de

insucesso destas práticas noutros países, perigo de se acabar com a carreira de medicina geral e familiar, devido à opção de contratação de médicos indiferenciados (sem especialidade), medo de perda de autonomia técnica devido ao fim da obrigação de direcção partilhada. Falha ainda por falta da concessão de um estatuto jurídico.

Segundo a APMCG (Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral) no seu documento de Apreciação e Contributos à proposta de Decreto-Lei sobre a “Rede de Prestação de Cuidados de Saúde Primários” em Outubro de 2002:

“Por fim, entendemos que a tentação, patente no documento, de resolver os problemas da carência de médicos qualificados com o recurso a médicos indiferenciados, seja nos centros de saúde seja nos sectores privado, social ou cooperativo, representa um recuo que nos colocará a par dos países mais atrasados da Europa em matéria de eficiência global do sistema de saúde”.

Outra proposta que surge é a gestão integrada dos centros de saúde nos hospitais em que neste caso a direcção do CS seria assumida pelo responsável do Hospital. Segundo o Governo a intenção é utilizar o *know how* de gestão dos hospitais de forma a otimizar os recursos, melhorar a articulação entre a medicina familiar e as especialidades hospitalares, com processo único e informatizado, por forma a evitar a duplicação de consultas, exames e processos.

Em notícia publicada no jornal Público de 2 de Outubro de 2006 “cada utente inscrito num CS custa ao Estado, por ano 216,5 euros e uma consulta 68 euros” (Costa, 2006: 1) dados revelados por um estudo encomendado pelo Ministério da Saúde elaborado pela Equipa da Associação Portuguesa de Economia da Saúde liderada pelo Professor Universitário Miguel Gouveia. O estudo teve por objectivo avaliar o impacto económico da reforma dos cuidados de saúde primários.

De acordo com o referido estudo, se 32 CS já funcionassem de acordo com o novo modelo de organização USF, o Estado pouparia 8,9 milhões de euros.

Segundo os autores do estudo o RRE (Regime Remuneratório Experimental) permite poupanças significativas, nomeadamente nos medicamentos e exames receitados.

Foram avaliados os custos financeiros dos dois modelos. Comparando os custos de um CS convencional com os que já funcionam em RRE, concluiu-se que, em 2005 um utente num

CS convencional custava 216,5 euros, sendo que no novo modelo o valor caiu até aos 112,5 euros por pessoa. Sendo que também o preço das consultas em RRE é metade de nos CS convencionais.

Em Julho de 2005 uma comissão nomeada pelo Governo apresentou um relatório sobre direcções de mudança e em Setembro do mesmo ano foi nomeada uma comissão para aplicar as medidas desse relatório (Barros, 2005).

O referido relatório estabelecia como princípios de organização: orientação para a população, flexibilidade, redução da burocracia, trabalho de equipa, autonomia e responsabilidade, melhoria contínua da qualidade e contratualização.

O intuito era reforçar o papel das agências de contratualização e o sistema de pagamento por capitação ponderada.

Tinha como objectivos a promoção da articulação entre cuidados de saúde primários e hospitais, sendo que o financiamento global seria baseado em capitação ajustada com a contratação de actividades de prevenção e promoção da saúde.

Estabelecia a possibilidade de grupos médicos poderem ter orçamento próprio e a compra de cuidados médicos aos hospitais, havendo ligação dos médicos dos hospitais aos médicos de família.

Põe-se ainda a possibilidade de integração organizacional, ou seja a eventualidade de gestão conjunta de hospitais e cuidados de saúde primários sob a mesma regra de financiamento.

No Programa do XVII Governo Constitucional (2005 – 2009), capítulo V, ponto 4 é dito:

“Os cuidados de saúde primários são o pilar central do sistema de saúde. O Centro de Saúde (CS) constitui a entidade enquadradora das unidades de saúde familiar. Serão adoptadas as seguintes medidas de política:

- Reestruturação dos Centros de Saúde através da criação de Unidades de Saúde Familiar (USF), obedecendo aos princípios seguintes: (a) pequenas equipas multiprofissionais e auto-organizadas; (b) autonomia organizativa funcional e técnica; (c) contratualização de uma carteira básica de serviços; (d) meios de diagnósticos descentralizados; (e) sistema retributivo que premeie a produtividade, acessibilidade e qualidade;

- As Unidades de Saúde Familiar devem ser integradas, em rede, podendo assumir diferentes enquadramentos jurídicos na sua gestão, quer pertencendo ao sector público administrativo (USF pública ou em Regime Remuneratório Experimental), quer pertencendo ao sector cooperativo, social e privado;
- Reforçar e desenvolver em cada Centro de Saúde um conjunto de serviços de apoio comum às USF: vacinação, saúde oral, saúde mental e consultorias especializadas, incluindo a participação de especialistas do hospital de referência, cuidados continuados e paliativos, fisioterapia e reabilitação;
- Revogar o decreto-lei 60/2003 (Centros de Saúde), a substituir por novo diploma;
- Reforçar os incentivos e a formação dos médicos de família, atraindo jovens candidatos”.

Estabelece ainda os termos de acessibilidade aos cuidados primários: “Será estimulado o contacto directo paciente-profissional, via telefone e correio electrónico. A organização das Unidades de Saúde Familiar, do tipo Regime Remuneratório Experimental (RRE) ou outra, deverá permitir que, até ao final de 2006, pelo menos 2 milhões de utentes possam usufruir deste tipo de cobertura de cuidados de saúde. Os contratos com as USF estabelecerão uma carteira de serviços básicos e outra de serviços adicionais, na qual se incluirá o atendimento de 24 horas”.

A reforçar a prioridade dada pelo governo aos CSP, o plano de Acção 2006-2008 da Administração Regional de Saúde do Centro define como uma das áreas prioritárias os cuidados de saúde primários.

Neste documento prevêem-se a criação de 24 USF até Dezembro de 2006, sendo que seria intenção da ARS intervir nesta área através da reconfiguração do CS, com a criação de novas unidade de gestão desconcentrada, com autonomia financeira e administrativa, seguindo os moldes estipulados no Decreto-Lei n.º 197/99, apostando numa política de qualidade, no intuito de que se tornem não só unidades prestadoras de saúde, mas também de gestão efectiva.

Outra aposta da ARS assentaria no desenvolvimento de serviços partilhados para apoio à gestão das novas unidades, bem como na definição de uma política de sistemas de

informação capazes de dar resposta às novas exigências destas unidades de saúde reestruturadas. Sistemas estes, que também permitam melhorar a comunicação entre os CSP e os cuidados hospitalares.

A redefinição e reestruturação dos serviços de saúde pública são outra das apostas enunciadas neste Plano de Acção.

Outros pontos ainda referidos são a redefinição da rede de extensões de saúde existentes na Região Centro e uma aposta na formação vocacionada para o trabalho em equipa, liderança e gestão de organizações de saúde, de todos os agentes envolvidos nesta reforma.

A contratualização com as unidades de cuidados de saúde primários é assim um ponto fulcral nestas intenções de reforma, como veremos no capítulo dedicado a este assunto.

A nova proposta de organização para os Centros de Saúde, surge então na figura das Unidades de Saúde Familiar (USF) que visam uma modernização organizativa conforme será abordado no capítulo seguinte.

Capítulo 2 – As Unidades de Saúde Familiar – USF

2.1 – O papel da contratualização

Por toda a Europa, deram-se processos de descentralização para níveis regionais ou municipais, através da privatização, da gestão ou da própria propriedade, destacando-se os países ex-comunistas do Centro e do Leste da Europa.

Busse e Saltaman, citados por Simões (2004:68) afirmam que “a empresarialização combina a paixão da missão social com a imagem do negócio, traduzida na disciplina, na inovação e na determinação”.

Simões afirma que na Grã-Bretanha é conhecido o sucesso da regulação do Estado associado a um processo de separação entre entidades pagadoras e as prestadoras. Existem evidências de bons resultados na criação de hospitais-empresa e na atribuição da gestão financeira aos médicos de família.

Sintetizando as medidas organizativas seguidas pelos países mais próximos de Portugal a nível cultural e económico, segundo Simões (2004:70), temos:

- “Medidas que delegam responsabilidade de execução para níveis mais próximos do utilizador, como a municipalização contratualizada de serviços de cuidados primários, a criação de subsistemas de base ocupacional ou geográfica e a contratualização de serviços de gestão ou de prestação a instituições sem fins lucrativos, a entidades privadas ou a grupos de prestadores;
- Medidas que responsabilizam os prestadores pelo desempenho, negociadas com metas de produção e de gastos, por via contratual, através de agências públicas independentes que separem o regulador-financiador do prestador;
- Medidas de flexibilização da gestão dentro do sector público, como a gestão previsional de efectivos, com vista à sua redução a prazo, a recompensa (positiva ou negativa) do desempenho, a criação de orçamentos clínicos para todos os que contratualizem com o Estado, a prescrição de serviços e bens pagos pelo SNS;
- Medidas de competição gerida dentro do sector público e deste com o sector privado (Campos, 2002a)”.

A tendência é portanto, o afastamento do Estado do planeamento directo e da gestão, passando a ter um papel de regulador do sistema.

2.2 – Papel das Agências de Contratualização em Portugal

A Contratualização é entendida como um conjunto de acordos construídos socialmente, negociados e discutidos, introduzidos num ambiente de elevada complexidade e constante mudança organizacional.

A Contratualização pertence a uma nova cultura que privilegia os resultados, a transparência da informação e a descentralização. Insere-se nos mecanismos inovadores de regulação (New Public Management) e vem substituir as relações de hierarquia ou tutela, que são baseadas na autoridade, por contratos baseados na autonomia e na responsabilidade.

A metodologia de contratualização com as USF para 2006, documento elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde em Junho de 2006, define a contratualização como uma “...negociação de objectivos de desempenho, incluindo os económicos, com os prestadores de cuidados de saúde, resultando dessa negociação um compromisso explícito entre ambas as partes.” Aposta-se na diferenciação entre quem presta os cuidados e quem financia.

Os dispositivos de contratualização constituem um dos principais instrumentos de responsabilização dos sistemas de saúde mais desenvolvidos. Em Portugal, o desenvolvimento das Agências de Contratualização, na sua fase inicial, ficou aquém dos seus objectivos por falta de autonomia, nomeadamente financeira.

Segundo João Rodrigues, membro do grupo técnico da Unidade de Missão, na sessão de esclarecimentos realizada em Coimbra em 2006, o sistema de saúde português actual é centrado nas Instituições, sendo normativista e burocrático, com uma cultura de oposição que gera dependência e desconfiança e que leva a que as profissões se desenvolvam separadamente (sistema corporativista).

A função das Agências de Contratualização é assim, intervir no sentido de criar responsabilização nos centros de saúde, pois estes não têm autonomia funcional nem

técnica. É tudo baseado numa cadeia hierárquica vertical, centrado na Estrutura, sem hierarquia técnica e ausência de sistemas de informação.

No Plano de Acção de 2006-2008 da ARS do Centro, a Contratualização com as unidades de Cuidados de Saúde Primários é apontada como um dos pontos fulcrais da implementação da reforma pretendida nos CSP, área prioritária de acção na ARSC, sendo considerado que "...a contratualização com as novas USF é um ponto fundamental, indutor de maior responsabilização e exigência, sempre no sentido de alcançar melhores resultados em saúde, com maior eficiência".

É ainda feita referência neste Plano, que a ARS do Centro fica com a responsabilidade de, a nível nacional, desenvolver o modelo de contratualização a praticar com as novas USF e com os futuros Centros de Saúde reconfigurados. Ressalva feita para a necessidade de inter-ajuda com as restantes Agências de Contratualização das outras Regiões de Saúde, bem como do Ex-IGIF (actual ACSS), na preparação dos processos informáticos para acompanhamento e avaliação do contratualizado.

Os princípios estratégicos para inovar em CSP, segundo João Rodrigues (Coimbra, 2006), consistem em criar uma flexibilidade organizativa e de gestão, a criação de equipas multiprofissionais, remunerações que incentivem a qualidade e a acessibilidade e uma atribuição de autonomia através da contratualização, levando à responsabilização e transparência. Tudo isto seguido de monitorização e avaliação regulares.

A mudança deverá começar pelos CS que estiverem mais preparados para gerar ambiente de dinâmica e confiança, sendo a acção prioritária apontada para o lançamento e implementação das USF.

2.2.1 – Criação das Agências de contratualização

As Agências de Contratualização tiveram a sua constituição em 1997 com o Despacho Normativo n.º 46/97 de 8 de Julho, que define as orientações de instalação e funcionamento das Agências de Acompanhamento (assim eram chamadas na altura) junto das Administrações Regionais de Saúde, sendo "...uma instância de intervenção no sistema, na qual estão representados o cidadão e a administração...", com a missão de "...explicitar as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da

sociedade...” (pontos 1 e 2 do referido despacho), através de uma utilização eficiente e efectiva dos recursos públicos que estão afectos à prestação de cuidados de saúde.

Em 1999, o Despacho n.º 61/99 de 12 de Novembro vem tentar colmatar a falta de coordenação que se verificava a nível central e na interacção com as Administrações Regionais de Saúde. Passando então a denominar-se Agências de Contratualização dos Serviços da Saúde (ACSS).

Este processo foi interrompido em 2000 por resistência da estrutura instalada nas instituições do SNS e também por vontade política. No Relatório de Primavera de 2003 é dito “A falta de apoio político, essencialmente na transição de década, os conflitos próprios da resistência à mudança de estruturas consolidadas no SNS que viam o seu poder de influência reduzir-se, o ambiente jurídico da Administração Pública e a tibieza dos sistemas de informação concorreram para a impossibilidade de implementar este modelo, sendo que a experiência viria a perder gradualmente importância, tendo no entanto ficado um capital não negligenciável de experiência e instrumentos técnicos” (OPSS, 2003:48).

O Despacho n.º 22250/2005 de 25 de Outubro vem enquadrar o processo de contratualização com os hospitais da rede do SNS e reiniciar o processo de contratualização, reabilitando as Agências de Contratualização, criadas em 1997, assumindo estas de novo um papel activo na distribuição de recursos, tendo sido revogado pelo Despacho n.º 14839 de que falamos mais à frente.

O Despacho n.º 10 193/2006 de 9 de Maio vem estabelecer um acompanhamento mensal e trimestral dos contratos programa, sendo os instrumentos de acompanhamento definidos conjuntamente pelas Agências de Contratualização e pelo IGIF, sendo que as agências recolheriam a informação relativa à produção e o IGIF a relacionada com a parte económico-financeira.

De qualquer forma, este despacho estava virado para a contratualização com os hospitais que não é o tema que nos interessa analisar.

Da leitura da legislação referente à Contratualização, percebe-se que a missão das Agências de Contratualização é a clarificação entre financiamento e prestação de cuidados, apostando numa maior responsabilização das estruturas regionais da administração da saúde, num maior comprometimento dos órgãos dirigentes das unidades de saúde e no

envolvimento dos restantes profissionais, passando a ser um esquema onde entram três partes: cidadão, prestador e terceiro pagador, em que o terceiro pagador tem dupla responsabilidade, perante o Estado e perante os cidadãos contribuintes.

A Agência tem ainda como responsabilidade contribuir para o controlo da despesa do SNS, promovendo, desenvolvendo e consolidando uma forma inovadora de relação entre quem financia e quem presta os cuidados de saúde, através da contratualização entre o financiamento que é atribuído e os resultados acordados.

A visão das Agências de Contratualização é serem reconhecidas perante os cidadãos em geral, bem como pelos prestadores, como de grande utilidade e criadoras de maior eficiência para o sistema de saúde, através de uma melhor adequação da resposta às necessidades da população, tendo como objectivos claros, entre outros, dirigir o processo de contratualização, através da coordenação dos diferentes intervenientes, participar na negociação do Orçamento-Programa, monitorizar o desempenho dos prestadores no intuito de alcançar uma maior eficiência, avaliando posteriormente o cumprimento do proposto em sede de Contrato-Programa.

E para atingir esses objectivos foram delineados como estratégias, a criação de grupos de trabalho a nível regional, a consolidação das equipas de contratualização e o desenvolvimento de sistemas de informação capazes de serem o suporte do planeamento e avaliação eficazes.

Em 2006 é criada uma comissão para a dinamização de diversas actividades através do Despacho 14 839/2006 de 12 de Julho para dar seguimento ao exarado no Despacho 22 250/2005 de 25 de Outubro, já acima referido. Revoga assim o Despacho 23 825/2005 de 22 de Novembro.

Apresentam-se algumas competências desta comissão, que fazem parte deste documento legislativo: “a) Definir o cronograma de actividades relativo ao processo de contratualização para 2007; b) Desenvolver trabalhos e estudos para conhecimento dos custos das instituições, que permitam determinar com maior precisão os preços a praticar no modelo de financiamento dos contratos-programa, conjugando o apoio de *outsourcing* e a investigação de universidades com as quais o Ministério da Saúde venha a estabelecer contratos e protocolos; c) Rever e aperfeiçoar os instrumentos de negociação, o modelo de

financiamento e o contrato-programa para 2007; d) Enquadrar as orientações definidas no Plano Nacional de Saúde (PNS) na actividade a contratar em futuros contratos-programa, ajustando a actividade dos hospitais aos objectivos e prioridades nacionais de cuidados de saúde; e) Articular com as estruturas de missão do Ministério da Saúde responsáveis por outras áreas da saúde a contratualizar, designadamente cuidados de saúde primários, cuidados de saúde continuados e parcerias público-privadas; f) Definir o contrato-programa e o plano de negócio trienal; g) Apresentar à tutela recomendações e sugestões que, no âmbito da avaliação da execução das fases previstas na calendarização definida, evitem desvios e promovam a garantia da sua efectiva concretização; h) Elaborar trimestralmente relatórios de progresso que avaliem a prossecução dos objectivos previstos nos n.ºs 10, 11 e 12 do despacho n.º 22 250/2005 de 25 de Outubro, abrangendo o ano em curso”.

Passa-se de um financiamento retrospectivo para um orçamento contratualizado entre as partes (Agência e USF).

Existe assim um orçamento-programa, que passa por um compromisso entre as necessidades em saúde da população, a estratégia de saúde representada pelas Administrações Regionais de Saúde e as Agências de Contratualização, que defendem critérios de evidência epidemiológica e clínica, de custo/efectividade e equidade.

Conforme é descrito na página da Contratualização (2006) “...a definição de objectivos de produção e produtividade tem subjacente a valorização das expectativas da acessibilidade, qualidade e ganhos em saúde, ao mesmo tempo que procura otimizar a utilização dos recursos atribuídos”.

A ideia base é dar autonomia aos profissionais de saúde para se organizarem e desenvolverem uma gestão por objectivos, acompanhados e monitorizados pelas Agências, sendo sustentados por um sistema de informação que permita um planeamento e avaliação eficazes.

As competências das Agências de Contratualização passam assim por detectar desvios, identificar estrangimentos, recomendar correcções e ajudar a encontrar as melhores soluções para os problemas encontrados, realizando no final, uma avaliação da implementação das medidas sugeridas.

Os profissionais destas unidades de saúde familiar são também sujeitos a avaliação do seu desempenho, passando o sistema a ser mais exigente e imputando maior responsabilidade.

Até ao início de 2007 existiam cinco agências no país, uma dentro de cada ARS reunindo-se periodicamente com o Secretário de Estado da Saúde, o ex-IGIF, actual Administração Central do Sistema de Saúde, IP, Direcção Geral de Saúde (DGS), Alto Comissariado da Saúde e ARS, no sentido de se encontrarem soluções numa perspectiva global e integrada, sendo formadas por equipas das áreas económico-financeiras, de avaliação de necessidades em saúde e também por equipas de acompanhamento externo.

As ACSS com a nova lei orgânica das ARS de 29 de Maio de 2007 (DL n.º 222/2007) passaram a incorporar em termos organizacionais as ARS, conforme se constata da leitura da legislação que aprova os Estatutos das ARS publicadas a 30 de Maio de 2007 (Portarias n.º 649, 650, 651, 652 e 653/2007), com a criação de um Departamento de Contratualização, sendo que os seus objectivos se mantêm, o papel de intermediárias entre os cidadãos e os prestadores, tendo a responsabilidade de definir objectivos e avaliar os resultados obtidos através de um conjunto pré-definido de indicadores.

2.3 – Unidades de Saúde Familiar

O DL n.º 157/99, de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, introduz o conceito de unidade de saúde familiar, no número 5 do seu artigo 12º, “A actividade das unidades de saúde familiar integra-se numa lógica de rede no centro de saúde e assenta numa equipa multiprofissional, constituída por médicos, enfermeiros e profissionais administrativos”.

O DL n.º 60/2003, de 1 de Abril, numa linha política diferente, cria a rede de CSP e vem revogar o anterior decreto-lei.

Mais tarde o DL n.º 88/2005, de 3 de Junho, vem revogar o DL n.º 60/2003, de 1 de Abril e repristina o DL n.º 157/99, de 10 de Maio.

Em Fevereiro de 2006 foi decretado a prorrogação do RRE por mais seis meses, para dar tempo para a elaboração de um novo diploma, que definisse os incentivos e o novo sistema retributivo (Decreto-lei n.º 23/2006).

O Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro, regulamentou o lançamento e a implementação das USF, enquanto estruturas de constituição multiprofissional prestadoras de cuidados de saúde personalizados a uma determinada população, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados prestados. Estabelece os termos, condições e procedimentos necessários para as candidaturas a USF.

As equipas serão constituídas por médicos, enfermeiros e administrativos, com dimensão subordinada à população inscrita.

Os profissionais de saúde ficam ainda obrigados a substituírem os seus colegas nos seus períodos de ausência, para que um utente nunca fique por atender.

As ARS ficam incumbidas com este diploma de, até à reconfiguração dos CS, providenciar para uma boa articulação entre os vários intervenientes neste processo.

No ponto 4 é ainda dito que as “...ARS devem reformular a agência de contratualização, dotando-a com uma vertente destinada à área dos centros de saúde e unidades de saúde familiar”.

De acordo com António Correia de Campos na altura Ministro da Saúde, “As unidades de saúde familiar (USF) que se pretendem criar, enquadradas no contexto conceptualmente mais vasto que é o Centro de Saúde, constituem a primeira linha de um sistema acessível, eficiente e equitativo” (Campos, 2006a: 2).

Uma das linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos CSP apontadas no documento das Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, (MSCP, 2006), é a implementação de Unidades de Saúde Familiar.

Assim neste documento, é definido que as USF devem ser constituídas por equipas multiprofissionais, auto-organizadas (equipa nuclear e alargada); deve existir um sistema de informação adequado para permitir uma boa gestão da USF; devem ser autónomas em termos organizacionais, a nível funcional e técnico, mantendo-se ainda assim a dependência hierárquica resultante das carreiras de origem; o sistema retributivo considerado é misto (base/carreira e capitação ajustada) para todos os profissionais; a atribuição de incentivos para apoio e estímulo ao desempenho colectivo, são concedidos com base na avaliação da eficiência conseguida, sendo parte para reinvestimento na USF; a contratualização será baseada numa carteira de serviços básica e adicional sendo esta última opcional; passa a existir um acordo, em que os médicos substituam os seus colegas,

garantindo atendimento, todos os dias úteis, a todos os utentes inscritos na USF; entre outras especificidades.

Neste documento são ainda definidas as características que um projecto de USF deve conter, tais como: a população que pretende abranger, a carteira de serviços, plano de actividades com definição e quantificação de metas e objectivos a atingir, plano de formação contínua de todos os profissionais, horário de funcionamento, regulamento interno da USF, carta de qualidade da USF, sistemas de informação (hardware e software), instalações e equipamentos.

Numa fase primária e para permitir a categorização das USF, tem de ser determinado o seu nível de desenvolvimento, sendo avaliadas em função de três critérios: grau de autonomia funcional e técnica; diferenciação do modelo retributivo e de incentivos e o modelo de financiamento.

São definidos assim cinco patamares. Os dois primeiros correspondem ao estado embrionário, onde ainda se verifica fraco trabalho de equipa e não haja práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar. Mas existirá no nível dois, a introdução da contratualização da carteira adicional de serviços e da capitação ponderada das listas de médicos.

No terceiro nível, já é possível aplicar a modalidade retributiva especial para os médicos e o sistema de incentivos para todos os profissionais, fazendo-se a ressalva neste documento da necessidade de definição deste ponto em diploma próprio que substituirá e alargará definitivamente o DL n.º 117/98, de 5 de Maio (RRE).

O quarto nível passa pela contratualização do orçamento programa com a agência de contratualização, para uma USF estatal.

No quinto nível, já passam a ser admissíveis contratualizações externas, com entidades/USF de propriedade ou com gestão não pública (cooperativas, convenção ou outras).

A avaliação da USF é uma prioridade, passando pela auto-avaliação, hetero-avaliação e avaliação externa, inserida no desenvolvimento do sistema de avaliação MoniQuOr.CS (Programa de Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde) e na implementação de um sistema de acreditação de USF e de CS, sob responsabilidade do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS).

Em Janeiro de 2007, O Despacho Normativo n.º 10/2007, vem introduzir alterações ao Despacho Normativo n.º 9/2006. Vem definir que a contratualização da prestação de serviços seja realizada entre a ARS e a equipa multi-profissional e define três modelos de desenvolvimento: A, B e C, cuja lista de critérios e a metodologia serão posteriormente definidas pela MCSP, em articulação com as ARS e IGIF.

As USF passam assim a ser classificadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C. A diferenciação é feita em função do grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e do modelo de financiamento e respectivo estatuto jurídico.

O Modelo A compreende as USF do sector público administrativo com regras e remunerações definidas pela Administração Pública, aplicáveis ao sector e às respectivas carreiras dos profissionais que as integram.

O Modelo B abrange as USF do sector público administrativo com um regime retributivo especial para todos os profissionais, integrando remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho.

O Modelo C é um modelo experimental que abrange as USF dos sectores social, cooperativo e privado, articuladas com o centro de saúde, mas sem qualquer dependência hierárquica deste, baseando a sua actividade num contrato-programa estabelecido com a ARS respectiva e sujeitas a controlo e avaliação externa.

As USF deverão ter como fim, obter a adequação dos cuidados às verdadeiras necessidades do cidadão, ao mesmo tempo que não se podem esquecer as preocupações com os aspectos financeiros.

Para facilitar a aquisição de bens e as obras necessárias à instalação das USF, é publicado o DL n.º 5/2007, de 8 de Janeiro, que estabelece um regime especial para a contratação de empreitadas de obras públicas e de aquisição ou locação de bens e serviços para as USF.

O DL n.º 298/2007 de 22 de Agosto vem, finalmente, estabelecer o regime jurídico da organização e do funcionamento das Unidades de Saúde Familiar e o regime de incentivos a atribuir a todos elementos que as constituem, (aplicável a todos os modelos de USF), bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B, sendo os incentivos dos médicos aferidos pela compensação das actividades específicas e

os dos restantes profissionais, enfermeiros e pessoal administrativo, integrados na compensação pelo desempenho.

No Despacho 24101/2007, de 22 de Outubro, estão definidos os modelos de organização das USF: A, B e C, de acordo com o grau de autonomia funcional, diferenciação de modelo retributivo e patamares de contratualização.

Em Outubro do mesmo ano, a Portaria 1368/2007, de 18 de Outubro, veio aprovar a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das unidades de saúde familiar (USF).

Nas USF prevalece a prática profissional de grupo, pois a partilha de conhecimentos médicos requer uma cultura de grupo, "...com discussão regular das situações dos utentes, com análises interpolares de práticas e procedimentos" (Branco e Ramos, 2001:9).

Deixa de ser uma orientação virada sobre si própria (Centros de Saúde de 2ª Geração), para uma orientação virada para a comunidade.

Figura 6 – Centros de Saúde de Terceira Geração

- Orientação para os utentes e para a comunidade
- Pequenas unidades multiprofissionais organizadas por:
 - Listas de utentes (USF);
 - Pequenas áreas geográficas (USC);
 - Comunidade no seu conjunto (unidades de saúde pública).

Combinam-se várias abordagens: a mais personalizada privilegia a liberdade de escolha do médico; as outras permitem melhor conhecimento e intervenção no terreno, reduzindo desigualdades e indo ao encontro dos mais vulneráveis.

Fonte: Branco, A.G. e Ramos, V. (2001: 9)

As unidades são multiprofissionais, apesar da predominância de conhecimentos e práticas de medicina geral e familiar.

Na opinião de Branco e Ramos “A reforma dos CSP pressupõe, nos tempos actuais, uma maior diversidade de oferta de cuidados e uma crescente possibilidade de escolha por parte dos cidadãos (...) Projectos “Alfa”, RRE, Centros de Saúde de 3ª Geração e convenção contratualizada em medicina familiar inserem-se num percurso de mudança progressivo e coerente” (2001:10).

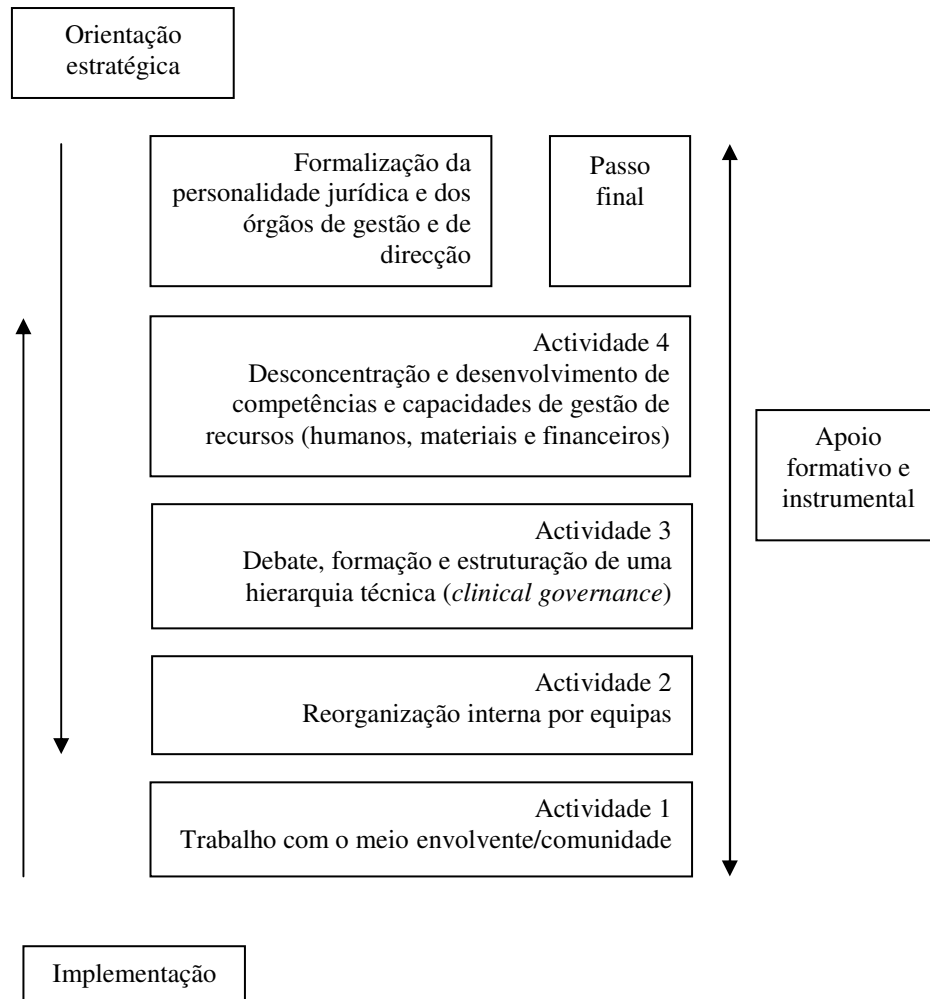
As características das USF pautam-se por uma estrutura descentralizada, baseada em equipas multiprofissionais, numa hierarquia técnica com missão de harmonizar a intervenção das diversas equipas e desenvolver dinâmicas de melhoria contínua de qualidade e uma equipa de gestão para apoiar o trabalho das equipas, coordenando e fomentando a coesão institucional.

A abordagem sugerida segundo os autores e também referida por Pisco (Coimbra, 2006) consiste na combinação integrada de três linhas de intervenção:

- a) Abordagem enquadradora *top-down*, com definição de orientações de carácter estratégico, de âmbito nacional e regional, para a mudança organizacional, permitindo ajustamentos caso a caso;
- b) Abordagem operativa *bottom-up*, baseada no trabalho local, a começar pelo meio envolvente e actores-chave da comunidade (trabalho decisivo no caso de centros de saúde com muitas “extensões”), a prosseguir dentro do centro de saúde estimulando as lideranças profissionais a constituírem as diversas equipas;
- c) Apoio formativo e instrumental à mudança organizacional, com mobilização de apoio técnico à desconcentração e ao desenvolvimento de competências e capacidades de gestão de recursos (humanos, materiais e financeiros).

Os ideais de base, são que as pessoas que mais podem contribuir para melhorar os CS, são os seus profissionais, desde que tenham o poder para tal. O corolário seria a autonomização financeira e administrativa dos CS.

Figura 7 – Processo de reestruturação organizacional nos centros de saúde



Fonte: Adaptado de Branco, A.G., e Ramos, V. (2001)

In DGS – Textos de apoio à reorganização dos centros de saúde, 1999

Nos comentários às comunicações apresentadas no 2º Fórum de Economia da Saúde, no Porto em 25 de Fevereiro de 2002, relativamente ao tema “Experiências Organizativas em Centros de Saúde”, resumidos por Barros, P.P. (2002), é feita referência a uma das questões que foram levantadas, relativamente à preparação dos profissionais de saúde para gerir as unidades de saúde. É dito que libertar os médicos para as suas profissões seria uma boa ideia, e o argumento que os gestores não conhecem as especificidades da área da saúde seria ultrapassado pela proximidade de funcionamento em equipas pequenas.

Os oradores salientaram que foi no movimento assistencial que se observaram melhorias advindas da introdução das experiências de gestão de unidades de saúde. Na área da

prevenção não foram notadas grandes evoluções, nem na referenciação para serviços hospitalares. De forma generalizada a informação circula de forma deficitária e com atrasos, no sistema de saúde no seu todo.

Concluem nesta exposição que os centros de saúde são na essência o ponto-chave do sistema de saúde, mas na prática são o “parente pobre”.

Uma das justificações encontradas para a menor importância atribuída aos centros de saúde é que estes envolvem, por unidade, menos dinheiro além de não serem tão complexas em termos de conhecimentos.

No estudo realizado pelo CEISUC (Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra) no âmbito do Programa Operacional Saúde XXI, utilizando o questionário EUROPEP⁴, onde são utilizados os indicadores mais significativos na avaliação por parte dos utilizadores da qualidade dos cuidados primários, foram apresentadas algumas das conclusões que se seguem.

Os autores, Ferreira e Raposo, (2006:292) concluem numa necessidade da busca por uma melhor qualidade, que seja estabelecida através de um sistema de incentivos “para recompensar os bons e apoiar os menos bons para que melhorem”.

As unidades mais bem avaliadas deveriam receber financiamento para criarem novos serviços e para recompensarem os profissionais pelo seu desempenho. Assim ganhariam mais autonomia, o controlo deixava de ser central para passar a ser periférico.

As unidades com classificações razoáveis teriam de discutir com as agências de contratualização sobre a forma de melhorar o seu desempenho, para assim garantir “que os recursos seriam orientados para as áreas mais carentes de melhoria de desempenho”.

As unidades com avaliação insuficiente, “teriam de elaborar um plano de acção em conformidade com regras definidas pela entidade de contratualização. Se, depois de terem recebido este apoio, as unidades não fossem capazes de melhorar o seu desempenho, haveria lugar a formas mais directas de intervenção.

E por último, as unidades com avaliação muito insuficiente “receberiam uma ajuda financeira extraordinária e uma intervenção externa imediata”. Existiria intervenção das

⁴ Instrumento de medição da satisfação dos utilizadores da prática da medicina geral e familiar na Europa.

agências de contratualização e um alerta aos gestores destes CS no sentido de desenvolverem planos para a melhoria do seu desempenho.

2.3.1 – Processo de contratualização com as USF

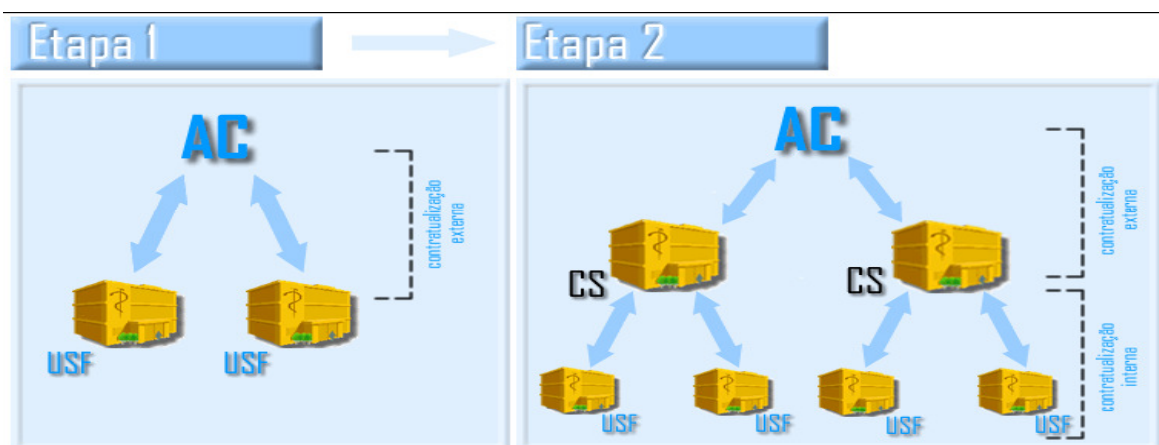
No processo de contratualização com as USF foram consideradas duas fases, sendo que na primeira estiveram envolvidas as USF com início em 2006 e na segunda a contratualização para 2007.

As regras de contratualização definiam que, as USF só seriam implementadas após definição de metas relativas ao acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho económico, apostando na responsabilização dos gestores públicos, sendo o papel das ARS vital, pois cabe a estas identificar as necessidades em saúde.

Caso a avaliação posterior das USF seja positiva face às áreas contratualizadas, haverá lugar à atribuição de um pacote financeiro, não atribuído directamente, uma vez que estas unidades não dispõem de autonomia financeira, mas através de um acesso a formação, documentação, equipamentos ou melhoramentos a nível de infra-estruturas, de acordo com uma proposta concebida pela USF e aprovada pela ARS.

Cabe assim à Agência de Contratualização numa primeira fase, a negociação directa com as USF (figura 6).

Figura 8 – Etapas de Contratualização



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde, (2006a:2)

No esquema temos numa segunda etapa, a contratualização entre as Agências e os Centros de Saúde reconfigurados, que ainda não foram criados. Posteriormente estes negociarão com as USF os contratos-programa.

Dentro desta primeira etapa, foram programadas duas fases, sendo que é considerado no documento de contratualização para 2006, que a primeira fase seja dificultada pela necessidade de “...implementar sistemas de informação, constituir listas de utentes e desenvolver o próprio trabalho de equipa...” (Secretaria de Estado da Saúde, 2006a:3), visto que o documento é de Junho de 2006 e a aplicação desta primeira fase seria para esse mesmo ano.

Esta fase destinava-se a ser aplicada a todas as USF que iniciassem a sua actividade até 30 de Setembro de 2006 com a designação de Modelo 1 e Regime Remuneratório Experimental.

Na verdade, na Região Centro este modelo foi aplicado a todas as USF que se iniciaram até Dezembro de 2006.

A 2ª fase previa todas as contratualizações com as USF para o ano de 2007, iniciando-se em Outubro de 2006, o que não se concretizou.

No processo de contratualização, cabe ao coordenador da USF participar na definição das metas relativas a quatro classes de indicadores previamente definidos pela Agência de Contratualização. As classes são nas áreas da acessibilidade, do desempenho assistencial, da qualidade percebida e do desempenho económico. Haverá lugar também a negociação de carteira adicional de serviços da USF caso seja proposta.

São assim definidos no documento de contratualização para 2006, três indicadores para medir a acessibilidade, cinco para medir o desempenho assistencial e dois para medir o desempenho económico.

Tabela 1 – Indicadores a Contratualizar na 1ª Fase

N.º	Indicador
1.4	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família
1.7.1	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1000 inscritos
1.7.2	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1000 inscritos
2.5.1	Percentagem de diabéticos com pelo menos uma HbA1C registada nos últimos três meses
2.7.1	Percentagem de crianças com PNV actualizada aos 2 anos
2.7.2	Percentagem de crianças com PNV actualizada aos 6 anos
2.9.2	Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias
2.10.2	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
4.1.1	Custo estimado para medicamentos prescritos
4.1.2	Custo estimado para meios complementares de diagnósticos e terapêutica prescritos

Fonte: Adaptado de Secretaria de Estado da Saúde, (2006a:4)

Tabela 2 - Indicadores a contratualizar na 2ª fase

Área	Nº AC	Nº SI	Indicador
Acesso	1.4	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família
	1.5.1	3.15	Taxa de utilização global de consultas
	1.7.1	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos
	1.7.2	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos
Desempenho Assistencial	2.1	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos)
	2.2	5.1	Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos
	2.5.1	5.4	Percentagem de diabéticos com pelo menos uma HbA1C registada nos últimos três meses
	2.6.1	5.10	Percentagem de hipertensos c/ registo de pressão arterial nos últimos seis meses
	2.7.1	6.1	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos
	2.7.2	6.1	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos
	2.9.2	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias
	2.10.2	6.9	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
Qualidade Percepcionada	3.1.1	-	Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de inquérito --- <i>score</i> final)
Desempenho Económico	4.1.1	7.6	Custo estimado para medicamentos prescritos
	4.1.2	7.7	Custo estimado com meios complementares de diagnósticos e terapêutica prescritos

Fonte: Adaptado de Secretaria de Estado da Saúde, (2006:6)

No caso de também ser negociada uma carteira adicional de serviços este documento de contratualização pressupunha a existência de, pelo menos, um indicador de desempenho assistencial por cada actividade negociada.

Coloca-se a questão de como iriam ser definidas estas metas, mas o documento também nos esclarece neste ponto.

“As metas deverão ser definidas com base na informação histórica dos Centros de Saúde aos quais as USF pertencem, nos seguintes moldes:

- A fixação das metas é uma função da negociação a ser realizada entre a USF e a Agência de Contratualização respectiva e deverá ter em consideração o histórico dos indicadores dos respectivos Centros de Saúde e da Sub-região de Saúde nos últimos 3 anos, ou pelo menos no último ano;
- Caso não exista informação histórica, terá de haver um consenso, entre as Agências, para definir o valor do intervalo de contratualização para o conjunto dos indicadores;
- As metas deverão ser definidas em função do número de meses previstos de funcionamento da USF para o corrente ano – será apenas considerado o número de meses completos de actividade;
- As metas deverão ser ambiciosas, mas viáveis, de forma a garantir que as características inerentes à constituição das USF tragam melhores resultados em saúde.

A avaliação do cumprimento destas metas prevê-se trimestral, de forma automatizada com a ajuda dos novos sistemas de informação de forma a não trazer sobrecarga para os profissionais das USF” (Secretaria de Estado da Saúde, 2006a:5).

É pedido também às USF que elaborem um relatório de actividades, analisando os desvios negativos nas metas definidas, caso se verifiquem, ou o que contribuiu para os desvios positivos face ao contratualizado. São ainda previstas, auditorias e acompanhamento externo.

Tabela 3 – Métrica de Avaliação das Metas Contratualizadas na 1ª fase

Estado	Pontuação	Classes	
		Acesso Desempenho Assistencial Qualidade Percepcionada	Desempenho Económico
Atingido	2	≥ 90 %	≤ 100 %
Quase Atingido	1	[80 %, 90 %[]100 %, 105 %]
Não Atingido	0	< 80 %	> 105 %

Nota: a 1ª fase da contratualização não inclui indicadores da classe Qualidade Percepcionada

Fonte: Adaptado de Secretaria de Estado da Saúde, (2006a:6)

Tabela 4 – Métrica de Avaliação das Metas Contratualizadas na 2ª fase

Estado	Pontuação	Classes		
		Acesso Desempenho Assistencial	Qualidade Percepcionada	Desempenho Económico
Atingido	2	> 90 %	≥ Percentil 25 ou ≥ 4 pontos	≤ 100 %
Quase Atingido	1	[80 %, 90 %]	-]100 %, 105 %]
Não Atingido	0	< 80 %	< Percentil 25	> 105 %

Fonte: Adaptado de Secretaria de Estado da Saúde, (2006:9)

Esta tabela foi definida para avaliar os compromissos negociados e contratualizados, sendo que com base nos resultados apurados, se decidiria da atribuição ou não de um incentivo institucional.

Para atribuição deste incentivo em 2006, seria necessário que as USF cumprissem os critérios constantes da tabela abaixo.

Tabela 5 – Critério para Atribuição do Incentivo Institucional

Classe	Pontuação a obter	Pontuação Máxima Possível	Critério
Acesso	5	6	90% da pontuação máxima possível
Desempenho Assistencial	9	10	90% da pontuação máxima possível
Desempenho Económico	4	4	90% da pontuação máxima possível

Fonte: Adaptado de Secretaria de Estado da Saúde, (2006:6)

As primeiras candidaturas surgiram em Março de 2006 e no final de 2007 estavam já em funcionamento, por regiões, 44 na Região Norte, 26 na Região Centro, 29 na Região de Lisboa e Vale do Tejo, 2 na Região do Alentejo e 3 na Região do Algarve.

2.4 – Noção de qualidade em Saúde

A preocupação com a qualidade dos serviços é um assunto premente devido à maior atenção da população para a mesma, aliada ao factor de contenção de custos.

Ferreira e Raposo (2006:285), entendem “...que as perspectivas dos doentes são importantes na medição da qualidade dos cuidados prestados e que as avaliações que produzem têm valor como medidas de efectividade clínica”, além de ser uma forma de “...contribuir para a democratização dos serviços de saúde”.

“A governação é o termo usado para descrever o espaço de interacção entre os cidadãos e os seus governantes e os vários meios pelos quais os governos podem ajudar ou impedir os seus constituintes de atingirem ou alcançarem satisfação e prosperidade material” Rotberg RI citado por Ferreira e Raposo (2006: 285).

Para a Organização Mundial da Saúde citada pelos autores (2006:287) “...a boa governação para a saúde é a capacidade de activar a participação de todos os que estão interessados na formulação e no desenvolvimento de políticas, programas e práticas que conduzam a sistemas de saúde mais equitativos e sustentáveis. Nesta perspectiva, alguns dos elementos mais comuns associados à boa governação são a focalização nas pessoas, a

prestação de contas, a transparência, a participação dos cidadãos, a monitorização e a avaliação regulares”.

Podemos alcançar uma boa governação nas organizações orientando-nos pelos seguintes princípios enunciados pelas Nações Unidas enumerados pelos autores (2006:286): “Participação – todos devem ter voz nos processos de tomada de decisão, quer directamente quer através das instituições que representam as suas intenções. Esta participação alargada é baseada na liberdade de associação e expressão, bem como na capacidade de participar de forma construtiva;

Orientação de consensos – mediar diferentes interesses de modo a atingir um consenso alargado naquilo que é o melhor interesse do grupo e, quando possível, nas políticas e procedimentos;

Visão estratégica – perspectiva de longo prazo, tendo em conta os aspectos históricos, culturais e as complexidades em que a perspectiva é baseada, na boa governação e no desenvolvimento humano, tendo em conta o que é necessário para tal desenvolvimento;

Resposta – as instituições e os processos tentam servir todos os interessados;

Efectividade e eficiência – os processos e as instituições produzem resultados que satisfazem as necessidades tendo em conta a melhor utilização possível dos recursos;

Prestação de contas/responsabilização – os agentes de decisão (governo, sector privado, sector civil) são responsáveis perante a população bem como perante os interessados institucionais;

Transparência – os processos, as instituições e a informação estão disponíveis para aqueles que com eles estejam preocupados. É fornecida informação suficiente para os entender e monitorizar (fluxos livres de informação);

Equidade – todos têm oportunidades de se envolverem nos processos de decisão para melhorar e manter o seu bem-estar;

Primado da lei – o enquadramento legal deve ser justo e imparcial, particularmente as leis dos direitos humanos”.

Segundo Dodgson R., Lee K. citado pelos autores (2006: 285), “A governação na saúde diz então respeito às acções e aos meios adoptados por uma sociedade para se organizar a si própria na promoção e na protecção da saúde da sua população”.

Tem de existir mudança para haver aumento de qualidade. Seja uma mudança baseada no histórico, seja baseada em novos pressupostos.

Apresentam-se de seguida algumas definições de qualidade, conforme Barros (1982:2):

“Qualidade na saúde: é satisfazer e diminuir as necessidades e não responder à procura, oferecendo mais; é ser proactivo para prevenir e dar resposta e não para a procura de novas oportunidades de mercado; é reunir integradamente como atributo a efectividade, eficiência, aceitabilidade e a equidade e não a exigência única de aceitabilidade”.

Ministério da Saúde, *Sistema português da Qualidade na Saúde*, 1998

“Qualidade: assegura aos doentes a existência de um nível aceitável de cuidados”.

Diana Sale, *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde*, 1998

“Qualidade em Saúde é o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejáveis e são consistentes com a prática profissional corrente”.

Institute of Medicine, 1990

Podemos identificar dois pontos de vista sobre o que é a qualidade. Podemos ter, o que é percebido por parte dos utilizadores dos serviços de saúde, que focam os cuidados médicos prestados e o nível de satisfação das necessidades obtido e por outro lado, a qualidade do ponto de vista interno à organização, em que implica produzir, utilizando da melhor forma os recursos disponíveis.

Deve-se ter em atenção que qualidade avaliada pelo utente pode entrar em conflito com a qualidade vista do ponto interno. E uma pode ser obtida à custa da outra.

Barros (1998: 3), ilustra bem esta ideia com os seguintes exemplos:

“Exemplo: simpatia no atendimento. O custo de um sorriso é normalmente pequeno, mas o conforto que o utilizador recebe implica um benefício (intangível) superior a esse custo. Exemplo: realização de um TAC sempre que tiver febre acima dos 38 graus. Claramente, há maior qualidade no sentido em que existe uma probabilidade superior de identificar qualquer problema que provoque a febre; contudo, essa probabilidade é tão baixa, que normalmente não compensa os custos de fornecer esse nível de qualidade”.

A melhoria dos cuidados de saúde passa também por uma regulamentação das condições de qualidade, através da estipulação de normas, definição criteriosa do que se pretende da qualidade em saúde. A avaliação dos profissionais de saúde é outro ponto fulcral, bem

como a avaliação da própria instituição. O financiamento por seu lado deve ser feito em função do conjunto destas avaliações.

Há que tentar encontrar o ponto óptimo de qualidade. Pode conseguir-se através de um balanço entre atingir objectivos de qualidade interna e objectivos de qualidade externa. Sendo claro que no limite os custos de funcionamento influenciarão este balanço.

Desta análise percebemos que o conceito de qualidade é difícil de definir pois engloba diferentes dimensões, que podem inclusive entrar em conflito, sendo preciso tomar decisões tendo em conta as diferenças existentes nas instituições.

Este trabalho vai focar-se sobre a qualidade percebida pelos utentes, ou seja até que ponto as alterações resultantes da implementação das USF, veio aumentar a percepção dos utentes sobre o aumento da qualidade dos serviços prestados.

CAPÍTULO 3 – A INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Uma das preocupações dominantes dos governos continua a ser a reforma dos sistemas de saúde, no sentido de os tornar mais eficientes e de travar o acelerado crescimento das despesas, preservando os princípios da solidariedade, garantindo um acesso mais equitativo e melhorando a sua efectividade. Em Portugal têm-se vindo a experimentar soluções que nem sempre têm atingido os objectivos fixados e que por vezes são interrompidas ou abandonadas sem terem sido cabalmente avaliadas, daí a pertinência do estudo em causa.

Em resumo, considera-se pertinente a investigação em torno deste tema, pela sua actualidade, pela sua imposição legal e pelas vantagens explanadas para um maior rigor no controlo e gestão na prestação dos cuidados de saúde, apesar dos obstáculos que se colocam e se venham a colocar.

3.1 – METODOLOGIA

3.1.1 – Objecto do estudo

O objectivo do presente estudo é analisar a percepção dos utentes dos cuidados primários de saúde no atendimento efectuado nas USF, em oposição ao efectuado no modelo de organização do Centro de Saúde convencional.

Desta forma, realizar-se-á uma análise às possíveis alterações que possam ter existido com o aparecimento das USF e que sejam percebidas pelo utente, para que, para tentar perceber a sua influência na satisfação do utente.

3.1.2 – Relevância do estudo

Actualmente, a avaliação da qualidade é um elemento fulcral para qualquer organização, como já descrito em capítulo anterior. Através dessa avaliação é possível determinar o nível de qualidade do serviço que se está a prestar, no intuito de identificar e precisar defeitos e utilizar os resultados para o planeamento e implementação de medidas que

visem a melhoria contínua da qualidade e conseqüentemente, o aumento da satisfação do cliente.

A qualidade dos cuidados é baseada nos julgamentos dos utentes acerca da globalidade ou excelência dos serviços prestados. O valor atribuído aos cuidados de saúde é subjectivo, sendo por isso, único para cada utente. Esta percepção apresenta uma medição difícil de efectuar dado que cada utente tem as suas próprias especificações em mente para cada experiência.

Nos últimos anos, verifica-se uma tendência crescente da actividade ambulatoria, nomeadamente a de consultas. Todavia, o incremento das listas de espera para consulta, tanto nos hospitais como nos centros de saúde é uma realidade.

O relacionamento dos hospitais com os centros de saúde tem-se deteriorado. O afastamento entre os cuidados primários e os cuidados diferenciados é visível. Os doentes chegam, por vezes, ao hospital mal referenciados o que conduz a um aumento do consumo de recursos e a uma insatisfação do doente quanto à resposta recebida, outras vezes, o próprio hospital pela sua incapacidade de resposta condiciona a actividade dos centros de saúde.

Por seu lado, os utentes desejam processos de marcação e admissão mais flexíveis, ou seja, rapidez na resposta.

3.1.3 – Formulação das hipóteses de trabalho

Na avaliação da satisfação que os utentes fazem do serviço que lhes é prestado nas USF, formulam-se algumas hipóteses de estudo.

Em primeiro se os utentes perceberam alterações nos serviços prestados ao nível dos cuidados primários, quais as alterações percebidas e em que medida, utilizando determinadas dimensões – que se relacionam com os profissionais de saúde, os procedimentos administrativos e as estruturas físicas.

Numa segunda fase analisa-se se existe inter-ligação entre as alterações percebidas e o nível de satisfação com o modelo USF e se esta tem significância estatística.

Por fim, é intenção analisar se o investimento realizado em cada USF, se traduziu numa relação directa com maior satisfação dos utentes dessas USF.

3.1.4 – Manipulação de variáveis e medidas utilizadas

Tendo como ponto de partida para este trabalho a base de dados recolhida através de inquéritos (conforme se explicita mais à frente), começou-se por analisar todas as variáveis. Para cada uma delas foi definido o seu tipo. Assim, no campo “Variable Type” utilizaram-se as seguintes opções de variáveis: “Numeric” – para os casos das variáveis ordinais e categóricas: “String” – para as variáveis onde se pretende incluir informação descritiva. O campo “Label” foi preenchido para cada variável com uma definição/descrição.

Também no campo “Values” foram definidas as categorias de respostas, no caso de todas as variáveis categóricas, consideraram-se ou as alternativas de respostas prevista no inquérito, ou as tabelas de codificação nos casos aplicáveis.

No campo “Measure” foi preenchido o tipo de medida característica da variável. Foram utilizadas as seguintes opções: “Nominal”, “Ordinal” e “Scale”.

Nalguns casos foi necessário proceder à recodificação de algumas variáveis, como por exemplo no caso da variável idade, definindo-se grupos etários, no sentido de estratificar a análise.

Para o estudo da segunda hipótese proposta, houve também a necessidade de recodificar algumas variáveis que tinham mais do que duas respostas possíveis, pois dado a amostra ser pequena, só assim foi possível utilizar o teste de independência, nomeadamente o teste de Fisher.

3.1.5 – Desenho do estudo

O estudo baseia-se no Inquérito (anexo 1), elaborado pelo investigador e foi realizado a uma população abrangida pelo conjunto dos utentes das USF. O trabalho de campo para a recolha dos dados decorreu no mês de Setembro de 2007.

A dimensão total da amostra é composta por 64 inquéritos recolhidos junto de sete USF, sendo que a recolha dos inquéritos se restringiu aos utilizadores de USF da Região Centro.

Neste sentido, foram seleccionadas apenas sete unidades de saúde familiares, pois não seria possível realizar inquéritos em todas as USF da Região Centro, no formato pretendido que seria entrevista pessoal, por questões de mobilidade e de tempo.

3.1.6 – Critérios de escolha

O primeiro critério para escolha das USF, onde iriam ser recolhidas as respostas dos utentes, foi seleccionar as USF que em Maio de 2007 já tinham iniciado a sua actividade, visto que para que os utentes tivessem em Setembro, altura em que o inquérito foi apresentado, clara percepção das mudanças, seria necessário um espaço temporal suficiente para terem percepcionado as mudanças.

Apuraram-se assim quinze USF. Mesmo assim, ainda se tornava impossível a recolha junto de todas estas USF, devido às restrições já apontadas.

Optou-se então como segundo critério de escolha, as USF com actividade iniciada em 2006 e que no final desse ano já tinham uma avaliação do seu desempenho. Seriam cinco: Condeixa, Tornada nas Caldas da Rainha, Grão Vasco em Viseu, VitaSaurium em Soure e São Julião da Figueira na Figueira da Foz.

No sentido de enriquecer este trabalho, optou-se por adicionar mais duas USF, sendo o critério usado o número de utentes. E assim surgem na lista das inquiridas aquelas com maior número de utentes inscritos, Cruz de Celas em Coimbra e Molicheiro em Aveiro.

A escolha dos utentes a inquirir teve por pressuposto base, o critério de aleatoriedade, perante os utentes que se encontravam na sala de espera das USF.

3.1.7 – Instrumento de recolha dos dados

O instrumento de recolha dos dados utilizado foi o inquérito efectuado por entrevista directa, realizado pelo próprio investigador no sentido de ter um maior contacto com a realidade no terreno. A recolha da informação foi feita através de um questionário previamente elaborado pelo investigador, constituído por questões fechadas e questões abertas (ver em anexo).

O questionário é composto por seis secções. A primeira versa sobre a caracterização demográfica da amostra, na segunda, procuram-se conhecer algumas informações gerais de

saúde e frequência de deslocação ao Centro de Saúde, na terceira, realizam-se um conjunto de questões sobre o Médico de Família, na quarta, avalia-se a qualidade do atendimento, na quinta secção, realizam-se questões relacionadas com a consulta propriamente dita e na sexta são questões de cariz geral sobre a satisfação com a USF.

Os dados obtidos foram depois submetidos a uma análise estatística através do pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), com o apoio do programa *Microsoft Excel*.

3.1.8 – Técnicas e medidas estatísticas

Para a caracterização das amostras utilizaram-se conceitos da estatística descritiva univariada e bivariada.

Na análise da tipologia de utentes que frequentam as consultas nas USF, bem como em toda a análise relativa à hipótese 1, recorreu-se à aplicação de tabelas de frequência simples e de dupla entrada (*crosstabs*).

Para a hipótese 2 aplicaram-se tabelas de frequência de teste do qui-quadrado.

A terceira hipótese não foi no entanto passível de análise. Foi solicitado à ARS do Centro se seria possível obter o valor de investimento executado nas USF inquiridas até à data de realização dos inquéritos (Setembro de 2007), pois a intenção era comparar o investimento realizado, com o nível de satisfação do utente, por USF, ou seja perceber se a realização de maior ou menor despesa naquelas unidades tinha influenciado as possíveis diferenças no nível de satisfação entre os utentes das USF.

A ARS recolheu junto das Sub-regiões de Saúde a informação possível de apurar à data de elaboração desta tese, mas após análise dos elementos recolhidos verificou-se que: algumas aquisições, designadamente de equipamento, foram efectuadas em lote tendo por base as necessidades de várias USF's. Desta forma torna-se difícil a obtenção de elementos individualizados por USF; não foi possível também conciliar o período de análise da presente tese com o ano económico em causa, tendo presente que o planeamento do investimento, designadamente em obra, é realizado na perspectiva do espaço temporal do ano económico e existindo um desfasamento temporal entre o processo de investimento (obra e equipamento) e a concretização do mesmo, designadamente a sua utilização, deixa de ser possível aferir do seu impacto.

Pelos motivos acima invocados, não obstante todo o esforço efectuado pelos colaboradores dos diversos Departamentos da ARS do Centro e pelos colaboradores dos Serviços das diversas Sub-Regiões de Saúde optou-se pela não inclusão dos mesmos neste trabalho.

3.2 – Análise dos resultados obtidos

3.2.1 – Caracterização das USF onde foram realizados os inquéritos

Antes de iniciarmos a análise das variáveis, apresentam-se os seguintes quadros com uma breve caracterização das USF onde foram realizados os inquéritos.

Quadro 8 – USF Cruz de Celas

Coordenador	Miguel Mesquita
N.º de médicos	8
N.º de enfermeiros	8
N.º de administrativos	5
Universo de utentes abrangidos	14.000
Modelo Organizacional	Modelo A
Data de entrada em funcionamento	05-02-2007
Centro de Saúde	Celas

Quadro 9 – USF Condeixa

Coordenador	José Miguel Conceição
N.º de médicos	5
N.º de enfermeiros	5
N.º de administrativos	4
Universo de utentes abrangidos	10.000
Modelo Organizacional	Modelo A
Data de entrada em funcionamento	04-09-2006
Centro de Saúde	Condeixa

Quadro 10 – USF Moliceiro

Coordenador	José António Madail Ratola
N.º de médicos	8
N.º de enfermeiros	8
N.º de administrativos	7
Universo de utentes abrangidos	14.213
Modelo Organizacional	Modelo A
Data de entrada em funcionamento	14-05-2007
Centro de Saúde	Aveiro

Quadro 11 – USF Grão Vasco

Coordenador	António José Lemos
N.º de médicos	8
N.º de enfermeiros	8
N.º de administrativos	5
Universo de utentes abrangidos	14.000
Modelo Organizacional	Modelo A
Data de entrada em funcionamento	23-10-2006
Centro de Saúde	Viseu III

Quadro 12 – USF Tornada

Coordenador	Ana Pisco
N.º de médicos	4
N.º de enfermeiros	3
N.º de administrativos	3
Universo de utentes abrangidos	6.800
Modelo Organizacional	Modelo A
Data de entrada em funcionamento	11-09-2006
Centro de Saúde	Caldas da Rainha

Quadro 13 – USF São Julião da Figueira

Coordenador	José Luís Biscaia
N.º de médicos	7
N.º de enfermeiros	6
N.º de administrativos	5
Universo de utentes abrangidos	12.000
Modelo Organizacional	Modelo A
Data de entrada em funcionamento	29-12-2006
Centro de Saúde	Figueira da Foz

Quadro 14 – USF VitaSaurium

Coordenador	Cristina Moura
N.º de médicos	7
N.º de enfermeiros	7
N.º de administrativos	5
Universo de utentes abrangidos	12.000
Modelo Organizacional	Modelo A
Data de entrada em funcionamento	30-10-2006
Centro de Saúde	Soure

Estes dados foram retirados do site da Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

Das sete USF onde foram realizados os inquéritos, como já foi referido, apenas cinco delas tiveram avaliação no final de 2006: Condeixa, Tornada, São Julião, Grão Vasco e VitaSaurium.

Analisando o documento elaborado pela Agência de Contratualização da ARS Centro (ARC Centro, 2007), é dito no mesmo, que todo este projecto, na data da avaliação, ainda estaria numa fase inicial e com algumas dificuldades de arranque do novo projecto. Mesmo assim, foi tomada a decisão de arrancar com a contratualização com as USF nesse ano.

São relatadas pelas USF dificuldades na implementação dos sistemas informáticos, principalmente na USF de São Julião, que a juntar a esta situação ainda teve o revés da instalação da central telefónica, que só foi instalada em 16 de Dezembro, tendo aberto oficialmente apenas em 29 de Dezembro, como vemos no quadro abaixo.

As unidades de Grã Vasco e VitaSaurium, como só iniciaram a sua actividade após Outubro, apenas foram contratualizados os serviços no âmbito da Carteira Adicional de Serviços para o ano de 2006.

Quadro 15 – USF com contratualização para o 4º trimestre

Nome	Carteira Básica de Serviços	Carteira Adicional de Serviços	Data de Início
USF Condeixa	X	X	04 / 09 / 2006
USF São Julião	X	X	29 / 12 / 2006*
USF Tornada	X	X	04 / 09 / 2006
USF Grão Vasco		X	23 / 10 / 2006
USF Vitasaurium		X	30 / 10 / 2006

* A data inicialmente prevista era 18 de Setembro.

Fonte: ARS Centro, (2007:4)

Os indicadores de contratualização foram definidos tendo em conta a envolvente da USF, quer a nível dos indicadores de referência do Centro de Saúde, quer da Sub-Região de Saúde.

A Agência de Contratualização conclui no seu relatório, que de uma forma geral e apesar dos constrangimentos técnicos, a avaliação foi positiva, assumindo também a necessidade de se reverem definições de critérios e metas a atingir, conforme constatamos pelas alterações formuladas nos documentos Elaborados pela Secretaria de Estado da Saúde (2006 e 2006a) referidos no subcapítulo dedicado às USF.

Apenas três USF se encontravam em condições de receber incentivo institucional, pois apenas estas contratualizaram a Carteira Básica e a Carteira Adicional de Serviços. Após a avaliação constante do quadro seguinte, apenas a USF da Tornada cumpriu as metas contratualizadas. De ressaltar mais uma vez que foi um ano de experiência, com todas as vantagens e desvantagens inerentes.

Quadro 16 – Avaliação Final das USF em 2006

Nome	Incentivo Institucional	Motivo
USF Condeixa	Não	Não cumprimento da taxa de visitas domiciliárias de enfermagem. Não cumprimento da meta associada ao programa de saúde materna (precocidade da primeira consulta de saúde materna). Não cumprimento da meta associada à actividade desenvolvida no âmbito da Carteira Adicional de Serviços (Consulta de Desabituação Tabágica)
USF São Julião	-	Sem condições de avaliação no âmbito do processo de contratualização, pelo facto de ter iniciado oficialmente, ao contrário do previsto, apenas no dia 29 de Dezembro de 2006.
USF Tornada	Sim	Cumpriu os pressupostos exigidos nas três classes de indicadores, alvo de contratualização.

Fonte: ARS Centro, (2007:20)

Nas próximas páginas analisaremos as respostas aos inquéritos realizados aos utentes das sete USF seleccionadas.

3.2.2 – Caracterização sócio-demográfica

Dos 64 inquiridos, a distribuição por USF em termos percentuais foi a seguinte:

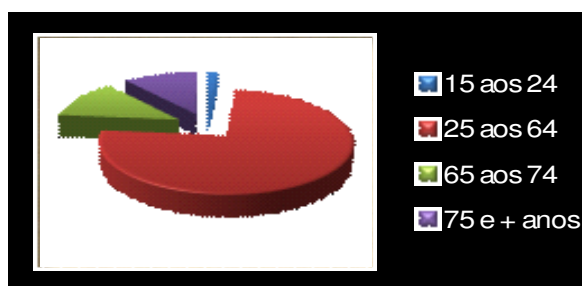
Quadro 17 – Distribuição dos inquéritos

USF	%
Cruz de Celas	15,6
Condeixa	12,5
Moliceiro	15,6
Grão Vasco	14,1
Tornada	15,6
São Julião da Figueira	10,9
VitaSaurium	15,6
Total	100,0

A amostragem é equilibrada de forma a permitir elaborar comparações entre as diversas USF.

Em relação à idade, o grupo etário que prevalece é dos 25 aos 64 anos, população em idade activa.

Gráfico 1 – Respostas por grupos etários



Quadro 18 – Respostas por grupos etários

Grupos etários	%
15 aos 24	1,6
25 aos 64	75,0
65 aos 74	12,5
75 e + anos	10,9
Total	100,0

Analisando as idades dos inquiridos por USF, podemos ver que em todas as USF, à excepção da USF São Julião da Figueira esta situação se mantém. Na USF São Julião da Figueira a maior percentagem de inquiridos encontra-se na faixa etária superior aos 75 anos.

Quadro 19 – Respostas por grupos etários e por USF

		Idade do utente %				
		15 aos 24	25 aos 64	65 aos 74	75 e + anos	Total
USF	Cruz de Celas		90	10		100
	Condeixa		88	13		100
	Moliceiro		80	10	10	100
	Grão Vasco	11	78	11		100
	Tornada		70	20	10	100
	São Julião da Figueira		14	29	57	100
	VitaSaurium		90		10	100

Como se observa no gráfico abaixo, a maioria dos inquiridos (71,9%) é do sexo feminino.

Gráfico 2 – Respostas por género



A variável grau de escolaridade também é importante para analisar o nível de expectativas dos utentes. Apenas 33% dos inquiridos têm acima da escolaridade obrigatória.

Quadro 20 – Respostas em função do grau de escolaridade

Escolaridade	%
Até 4ª classe	39
Até 9º ano	28
Até 12º ano	25
Licenciatura	6
Mestrado	2
Total	100

3.2.3 – Análise da primeira hipótese de estudo

3.2.3.1 – Dados de Saúde

A maioria dos inquiridos (61%), declarou ter uma percepção razoável do seu estado de saúde. Analisando por faixas etárias, observa-se que é na faixa mais jovem e superior aos 75 anos que percebem um estado de saúde como mau.

Quadro 21 – Percepção do estado de saúde dos inquiridos por grupo etário

Idade (anos)	Estado de Saúde %			Total
	Mau	Razoável	Bom	
15 aos 24	100,00	0,00	0,00	100,00
25 aos 64	8,33	68,75	22,92	100,00
65 aos 74	25,00	50,00	25,00	100,00
75 e + anos	71,43	28,57	0,00	100,00

Analisando a percepção dos homens e das mulheres verifica-se que as mulheres apresentam uma percepção mais negativa da sua saúde (75%).

Em termos de validação do questionário também é importante a análise da percepção do estado de saúde, pois pode influenciar a predisposição para responder a este.

3.2.3.2 – Médico de família

Na questão “Na unidade de saúde anterior tinha médico de família?”, contra todas as expectativas, as respostas foram positivas por parte de todos os utentes, o que não permite a verificação das intenções da Unidade de Missão dos CSP, que era dotar mais utentes de médico de família.

Com a questão “O médico de família que tem actualmente nesta USF é o mesmo que tinha anteriormente?”, percebeu-se que em 42% dos casos, os utentes mudaram de médico de família, ou seja, na realidade o que parece ter acontecido foi um ajustamento das listas de utentes dos médicos.

Dos que mudaram de médico, apenas 37% tiveram opção na escolha do novo médico.

Uma vez que o aumento do número de utentes por médico poderia levar a um atendimento mais rápido, menos atencioso, foi abordada no inquérito a questão da percepção dos utentes acerca da existência de diferenças no atendimento, com a questão “Notou algumas diferenças no atendimento, após o seu médico passar a pertencer à USF? E se sim, quais?”. Do total de inquiridos, 22% dos utentes responderam que notaram diferenças e 78% não notaram qualquer alteração.

Dos utentes inquiridos que responderam que notaram alterações no atendimento, 25% dos casos referiram que tinham sentido que o médico passou a dispor de menos tempo para os atender. Apesar de interessante esta análise, não podemos deixar de ter em consideração que no total dos inquiridos isto representa apenas uma percentagem de 3%.

Mais adiante no inquérito coloca-se a questão, se os utentes acham que houve alterações no tempo que o médico dispensa durante a consulta, sendo que se confirma que não houve grande percepção de alterações no tempo disponibilizado, com 13% a afirmarem que o médico passou a fazer uma consulta mais rápida, mas para 77% o tempo continua a ser o mesmo e houve mesmo 11% que afirmaram que o tempo disponibilizado aumentou.

Ainda neste contexto foram questionados se achavam que o médico de família tinha ou não um melhor conhecimento do historial clínico, aos que 56% respondeu que sim, 36% que o conhecimento parecia ser o mesmo e 8% responderam que não.

Daqui podemos também concluir que apesar de apenas 11% acharem que lhes é dispensado mais tempo, 56% acham que o médico conhece melhor o seu historial clínico, podendo esta situação dever-se à maior motivação dos profissionais, que se interessam além do exigido, pela sua lista de utentes dando a sensação ao utente de que os conhecem bem.

Um ponto que na altura também pareceu que podia ser importante na avaliação que o utente poderia fazer da Unidade de Saúde Familiar, foi o poder de participação na consulta, sendo que 92% sentem que o médico está aberto a diálogo contra 5% que acham que não.

As questões relacionadas com a prescrição de medicamentos e EAD resultaram da preocupação em aferir se em virtude dos indicadores para medir o desempenho económico, estipulados pelas agências de contratualização⁵, os profissionais de saúde se estavam a controlar na prescrição de medicamentos e EAD.

Mas tal preocupação parece ser infundada, pelo menos assim nos diz a percepção dos utentes inquiridos, uma vez que, apenas 6% referiram ter sentido que o médico estava menos propenso a receitar medicamentos e 2% acha que a prescrição de EAD diminuiu.

Uma outra questão que foi colocada era se o utente tinha ou não conhecimento da possibilidade de falar com o seu médico de família por telefone, para lhe colocar questões relacionadas com o seu estado de saúde, que no entender deste não justificavam uma deslocação à USF.

Do total de inquiridos, 48% respondeu que era possível, sendo que apenas 2% disseram que não o tinham conseguido fazer ou que não era mesmo possível, 32% não sabiam se era ou não possível, pois não dispõem dessa informação ou nunca tinham sentido necessidade de o fazer.

Apresenta-se a distribuição destas respostas por USF no quadro seguinte.

⁵ Custo estimado para medicamentos prescritos e custo estimado para meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos.

Quadro 22 – Possibilidade de serem atendidos pelo médico por telefone

		O médico atende o utente por telefone na USF?			
		%			
		Sim	Não	Não sabe	Total
USF	Cruz de Celas	90	0	10	100
	Condeixa	88	0	13	100
	Moliceiro	30	0	70	100
	Grão Vasco	44	11	44	100
	Tornada	30	0	70	100
	São Julião da Figueira	0	0	100	100
	VitaSaurium	50	0	50	100

Apenas na USF Grão Vasco em Viseu, houve utentes a responder que não era possível falar com o médico de família por telefone.

A questão “No anterior modelo de organização já era ou não possível falar com o seu médico de família por telefone?”, serviu para perceber as efectivas mudanças na disponibilização dos médicos para atender o utente telefonicamente. 42% responderam que já era um serviço que existia, sendo que 47% não sabiam se essa situação era ou não possível no CS convencional. Observa-se então que este tipo de serviço passou a estar disponível num maior número de situações, mas esta conclusão pode ser enviesada, uma vez que muitas pessoas não sabiam da possibilidade deste serviço, e no novo modelo de organização ainda continua a existir uma grande percentagem a desconhecer a disponibilização ou não deste tipo de atendimento.

Quadro 23 – Distribuição percentual por USF

		No CS convencional o médico atendia o utente ao telefone?			
		%			
		Sim	Não	Não sabe	Total
USF	Cruz de Celas	90	0	10	100
	Condeixa	75	25	0	100
	Moliceiro	50	0	50	100
	Grão Vasco	11	0	89	100
	Tornada	20	30	50	100
	São Julião da Figueira	14	0	86	100
	VitaSaurium	30	20	50	100

Um dos objectivos que este modelo preconiza é a possibilidade de os utentes poderem ser atendidos sempre que necessitem de se dirigir à USF, mesmo que o seu médico de família nesse dia ou nessa hora não esteja disponível.

Colocou-se assim essa questão “Na ausência do seu Médico de Família é atendido por outro médico?”, para perceber até que ponto isso estaria mesmo a ser posto em prática.

Dos inquiridos 75% respondeu que caso o seu médico não estivesse disponível seria atendido por um outro médico, 8% responderam que não tinham conseguido ser atendidos e 17% não soube responder a essa questão.

Os utentes que não tinham conseguido atendimento pertencem às USF de Condeixa, Tornada e VitaSaurium.

Um outro ponto que também é realçado pelos responsáveis pelo novo modelo de organização, é que o atendimento administrativo melhorou, pois passam a existir menos barreiras físicas entre os administrativos e o utente, criando-se assim uma maior relação de proximidade e conseqüente aumento na satisfação dos utentes.

Da análise sobre esta questão (“Sente que desde a criação desta USF a qualidade a nível de atendimento administrativo: piorou, manteve-se, melhorou razoavelmente, melhorou significativamente?”), conclui-se que 39% acham que o atendimento a nível administrativo se manteve, mas em conversa com os utentes percebeu-se que dos que responderam que o atendimento era igual, estavam insatisfeitos com essa situação, pois relataram falta de formação de atendimento dos técnicos administrativos.

Os utentes que acham que melhorou razoavelmente perfazem 48% dos inquiridos e 13% chegam mesmo a afirmar que o atendimento melhorou significativamente, apontando como causa que as funcionárias eram mais simpáticas e prestativas. No total 61% dos inquiridos sentem que houve alterações para melhor no atendimento administrativo.

Da conversa com os utentes também se retira que nem em todos os casos, os utentes entenderam como uma mais-valia a maior proximidade física, pois percebem que para as funcionárias é mais difícil trabalhar estando numa sala cheia de utentes, sem nenhuma separação física. Cheguei mesmo a assistir na USF de Grão Vasco, a uma funcionária que teve de se levantar e pedir silêncio na sala, pois não conseguia ouvir o utente que estava a atender.

Um outro ponto abordado, foi a possibilidade de marcação de consulta por telefone e saber se os utentes sabiam se essa possibilidade já existia no modelo de organização anterior à USF.

Dos inquiridos, 86% responderam que era possível marcar consultas através do telefone e 14% não sabia se era ou não possível. De referir que ninguém respondeu que esta opção não estava disponível na sua USF.

Quadro 24 – Marcações por telefone, distribuição percentual por USF

		Podem fazer-se marcações por telefone na USF?		
		%		
		Sim	Não sabe	Total
USF	Cruz de Celas	90	10	100
	Condeixa	63	38	100
	Moliceiro	80	20	100
	Grão Vasco	89	11	100
	Tornada	80	20	100
	São Julião da Figueira	100	0	100
	VitaSaurium	100	0	100

Quadro 25 – Marcações por telefone no CS convencional

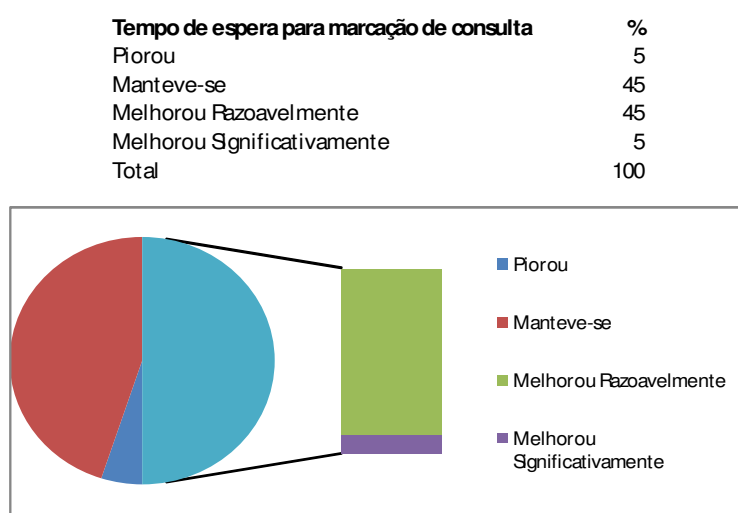
		No CS convencional podiam fazer marcações por telefone?			
		%			
		Sim	Não	Não sabe	Total
USF	Cruz de Celas	60	30	10	100
	Condeixa	63	13	25	100
	Moliceiro	70	0	30	100
	Grão Vasco	78	0	22	100
	Tornada	50	0	50	100
	São Julião da Figueira	86	14	0	100
	VitaSaurium	100	0	0	100

Percebe-se desta análise, que a possibilidade de fazer marcações por telefone, foi um objectivo concretizado nas USF onde foram realizados os inquéritos.

O tempo de espera para conseguir a marcação de uma consulta também é um factor que em princípio será relevante na satisfação de qualquer utente, seja ele em serviços de saúde seja em qualquer serviço, pelo menos assim nos diz a nossa experiência pessoal.

Na análise do tempo de espera, para marcação de uma consulta, conclui-se que 5% dos utentes considera que o tempo de espera aumentou, 45% que se manteve e 50% que melhorou.

Gráfico 3 – Distribuição do tempo de espera para marcação de uma consulta



Aliado ao tempo de espera para conseguir uma consulta com o médico de família, temos também o tempo de espera no dia da consulta. Analisemos então as respostas dos inquiridos.

Dos utentes inquiridos, 39% responderam que o tempo de espera tinha diminuído, contra 61% que acha que não houve melhorias no tempo de espera. De qualquer forma nenhum utente afirmou que o tempo de espera passou a ser superior.

Uma vantagem apontada às USF foi o horário alargado de atendimento, os utentes passariam a poder dirigir-se às unidades em horário pós-laboral. Analisemos então a percepção dos utentes sobre este assunto.

Dos inquiridos, 31% afirmaram que já se tinham dirigido à USF em horário pós-laboral, sendo que 69% nunca o tinham feito.

Quando questionados sobre as instalações da USF relativamente às anteriores instalações, os resultados obtidos foram os que se apresentam no quadro seguinte.

Quadro 26 – Avaliação das instalações das USF

Instalações	%
Pioraram	2
Na mesma	45
Melhoraram razoavelmente	41
Melhoraram significativamente	12
Total	100

Quadro 27 – Avaliação das instalações por USF

	Pioraram	Na mesma	Melhoraram razoavelmente	Melhoraram significativamente
Cruz de Celas	10		80	10
Condeixa		50	38	13
Moliceiro		50	50	
USF Grão Vasco		100		
Tornada			40	60
São Julião da Figueira		57	43	
VitaSaurium		70	30	

Como se pode observar, a USF de Cruz de Celas recolhe opiniões contraditórias na avaliação das instalações, com a mesma percentagem a afirmar que piorou e que melhorou significativamente. Na observação directa, deve dizer-se que a sala de espera no piso inferior se situa num corredor e que estava uma corrente de ar desagradável, no dia em que foram recolhidos os depoimentos dos utentes.

Por outro lado há uma separação entre a sala de espera e a sala do pessoal administrativo, sendo que nesta apenas existe uma secretária a separar o técnico da USF dos utentes, o que permite estabelecer uma relação mais próxima.

Esta USF está instalada no Centro de Saúde de Celas, por isso o edifício é o mesmo. Houve lugar a apenas alguns melhoramentos segundo se apurou junto dos utentes.

Na USF de Condeixa as instalações estão localizadas no Centro de Saúde de Condeixa e já eram boas e recentes (inaugurado em 2003), foi uma questão de organização, com as queixas já referidas de o atendimento administrativo ser feito na sala de espera sem qualquer separação física. Mesmo assim 13% consideram que melhoraram significativamente.

A USF de Moliceiro está também instalada num Centro de Saúde (de Aveiro), mas sofreram remodelações, nomeadamente a criação de um espaço para as crianças brincarem, o que foi referido por alguns utentes inquiridos, como de grande valia.

A USF de Grão Vasco encontra-se no Centro de Saúde de Viseu III e os utentes referiram que as instalações estavam na mesma, a única diferença apontada foi o espaço físico dos técnicos administrativos, que está mais próximo do utente não existindo os usuais vidros separadores.

A USF da Tornada localiza-se na extensão de saúde da Tornada e todos os utentes inquiridos referem que as instalações melhoraram, pois todos eles tinham consultas num outro edifício que estava em más condições, sendo que 60% acham inclusive que melhoraram significativamente.

Também a USF da São Julião da Figueira, se encontra instalada no edifício do Centro de Saúde da Figueira da Foz, sendo que dos utentes inquiridos, 43% perceberam melhorias razoáveis nas mesmas.

A USF de VitaSaurium, instalou-se no Centro de Saúde de Soure, com obras visíveis pelos utentes, apenas a nível do balcão de atendimento, o que explica que apenas 30% dos inquiridos nesta USF, sintam que houve uma melhoria razoável nas instalações.

A maneira como a informação é transmitida ao utente também pode influenciar na maior ou menor receptividade deste ao novo modelo de organização.

Neste sentido, questionaram-se os utentes para perceber como tinham tido contacto com as alterações que iriam ocorrer. Como era uma questão de resposta aberta, optou-se por agrupar as respostas em categorias mais genéricas que reflectam as opiniões dos utentes.

A maioria dos inquiridos só teve conhecimento ao dirigir-se à USF, seguido do “passa-palavra”, apenas 5% pela comunicação social e 3% através de uma carta enviada pela USF, percentagem esta, que corresponde a apenas utentes da USF de Grão Vasco. O mais extraordinário foi que 5% dos utentes só souberam da mudança quando estavam a ser inquiridos!

De referir que todos os utentes da USF de Cruz de Celas que foram inquiridos foram avisados das mudanças por telefone.

Quadro 28 – Obtenção de informação sobre USF

	Cruz de Celas	Condeixa Moliceiro	Grão Vasco	Tornada	São Julião da Figueira	VitaSaurium
Sem resposta	15	0	22	11	19	19
Não teve conhecimento	33	33	0	0	33	0
Ao deslocar-se à USF	13	13	17	17	17	13
Comunicação Social	0	67	0	0	0	33
Boca a Boca	25	50	0	0	0	25
Contacto telefónico	100	0	0	0	0	0
Carta	0	0	0	100	0	0

Quais as alterações que os utentes se aperceberam desde a mudança do modelo de organização, foi outra das questões colocadas em pergunta aberta. Também nesta questão se agruparam as respostas em categorias mais genéricas. No quadro abaixo podemos ver as respostas em termos percentuais, ordenadas por grau de percepção:

Quadro 29 – Alterações percebidas

Sem resposta	40,63
Novas Instalações	10,94
Horário	9,38
Melhor atendimento administrativo	7,81
Sempre médico disponível	6,25
Triagem	4,69
Quiosque	4,69
Obras de melhoramento	3,13
Melhor Organização	3,13
Informatização	3,13
Renovação de receitas médicas facilitada	3,13
Menos tempo de espera	1,56
Maior motivação dos profissionais	1,56
Total	100

Quadro 30 – Alterações percebidas por USF

	USF						
	Cruz de Celas	Condeixa	Moliceiro	Grão Vasco	Tornada	São Julião da Figueira	VitaSaurium
Sem resposta	17		26		17	17	22
Nenhumas	33	67					
Novas Instalações	29	43			29		
Triagem				67	33		
Menos tempo de espera				100			
Quiosque						100	
Obras de melhoramento	50				50		
Horário		17		33			50
Melhor Organização	50				50		
Informatização	50			50			
Sempre médico disponível		50	25	25			
Maior motivação dos profissionais					100		
Melhor atendimento administrativo			60	20			20
Renovação de receitas médicas facilitada				50			50

No sentido de sondar a opinião sobre o que poderia melhorar na prestação dos serviços de saúde na USF, introduziu-se essa questão no inquérito, também em pergunta aberta. Agruparam-se as respostas e verificou-se o seguinte:

Quadro 31 – Opinião dos inquiridos sobre possíveis alterações na prestação dos serviços nas USF

	%
Sem resposta	44
Nada	23
Novas instalações	3
Menos tempo de espera para consultas de urgência	2
Mais Limpeza	2
Menos tempo de espera	14
Sala de espera separada do atendimento administrativo	2
Maior atenção por parte do médico	3
Mais médicos ao serviço	2
Acessibilidade	3
Não ter de vir cedo para marcação consulta no próprio dia	2
Ajuda para trabalhar com o quiosque	2
Total	100

Como se observa, o melhoramento, que os utentes gostariam de ver satisfeito em maior percentagem, seria menos tempo de espera no dia da consulta.

Analisemos estas percentagens por Unidade de Saúde Familiar:

Quadro 32 – Distribuição de respostas por USF

	USF						
	Cruz de Celas	Condeixa	Moliceiro	Grão Vasco	Tornada	São Julião da Figueira	VitaSaurium
Sem resposta	14		21	11	21	14	18
Nada	27	27	7	27		7	7
Novas instalações	50						50
Menos tempo de espera para consultas de urgência							100
Mais Limpeza	100						
Menos tempo de espera		33	33		11	11	11
Sala de espera separada do atendimento administrativo		100					
maior atenção por parte do médico				50			50
Mais médicos ao serviço				100			
Acessibilidade					100		
Não ter de vir cedo para marcação consulta no próprio dia					100		
Ajuda para trabalhar com o quiosque						100	

Na USF de São Julião da Figueira os utentes gostariam de esperar menos tempo, aliado à ajuda para trabalhar com o quiosque electrónico, pois a maioria dos inquiridos nesta USF, como já vimos atrás, encontra-se na faixa etária superior a 75 anos, logo têm dificuldades em apreender certas inovações tecnológicas, apesar de a ideia ser boa e resultar num aliviar da pressão que recai sobre os técnicos administrativos, no facultar de constantes informações.

Os utentes da USF da Tornada queixam-se de dificuldades de acessibilidade às novas instalações da USF, pois fica longe das suas casas e não têm transportes de ligação com a regularidade necessária.

“Um ponto a destacar pela positiva e um pela negativa” foi outra questão colocada, para resumir a ideia dos inquiridos a palavras-chave, pedindo-se assim para escolherem os pontos mais relevantes, um positivo e um negativo, sendo os resultados os seguidamente indicados.

Quadro 33 – Pontos positivos das USF na opinião dos inquiridos

Pontos positivos	%
Sem resposta	62
Melhor atendimento	5
Triagem	2
Tudo em Geral	5
Relação mais próxima com o utente	2
Informatização	2
Médico	9
Sempre médico disponível	8
Instalações	2
Zona Infantil	3
Atendimento mais rápido	2
Total	100

Analisando as respostas por USF:

Quadro 34 – Pontos positivos das USF na opinião dos inquiridos – distribuição por USF

Pontos positivos	USF						
	Cruz de celas	Condeixa	Moliceiro	Grão Vasco	Tomada	São Julião da Figueira	VitaSaurium
Sem resposta	15	3	15	10	20	18	20
Melhor atendimento	33	33		33			
Triagem				100			
Tudo em Geral	33	67					
Relação mais próxima com o utente	100						
Informatização	100						
Médico		33	33		17		17
Sempre médico disponível		20		40	20		20
Instalações		100					
Zona Infantil			100				

Quadro 35 – Pontos negativos das USF na opinião dos inquiridos

Pontos negativos	%
Sem resposta	80
Limpeza	2
Instalações	2
Atendimento administrativo	2
Tempo de espera	11
Linguagem médica pouco acessível	2
Deslocação para mais longe	2
Impossibilidade de marcação por telefone para consulta no dia	2
Total	100

Análise por USF:

Quadro 36 – Pontos negativos das USF na opinião dos inquiridos – distribuição por USF

	Cruz de celas	Condeixa	Moliceiro	Grão Vasco	Tornada	São Julião da Figueira	VitaSauriu m	Total %
Sem resposta	16	8	18	12	16	14	18	100
Limpeza	100							100
Instalações	100							100
Atendimento administrativo		100						100
Tempo de espera		43	14	29			14	100
Linguagem médica pouco acessível				100				100
Deslocação para mais longe					100			100
Impossibilidade de marcação por telefone para consulta no dia					100			100

No intuito de avaliar em termos gerais a satisfação do utente em comparação com a prestação de serviços no CS convencional, coloquei a seguinte questão: “Em geral sente-se mais satisfeito com este novo modelo de prestação de cuidados de saúde primários?”.

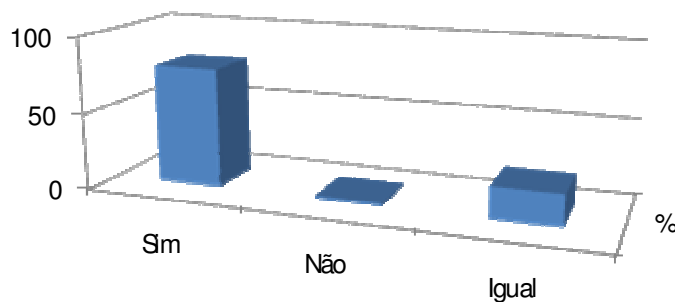
Dos inquiridos, 78% encontram-se mais satisfeitos, de uma forma geral, com este novo modelo de organização, o que nos pode dar a garantia que alguma vantagem este novo modelo veio trazer e que a mesma está a ser percebida pelos utentes.

Quadro 36 – Satisfação geral com as USF Vs. CS convencional

	%
Sim	78
Não	2
Igual	20
Total	100

Gráfico 4 – Satisfação geral com as USF Vs. CS convencional

Maissatisfeito com o novo modelo?



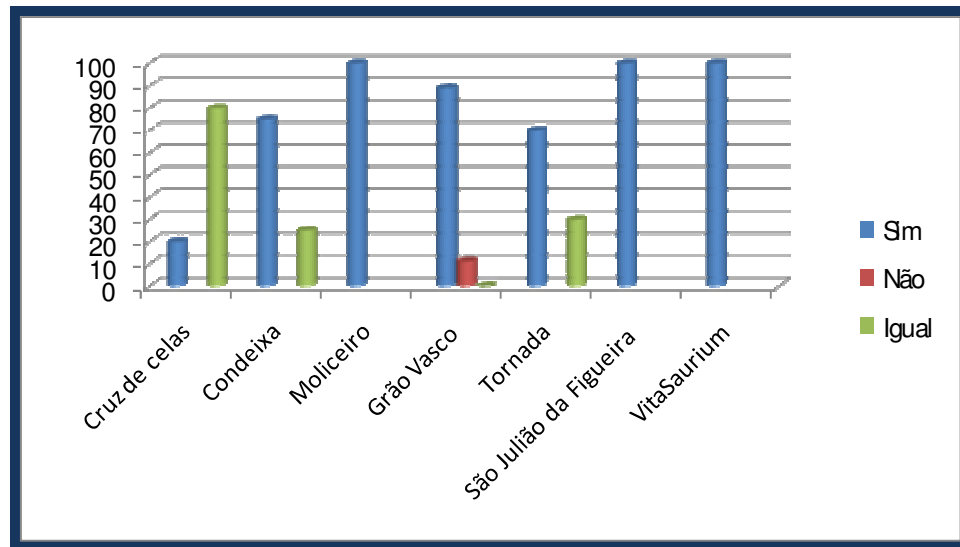
Análise por USF:

Quadro 37 – Satisfação geral com as USF vs. CS convencional – Distribuição de respostas por USF
Satisfação geral com o novo modelo de organização

	Sim	Não	Igual	Total %
Cruz de celas	20		80	100
Condeixa	75		25	100
Moliceiro	100			100
Grão Vasco	89	11	0	100
Tornada	70		30	100
São Julião da Figueira	100			100
VitaSaurium	100			100

Analisando em termos quantitativos, os 11% que se revelam não satisfeitos com a USF Grão Vasco, é na realidade apenas um utente. Isto resulta da amostra ser muito pequena, de qualquer das formas 11% nunca seria significativo, face à percentagem que se encontra mais satisfeita (89%).

Gráfico 5 - Satisfação geral com as USF vs. CS convencional – por USF



3.2.4 – Análise da segunda hipótese de estudo

Nesta segunda parte vamos analisar a relação de algumas variáveis com a variável da satisfação geral, para tentar perceber quais os factores que influenciam mais o utente na sua percepção de satisfação, face às mudanças ocorridas.

Apesar de se deixar aqui o alerta para que, o facto de duas variáveis terem relações de dependência em termos estatísticos não é conclusivo de que uma implique a outra.

Mas face ao objecto de estudo e às questões colocadas, e às percentagens obtidas nas respostas, vamos presumir algumas conclusões, nomeadamente, de quais as variáveis em estudo que mais podem influenciar o estado de satisfação do utente, sabendo de antemão que todas elas influenciam, pois só assim se compreenderia a sua relevância ao serem enquadradas no inquérito utilizado, mas tendo em atenção que neste estudo o intuito é avaliar a maior ou menor satisfação face às alterações introduzidas, sendo por isso que apesar de todas as variáveis serem importantes para avaliar o nível de satisfação do utente, umas podem não ser relevantes em termos da alteração do nível de satisfação.

Deixa-se assim, aberta a possibilidade de futuros estudos que se debrucem mais sobre as variáveis mais influentes.

Assim, utilizaremos um teste de independência, que permite verificar se as variáveis estão ou não relacionadas, através da análise do valor do Qui-quadrado, ou quando este não for possível de utilizar devido ao número reduzido de respostas obtidas, o valor de Fisher.

Portanto aquelas variáveis que tiverem relação de dependência com a variável satisfação geral, serão à partida, as que mais podem ter influenciado a opinião do utente na sua resposta à questão sobre a sua satisfação com a USF comparativamente ao CS convencional.

Para permitir esta análise, teve de se recodificar a maioria das respostas às variáveis a ser analisadas, para que apenas tivéssemos duas respostas.

O teste de independência será elaborado, tendo por pressuposto um nível de significância de 5% (α).

Variáveis “Tempo dispensado pelo médico durante a consulta, relativamente ao dispensado no centro de saúde convencional”, e “Satisfação geral”:

Hipótese 0: As variáveis são independentes, ou seja, não existe uma relação estatística entre as duas.

Hipótese 1: As variáveis são dependentes, ou seja, existe uma relação estatística entre as duas.

Quadro 38 - Tempo dispensado Vs. Opinião geral

		Opinião geral		
		Mais Satisfeito	Igual ou menor satisfação	Total
Tempo Dispensado	Mais tempo	100,0	0,0	100,0
	Menos tempo	75,4	24,6	100,0
	Total	78,1	21,9	100,0

Da análise aos resultados através do teste de independência (anexo 2), verificamos que se verifica a hipótese 0, pois o valor exacto de Fisher é superior ao nível de significância considerado, ou seja não existe relação de dependências entre estas duas variáveis.

Poder-se-ia considerar relevante, o facto de que, dos que percepcionaram que o tempo dispensado é superior, 100% considerou estar mais satisfeito com o novo modelo. De qualquer modo estes são apenas 11% do total de inquiridos.

Variáveis – “Conhecimento do Historial Clínico” e “Satisfação geral”:

Hipótese 0: As variáveis são independentes, ou seja, não existe uma relação estatística entre as duas.

Hipótese 1: As variáveis são dependentes, ou seja, existe uma relação estatística entre as duas.

Quadro 39 - Historial Clínico Vs. Opinião geral

		Opinião geral		
		Mais Satisfeito	Igual ou menor satisfação	Total
Historial Clínico	Mais tempo	94,40%	5,60%	100,0
	Menos tempo	57,10%	42,90%	100,0
	Total	78,1	21,9	100,0

Da análise aos que responderam que achavam que o médico tinha melhor conhecimento do seu historial clínico, 94% estão mais satisfeitos com o novo modelo de organização.

Fazendo o teste do Qui-quadrado (anexo 3), verificamos que a relação é significativa, pois $p=0.000$, para um nível de significância de 5%. Ou seja existe uma relação de dependência entre estas variáveis, pode-se presumir assim, que a percepção do utente sobre o conhecimento que o médico tem do seu processo clínico, influencia a sua satisfação com o serviço que lhe é prestado.

Variáveis – “Poder de participação nas decisões que envolvem os cuidados de saúde prestados” e “Satisfação geral”:

Hipótese 0: As variáveis são independentes, ou seja, não existe uma relação estatística entre as duas.

Hipótese 1: As variáveis são dependentes, ou seja, existe uma relação estatística entre as duas.

Quadro 40 - Poder de participação Vs. Opinião geral

		Opinião geral		
		Mais Satisfeito	Igual ou menor satisfação	Total
Poder de participação na consulta	Sim	79,70%	20,30%	100,0
	Não	66,70%	33,30%	100,0
	Total	79,00%	21,00%	100,0

Dos 92% que acham que têm poder de participação na consulta, 79,7% sentem-se mais satisfeitos com o novo modelo, mas da análise das tabelas (ver em anexo), segundo o teste do qui-quadrado (anexo 4), o valor exacto de Fisher é superior ao nível de significância, logo rejeitamos a hipótese 1, portanto não existe relação de dependência entre estas duas variáveis, ou seja, não podemos estabelecer uma relação entre a percepção do utente do seu poder de participação nas decisões tomadas pelo médico e a sua maior satisfação com o modelo USF.

Variáveis – “Opção de escolha do novo médico” e “Satisfação geral”

Hipótese 0: As variáveis são independentes, ou seja, não existe uma relação estatística entre as duas.

Hipótese 1: As variáveis são dependentes, ou seja, existe uma relação estatística entre as duas.

Quadro 41 - Opção na escolha do médico Vs. Opinião geral

		Opinião geral		
		Mais Satisfeito	Igual ou menor satisfação	Total
Opção na escolha do médico	Sim	90,00%	10,00%	100,0
	Não	94,10%	5,90%	100,0
	Total	92,60%	7,40%	100,0

Analisou-se então se o nível de satisfação geral com o novo modelo de organização (USF), e conclui-se que não tem uma relação de dependência com a opção de escolha do novo médico.

Concluí-se pela análise das tabelas, que quase todos os que não tiveram opção de escolha de médico ainda assim se sentem mais satisfeitos com a USF. Portanto não se pode relacionar a opção de escolha de médico com o grau geral de satisfação do utente. Tal afirmação é sustentada pelo teste do Qui-quadrado pois $\alpha <$ valor exacto de Fisher (anexo 5).

Variáveis – “Possibilidade de falar com o médico de família por telefone” e “Satisfação geral”:

Hipótese 0: As variáveis são independentes, ou seja, não existe uma relação estatística entre as duas.

Hipótese 1: As variáveis são dependentes, ou seja, existe uma relação estatística entre as duas.

Quadro 42 - Atendimento telefónico Vs. Opinião geral

		Opinião geral		
		Mais Satisfeito	Igual ou menor satisfação	Total
Atendimento telefónico	Possível falar com o médico por telefone	64,50%	35,50%	100,0
	Impossível falar com médico ou desconhecimento da possibilidade de o fazer	90,90%	9,10%	100,0
	Total	78,10%	21,90%	100,0

Analisando a relação entre a possibilidade de falar com o médico por telefone com a satisfação geral com a USF, 65% estão mais satisfeitos e 35% não sentiram alterado o seu nível de satisfação geral.

Dos que responderam que não era possível falar com o médico de família por telefone ou não tinham conhecimento da possibilidade ou impossibilidade de o fazer, mesmo assim 91% sentem-se mais satisfeitos.

Analisando as hipóteses colocadas, através do teste do Qui-quadrado (anexo 6), aceita-se a hipótese 1, ou seja existe uma relação de dependência entre as duas variáveis, que pode

significar que a possibilidade de poder falar com o médico, influencia positivamente a opinião geral do utente.

Mas antes de tentarmos retirar mais conclusões desta dependência das variáveis analisemos a relação das seguintes variáveis:

Variáveis – “O médico atende o utente por telefone na USF” e “No CS convencional atendia o utente ao telefone?”:

Quadro 43 - Atendimento telefónico na USF

Vs.

Atendimento telefónico no CS convencional

		No CS convencional atendia o utente ao telefone?			Total
		Sim	Não	Não sabe	
O médico atende o utente por telefone na USF?	Sim	77,40	97,00	12,90	100,0
	Não	0,00	0,00	100,00	100,0
	Não sabe	9,40	12,50	78,10	100,0
	Total	42,20	10,90	46,90	100,0

Dos utentes inquiridos que referem a possibilidade de falar com o médico de família por telefone, colocando questões que não requeiram uma deslocação à USF, 77% referiram que esta situação já era possível no Centro de Saúde convencional, daí que tentar encontrar uma relação de causa efeito, entre o terem à disposição um atendimento telefónico por parte do seu médico de família na USF e estarem mais satisfeitos com este novo modelo de organização, seria presumir demais. Podemos isso sim relacionar esta possibilidade com a satisfação dos utentes, o que é justificável, pois permite que não tenham de se deslocar ao médico, podendo tirar uma pequena dúvida com um simples telefonema.

Analisando a resposta dos que não têm informação sobre este assunto, verifica-se que em termos percentuais pelo menos neste momento os utentes encontram-se mais informados sobre a possibilidade de falar com o seu médico de família por telefone, pois passou-se de 47% que desconheciam se o médico os atendia no Centro de Saúde convencional, para 32% que continuam sem saber dessa possibilidade na USF.

Variáveis – “Na ausência do seu Médico de Família é atendido por outro médico” e “Satisfação geral”:

Hipótese 0: As variáveis são independentes, ou seja, não existe uma relação estatística entre as duas.

Hipótese 1: As variáveis são dependentes, ou seja, existe uma relação estatística entre as duas.

Quadro 44 - Atendimento na ausência do médico de família Vs. Opinião geral

		Opinião geral		
		Mais Satisfeito	Igual ou menor satisfação	Total
Atendimento na ausência do médico de família	Sim	85,40	14,60	100,0
	Não ou nunca	56,30	43,80	100,0
	Total	78,10	21,90	100,0

O facto de o utente saber da possibilidade de ser sempre atendido, já se pode presumir que influencie a opinião sobre a satisfação geral com a USF e observamos que os utentes que responderam que eram sempre atendidos por um médico, 85% estão mais satisfeitos com o novo modelo de organização.

Agora será que isso significa que podemos estabelecer uma relação de dependência entre as duas variáveis?

Analisando o valor exacto de Fisher (anexo7), obtemos resposta afirmativa a esta questão, aceita-se assim a hipótese 1, visto que este é inferior ao nível de significância.

Variáveis – “Alteração na qualidade a nível de atendimento administrativo” e “Satisfação geral”:

Hipótese 0: As variáveis são independentes, ou seja, não existe uma relação estatística entre as duas.

Hipótese 1: As variáveis são dependentes, ou seja, existe uma relação estatística entre as duas.

Quadro 45 - Atendimento Administrativo Vs. Opinião geral

		Opinião geral		
		Mais Satisfeito	Igual ou menor satisfação	Total
Atendimento Administrativo	Melhorou	87,20	12,80	100,0
	Manteve-se ou piorou	64,00	36,00	100,0
	Total	78,10	21,90	100,0

Podemos então questionar se o atendimento administrativo é ou não um factor importante na avaliação da satisfação geral da USF. Para poder responder a esta questão relacionaram-se as duas variáveis, de onde se conclui que, dos que acharam que o atendimento melhorou significativamente, 75% está mais satisfeito com o novo modelo. Dos que consideram que o atendimento se mantém 64% estão mais satisfeitos e 32% não viram o seu nível de satisfação alterado.

Analisando a variável apenas em relação às respostas “melhorou” e “manteve-se”, concluiu-se que dos utentes que acham que melhorou, 87% sentem-se mais satisfeitos no geral com o novo modelo de organização, contra apenas 13% que não notaram melhorias a um nível geral.

Conclui-se assim, analisando o p -valor (anexo8), que o atendimento administrativo tem uma relação de dependência.

O atendimento administrativo pode mesmo considerar-se o rosto da organização, pois o primeiro contacto do utente quando se dirige a uma destas unidades é com os técnicos administrativos e toda a sua disposição pode ser influenciada pelo atendimento que obtêm. Assim, mais uma vez fica reforçada a necessidade de formação destes técnicos para saberem lidar com os utentes, que pela especificidade do serviço nem sempre se encontram na sua melhor disposição.

Variáveis – “As consultas podem ser marcadas por telefone” e “Satisfação geral”:

Hipótese 0: As variáveis são independentes, ou seja, não existe uma relação estatística entre as duas.

Hipótese 1: As variáveis são dependentes, ou seja, existe uma relação estatística entre as duas.

Quadro 46 - Marcações de consultas por telefone na USF
Vs. Opinião geral

		Opinião geral		
		Mais Satisfeito	Igual ou menor satisfação	Total
Marcações de consultas por telefone na USF	Sim	80,00	20,00	100,0
	Não ou não sabe	66,70	33,30	100,0
	Total	78,10	21,90	100,0

Dos que responderam que tinham conhecimento da opção de marcação das consultas por telefone, 80% sentem-se mais satisfeitos com o novo modelo de organização. A relação deste ponto pode não ser muito relevante visto que 72% dos inquiridos referiu que esta situação já era possível no anterior modelo de organização.

Os testes do qui-quadrado (anexo 9), através do valor exacto de Fisher, confirmam a relação de independência entre as variáveis analisadas.

Variáveis – “Tempo de espera para conseguir a marcação de uma consulta” e “Satisfação geral”:

Hipótese 0: As variáveis são independentes, ou seja, não existe uma relação estatística entre as duas.

Hipótese 1: As variáveis são dependentes, ou seja, existe uma relação estatística entre as duas.

Quadro 47 - Tempo de espera de marcação de uma consulta
Vs. Opinião geral

		Opinião geral		
		Mais Satisfeito	Igual ou menor satisfação	Total
Tempo de espera de marcação de uma consulta	Melhorou	90,60	9,40	100,0
	Manteve-se ou piorou	65,60	34,40	100,0
	Total	78,10	21,90	100,0

A relação do maior ou menor tempo de espera parece ter influência no nível de satisfação geral, pois da análise dos inquéritos, conclui-se que dos que referiram um maior nível de satisfação, 6% acham que o tempo de espera para conseguir consulta piorou, 36% acha que se manteve, 52% acha que melhorou razoavelmente e 6% que melhorou significativamente.

Dos que responderam que o tempo de espera se manteve 38% sente o mesmo nível de satisfação e 62% um maior nível de satisfação com o novo modelo de organização.

Dos que responderam que melhorou razoavelmente 90% sente-se mais satisfeito com o novo modelo de organização.

O teste do qui-quadrado (anexo 10) revela uma relação de dependência entre as variáveis, ($\rho = 0,016$) de onde se pode presumir a veracidade da nossa suposição.

Variáveis – “Tempo de espera para o médico o atender no dia da consulta” e “Satisfação geral”:

Hipótese 0: As variáveis são independentes, ou seja, não existe uma relação estatística entre as duas.

Hipótese 1: As variáveis são dependentes, ou seja, existe uma relação estatística entre as duas.

Quadro 48 - Tempo de espera no dia da consulta Vs.
Opinião geral

		Opinião geral		
		Mais Satisfeito	Igual ou menor satisfação	Total
Tempo de espera no dia da consulta	Melhorou	100,00	0,00	100,0
	Manteve-se	64,10	35,90	100,0
	Total	78,10	21,90	100,0

Este ponto também se afigura relevante para o nível de satisfação geral, o que é confirmado pela teste do qui-quadrado (anexo11), pois dos utentes que acham que passaram a ter de esperar menos tempo no dia da consulta, a totalidade sente-se mais satisfeita com a USF.

Dos que acham que o tempo de espera se manteve, 64% estão mais satisfeitos e 33% afirmam que o nível de satisfação não se alterou e apenas 3% que acham que piorou. Isto indica-nos que este ponto é importante para os utentes, mas não é único, existindo outros factores como já constatámos acima que influenciam o nível geral de satisfação.

Variáveis – “Atendimento em horário pós-laboral” e “Satisfação geral”:

Hipótese 0: As variáveis são independentes, ou seja, não existe uma relação estatística entre as duas.

Hipótese 1: As variáveis são dependentes, ou seja, existe uma relação estatística entre as duas.

Quadro 49 - Atendimento em horário pós laboral Vs. Opinião geral

		Opinião geral		
		Mais Satisfeito	Igual ou menor satisfação	Total
Já foi atendido em horário pós laboral?	Sim	75,00	25,00	100,0
	Não	79,50	20,50	100,0
	Total	78,10	21,90	100,0

Dos que necessitaram então de utilizar este serviço de saúde neste horário, 75% sente-se mais satisfeito com o tipo de serviços que lhe estão a ser prestados. 25% apresentam o mesmo nível de satisfação.

Analisando a relação de dependência destas variáveis (anexo 12), o valor exacto de Fisher é de 0,749, portanto verifica-se que a mesma não existe.

Variáveis – “Instalações da USF” e “Satisfação geral”:

Quadro 50 - Instalações da USF Vs. Opinião geral

		Opinião geral		
		Mais Satisfeito	Igual ou menor satisfação	Total
Instalações da USF	Melhoraram	64,70	35,30	100,0
	Na mesma ou pioraram	93,30	6,70	100,0
	Total	78,10	21,90	100,0

Analisando a relação da satisfação geral com as condições das instalações das USF após recodificação das variáveis e usando o teste do qui-quadrado (anexo13), conclui-se que as variáveis são dependentes, ou seja, a qualidade das instalações presume-se que influencie a opinião dos utentes na forma como analisam a sua satisfação com o novo modelo de organização ($p = 0,006$).

Resumindo, as variáveis que se presumem ser mais influentes na forma como os utentes analisam a sua satisfação face às alterações ocorridas são: o conhecimento do historial clínico por parte do seu médico de família, sentirem que este o conhece efectivamente e que não é apenas um nome numa ficha; a possibilidade de quando necessário poderem contactar o seu médico de família através de um simples telefonema, para assim esclarecerem dúvidas que não requerem uma deslocação à unidade de saúde; se necessitarem de serem vistos por um médico, mesmo o seu não estando disponível no momento, serão sempre atendidos é um ponto a favor das USF; a qualidade do atendimento administrativo conforme já explanado é um factor da maior relevância e que influencia grandemente o utente, podendo até ajudar na sua recuperação, pois às vezes vale mais uma boa atitude de acolhimento e compreensão do que muitos medicamentos e os administrativos são a “cara” da USF; o tempo de espera para se conseguir uma consulta na unidade de saúde; o tempo de espera no dia da consulta; e finalmente as instalações, pois se o ambiente envolvente não é acolhedor, como pode o utente sentir-se bem?

3.3 - Limitações e Condicionaismos

Na recolha das respostas dos utentes é necessário ter em linha de conta que nem todos se prestaram a responder ao inquérito, uns por receio de dar a sua opinião, outros porque simplesmente não o quiseram fazer.

A recolha das opiniões por carta teria gerado mais à vontade para responder às questões, mas não teria sido nesse caso possível para o entrevistador recolher informações mais abrangentes que aquelas obtidas da simples resposta às questões colocadas no inquérito.

CONCLUSÃO

A ideia dos cuidados de saúde primários é evitar que o utente passa a doente com acções de prevenção. Com base nesta ideia os CSP são e deverão ser sempre, o pilar da saúde de uma nação. Qualquer reforma feita neste sector deve ser obviamente ponderada e bem planeada, mas as coisas também não podem ficar para sempre no papel. Será que o conceito Unidade de Saúde Familiar fez bem em ter saído do papel? Penso que após a elaboração deste estudo se pode concluir que a resposta é afirmativa, apesar de ser um processo ainda incipiente.

De notar que o surgimento das USF não teria sido possível se não fossem os profissionais que os integram, pois todo este processo assentou na vontade dos mesmos em se juntarem, organizarem e assim constituírem uma equipa multiprofissional de prestação de cuidados de saúde. Como os próprios referem, foi também esta autonomia organizacional e o trabalho em equipa os principais factores motivacionais para aderirem a esta experiência. Se não fosse a “garra” dos intervenientes, seguramente nada teria sido possível. Ao ler os relatos das transformações ocorridas em virtude deste processo, vemos casos em que os próprios profissionais se encarregaram da pintura dos gabinetes e do restauro dos soalhos, o que não é mais do que o reflexo da importância da motivação na produtividade de qualquer função.

É preciso uma mudança de cultura a nível dos profissionais de saúde, de responsabilidade, há que olhar, crescer e desenvolver com vista no utente. Necessidade de mais transparência, alargar esta motivação a todos os profissionais seria o ideal. Os utentes têm de perceber (percepção), que quem os atende sente de facto responsabilidade pelo tratamento/atendimento que presta.

Pode-se presumir um certo enviesamento nas comparações feitas com o atendimento obtido anteriormente, pois em princípio os profissionais que integraram as USF já eram à partida os mais motivados e eficientes e já eram inovadores na sua concepção do que deveria ser a verdadeira prestação de cuidados de saúde primários.

De qualquer forma, deste estudo resulta uma verdade inquestionável, todos os utentes demonstraram uma maior satisfação com o modelo de organização – Unidade de Saúde

Familiar – levando-nos a concluir, que os investimentos efectuados nas novas unidades em termos de equipamento, principalmente informático e obras de remodelação, a autonomia de organização e a motivação dos profissionais, realmente resultaram numa mais-valia para a população.

A dificuldade sentida em analisar o investimento efectuado em cada uma das USF inquiridas, leva-nos também a reforçar a necessidade de apurar os custos efectivos, através da contabilidade analítica, porque só assim é possível conter as despesas, sabendo onde elas estão a ser geradas e assim avaliar até que ponto existe desperdício.

Como em qualquer aspecto da vida democrática o utente deve poder fazer escolhas com base em indicadores/dados de qualidade, sendo para isso necessário uma avaliação constante e fidedigna. O utente tem de estar no centro do sistema. E é por isso que trabalhos como este devem ter lugar. Obviamente com maiores possibilidades quer em termos de tempo quer monetárias para permitir um estudo alargado a todo o país. Este trabalho compara-se assim a um pequeno barco que partiu à descoberta de novos mundos, na esperança que navios de maior porte lhe sigam o rumo.

BIBLIOGRAFIA

ALBARELLO, Luc et al. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva Publicações.

ANDERSON, Sweeney, Williams (2000). *Estatística Aplicada à Administração e Economia*. Pioneira Thomson Learning.

APMCG – Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral. (2002). *Documento de Apreciação e Contributos à proposta de Decreto-Lei sobre a “Rede de Prestação de Cuidados de Saúde Primários”*. Disponível em www.apmcg.pt. [Consultado em 17 de Agosto de 2006].

ARAÚJO, Joaquim Filipe Ferraz Esteves. (2005). *A Reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública*. Universidade do Minho, Núcleo de estudos em Administração e Políticas Públicas. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/3225> [Consultado em 8 de Julho de 2006].

ARS Centro. (2007). *Relatório de Avaliação 2006 – Contratualização com as Unidades de Saúde Familiar*. Coimbra. Disponível em www.contratualizacao.min-saude.pt. [Consultado em 12 de Novembro de 2007].

ARS Centro. (sem data). *Plano de Acção 2006-2008, Administração Regional de Saúde do Centro*. Ministério da Saúde.

ARS Centro. (2005). *Financiamento para 2006*. Documento interno elaborado pelo departamento de Gestão Financeira da Administração Regional da Saúde do Centro. Coimbra.

BARROS, P.P. (2006). *Os modelos de financiamento*. Faculdade de Economia – Universidade Nova de Lisboa. Disponível em <http://ppbarros.fe.unl.pt/>. [Consultado em 10 de Setembro de 2006]

BARROS, P.P. (2005). *Mesa Redonda – Políticas públicas, financiamento e acessibilidade aos serviços de saúde*. Universidade Nova de Lisboa. Disponível em <http://ppbarros.fe.unl.pt/>. [Consultado em 10 de Setembro de 2006].

BARROS, P.P. (2005a), *Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos*, Editora Almedina.

BARROS, P.P. (2002). *Comentários a “Experiências organizativas em Centros de Saúde”*, *Comunicações apresentadas no 2º Fórum de Economia da Saúde*. Porto, 25 de Fevereiro de 2002. Disponível em <http://www.apes.pt>. [Consultado em 10 de Setembro de 2006]

BARROS, P.P. (1998). *Encontro “Qualidade em cuidados de saúde – avaliação e melhoria”*. Disponível em <http://ppbarros.fe.unl.pt/>. [Consultado em 10 de Setembro 2007].

BRANCO, A.G., Ramos, V. (2001). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal*. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume 2, pp 5-12.

CAMPOS, A.C. (2006). *Governo vai estudar alternativas a modelo de financiamento do SNS*. In Agência Lusa. Disponível em www.rtp.pt. [Consultado em 20 de Julho de 2006].

CAMPOS, A.C. (2006a). Prefácio In: *Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa, Ministério da Saúde.

CAMPOS, A.C. (2004). Prefácio. In: Simões, J. *Retrato Político da Saúde - Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Lisboa, Almedina, pp.19-23.

Carta de Declaração de Alma-Ata. (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de Setembro. Disponível em

www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf [consultada em 17 de Agosto de 2006].

CARVALHO, G., Lavouras, H., André, I. (2004). *O Futuro dos Centros de Saúde*. In Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Disponível em www.observaport.org. [Consultado em 8 de Julho de 2007].

COIMBRA. (2006). *Sessão de esclarecimento sobre Unidades de Saúde Familiares organizada pela Unidade de Missão dos Cuidados de Saúde Primários*.

CONTRATUALIZAÇÃO. (2006). Disponível em <http://www.contratualizacao.min-saude.pt>. [Consultado em 20 de Agosto de 2007].

CANOTILHO, J., Moreira, E. (1998). *Constituição da República Portuguesa – Lei do Tribunal Constitucional 5ª edição revista*. Coimbra editora.

COSTA, J.F. ((2006). *Unidades de saúde familiar poupariam 8,9 milhões de euros*. In Jornal Público. Disponível em www.publico.clix.pt. [Consultado em 12 de Outubro de 2006].

DGS. (2007). *Estatísticas – Centros de Saúde e Hospitais – Recursos e Produção do SNS – 2006*. Lisboa. Direcção Geral da Saúde.

DGS. (2007). *Estatísticas – Elementos estatísticos – informação geral saúde/200*. Lisboa. Direcção Geral da Saúde.

FERREIRA, P.L., Raposo, V. (2006). *A governação em saúde e a utilização de indicadores de insatisfação*. In *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, pp. 285-296.

FERREIRA, P. L., Raposo, V., Godinho, P. (2005). *A Voz dos utilizadores dos centros de saúde*. Ministério da Saúde. Lisboa.

GIRALDES, Maria do Rosário. (1997). *Economia da Saúde – da teoria à prática*. Lisboa, Imprensa Universitária, Editorial Estampa.

GIRALDES, Maria do Rosário. (1987). *Distribuição Equitativa da Despesa em cuidados de saúde primários*. Universidade de Coimbra.

Grupo Técnico para a reforma dos Cuidados de Saúde Primários. (2005). *Documento de Trabalho – Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa, Ministério da Saúde.

IMPERATORI, Emílio (1985). *Avaliação de centros de saúde: aspectos conceptuais*. Lisboa: Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários.

INE. (2007). *Conta Satélite da Saúde – 2000 a 2004* versão corrigida de 4 de Janeiro de 2007. Disponível em www.ine.pt. [Consultado em Janeiro de 2007].

INE – Instituto Nacional de Estatística. (2001). *Estatísticas da Saúde 1999*. Instituto Nacional de Estatística. Lisboa.

JUSTO, C. (2006). *A Complexidade do financiamento do SNS*. In: Diário de Notícias de 17 de Agosto.

LONG, J.Scott. (1997). *Regression Models for Categorical and Limited Dependent Variables*. SAGE Publications. International Educational and Professional Publisher. Thousand Oaks. London. New Delhi.

MAROCO, João (2003). *Análise estatística com SPSS*. Edições Sílabo.

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2006). *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa, Ministério da Saúde.

MCSPa – Disponível em www.mcsp.min-saude.pt.

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde, (2006). *6º Relatório de Primavera*. Disponível em www.observaport.org/OPSS [Consultado em 17 de Agosto de 2006].

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde, (2003). *Relatório de Primavera de 2003 – Saúde: que rupturas?*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

PISCO, L. (2006). Nota introdutória. In: *Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Portal da Saúde. Disponível em www.portaldasaude.pt. [Consultado em 17 de Agosto de 2006].

Portal da Saúde Pública. Disponível em www.saudepublica.web.pt. [Consultado em 12 de Julho].

Programa do XVII Governo Constitucional (2005 – 2009). Disponível em www.portugal.gov.pt. [Consultado em 17 de Agosto de 2006].

SANTOS, Filipe (2005). *Manual de SPSS*.

Secretaria de Estado da Saúde (2006). *Contratualização com as Unidades de Saúde Familiares 2007*. Disponível em www.contratualizacao.min-saude.pt. [Consultado em 20 de Agosto de 2007].

Secretaria de Estado da Saúde (2006a). *Contratualização com as Unidades de Saúde Familiares 2006 – Modelo 1 e RRE*. Disponível em <http://www.contratualizacao.min-saude.pt>. [Consultado em 22 de Agosto de 2007].

SIMÕES, J. (2004). *Retrato Político da Saúde - Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Lisboa, Almedina.

TRIBUNAL DE CONTAS (1999). *Auditoria ao Serviço Nacional de Saúde*. Disponível em www.tcontas.pt. [Consultado em 22 de Agosto de 2006].

FODDY, William (2002) . *Como Perguntar – Teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionário*. Editora Celta.

Legislação:

Despacho 24101/2007, de 22 de Outubro – Definição dos modelos de organização das USF: A, B e C.

Portaria 1368/2007, de 18 de Outubro – Aprovação da carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das unidades de saúde familiar.

Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto - Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B.

Portaria n.º 649/2007 de 30 de Maio – Estatutos da ARS do Norte, IP.

Portaria n.º 650/2007 de 30 de Maio – Estatutos da ARS do Centro, IP.

Portaria n.º 651/2007 de 30 de Maio – Estatutos da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, IP.

Portaria n.º 652/2007 de 30 de Maio – Estatutos da ARS do Alentejo, IP.

Portaria n.º 653/2007 de 30 de Maio – Estatutos da ARS do Algarve, IP.

Decreto-Lei n.º 222/2007 de 29 de Maio – Lei Orgânica das Administrações Regionais de Saúde.

Despacho Normativo n.º 10/2007, de 26 de Janeiro – Introdz alterações ao Despacho n.º 9/2006 que estabelece os termos, as condições e os procedimentos necessários para as candidaturas a USF.

Decreto-Lei n.º 5/2007, de 8 de Janeiro – Estabelece um regime especial para a contratação de empreitadas de obras públicas e de aquisição ou locação de bens e serviços.

Despacho 14 839/2006 de 12 de Julho – Cria comissão para dinamizar actividades no âmbito da contratualização. Revoga o Despacho 23 825/2005 de 22 de Novembro.

Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho – Tabelas de preços a praticar pelo SNS.

Despacho n.º 10 193/2006 de 9 de Maio – regras de acompanhamento dos contratos programa.

Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro – Regulação e lançamento das USF.

Decreto-Lei n.º 23/2006, de 2 de Fevereiro – Prorrogação do RRE.

Despacho n.º 22 250/2005 de 25 de Outubro – Processo de contratualização com os hospitais da rede do SNS.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro (DR n.º 196, I série B) – Criação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP).

Decreto-Lei n.º 88/2005 de 3 de Junho - Revoga o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, que cria a rede de cuidados de saúde primários e repristina o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.

Despacho n.º 10942/2005 do Ministro da Saúde, de 21 de Abril – Criação Grupo Técnico para a reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005, de 7 de Abril – Criação Grupo Técnico para a reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril - Criada a rede de cuidados de saúde primários.

Despacho n.º 61/99 de 12 de Novembro – Criação das Agências de Contratualização publicado no Diário da República n.º 264, I Série – B, de 12 de Novembro.

Decreto-Lei 44/99 de 15 de Outubro – Carreira de enfermagem.

Decreto-Lei 157/99 de 10 de Maio – Regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.

Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio – Regime dos sistemas locais de saúde.

Portaria n.º 348-B/98 de 18 de Junho – Tabelas de preços a praticar pelo SNS.

Decreto-lei 117/98 de 5 de Maio – Regime Remuneratório Experimental.

Despacho Normativo n.º 46/97 de 8 de Agosto – Constituição das Agências de Acompanhamento.

Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de Setembro – Regulamento das Administrações de Saúde.

Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro – Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro – Aprova o regime legal da carreira de enfermagem.

Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde.

DL 73/90 de 6 de Março – Carreiras médicas.

DL 127/89 de 7 de Dezembro – Lei geral da AP: mobilidade.

Despacho Normativo n.º 97/83 de 22 de Abril – Regulamento dos Centros de Saúde.

Decreto-lei n.º 254/82, de 29 de Junho – Criação das Administrações Regionais de Saúde.

Decreto-Lei 413/71 de 27 de Setembro – Criação dos Centros de Saúde de 1ª Geração.

Anexos

Anexo 1

INQUÉRITO

Percepção dos utentes dos cuidados primários no atendimento efectuado nas USF em oposição ao efectuado no modelo de Centro de Saúde anterior.

USF _____

Idade _____

Sexo F M

Escolaridade _____

Profissão _____

Estado Civil _____

1- No seu entendimento qual é o seu estado de saúde?

Mau Razoável Bom

2- Frequência com que se desloca ao Centro de Saúde:

Semanal Mensal Anual Ocasional

Médico de Família

3- Na unidade de saúde anterior tinha médico de família?

Sim Não

Se sim:

4 – O médico de família que tem actualmente nesta USF é o mesmo que tinha anteriormente?

Sim

Não

Se sim:

5 – Notou algumas diferenças no atendimento, após o seu médico passar a pertencer à USF? E se sim, quais?

Sim

Não

Se não:

6 – Teve opção na escolha do médico?

Sim

Não

7 - Se precisar de falar com o seu médico de família por telefone ele atende-o?

Sim

Não

Não sabe

8 – Anteriormente essa situação era possível?

Sim

Não

Não sabe

9 – Na ausência do seu Médico de Família é atendido por outro médico?

Sim

Não

Nunca ocorreu

Qualidade no atendimento

10 – Sente que desde a criação desta USF a qualidade a nível de atendimento administrativo:

Piorou

Manteve-se

Melhorou
razoavelmente

Melhorou
significativamente

11 - As consultas podem ser marcadas por telefone?

Sim

Não

Não sabe

12 – Anteriormente podiam?

Sim

Não

Não sabe

13 – O tempo de espera para conseguir uma marcação da consulta:

Piorou Manteve-se Melhorou Melhorou
razoavelmente significativamente

14 – O tempo que tem de esperar para o médico o atender no dia da consulta:

Menos Manteve-se Mais

15 – Já foi atendido numa consulta em horário pós-laboral?

Sim Não

Consulta

16 – O seu médico de família tem presente e conhece o seu historial clínico melhor do que acontecia anteriormente?

Sim Não Igual

17 – O tempo dispensado pelo médico durante a consulta, relativamente ao dispendido no Centro de Saúde convencional:

Menos Tempo O mesmo Mais tempo

18 – Sente que tem poder de participação nas decisões que envolvem os cuidados de saúde que lhe irão ser prestados?

Sim

Não

19 – No que concerne a prescrição de medicamentos:

Aumentou

Diminuiu

Na mesma

20 – A prescrição de elementos auxiliares de diagnóstico?

Aumentou

Diminuiu

Na mesma

Satisfação

21 – Em geral sente-se mais satisfeito com este novo modelo de prestação de cuidados de saúde primários?

Sim

Não

22 – Relativamente às instalações da USF:

Pioraram

Na mesma

Melhoraram

Razoavelmente

Melhoraram

Muito

23 – Como teve conhecimento das alterações que iriam ser efectuadas?

24 – Quais as alterações de que se apercebeu desde a mudança para a nova USF?

25 – O que acha que poderia melhorar?

26 – Um ponto a destacar pela positiva e um pela negativa:

Positiva: _____

Negativa: _____

Anexo 2 – Tempo Dispensado Vs. Opinião geral

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,201 ^a	1	,138		
Continuity Correction ^b	,998	1	,318		
Likelihood Ratio	3,690	1	,055		
Fisher's Exact Test				,332	,161
Linear-by-Linear Association	2,166	1	,141		
N of Valid Cases	64				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,53.

b. Computed only for a 2x2 table

Anexo 3 – Historial Clínico Vs. Opinião Geral

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	12,823 (b)	1	,000		
Continuity Correction(a)	10,733	1	,001		
Likelihood Ratio	13,550	1	,000		
Fisher's Exact Test				,001	,000
Linear-by-Linear Association	12,623	1	,000		
N of Valid Cases	64				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,13.

Anexo 4 – Poder de participação Vs. Opinião geral

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,291 ^a	1	,590		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,261	1	,610		
Fisher's Exact Test				,513	,513
Linear-by-Linear Association	,286	1	,593		
N of Valid Cases	62				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,63.

b. Computed only for a 2x2 table

Anexo 5 – Opção na escolha de médico Vs. Opinião geral

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,156 ^a	1	,693		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,151	1	,698		
Fisher's Exact Test				1,000	,613
Linear-by-Linear Association	,150	1	,699		
N of Valid Cases	27				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected

count is ,74.

b. Computed only for a 2x2

table

Anexo 6 – Atendimento telefónico Vs. Opinião geral

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- side d)
Pearson Chi-Square	6,515(b)	1	,011		
Continuity Correction(a)	5,062	1	,024		
Likelihood Ratio	6,811	1	,009		
Fisher's Exact Test				,015	,011
Linear-by-Linear Association	6,413	1	,011		
N of Valid Cases	64				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,78.

Anexo 7 – Atendimento na ausência do médico de família Vs. Opinião geral

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	5,973(b)	1	,015		
Continuity Correction(a)	4,389	1	,036		
Likelihood Ratio	5,431	1	,020		
Fisher's Exact Test				,031	,021
Linear-by- Linear Association	5,880	1	,015		
N of Valid Cases	64				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,50.

Anexo 8 – Atendimento Administrativo Vs. Opinião geral

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,790 ^a	1	,029		
Continuity Correction ^b	3,529	1	,060		
Likelihood Ratio	4,699	1	,030		
Fisher's Exact Test				,060	,031
Linear-by-Linear Association	4,715	1	,030		
N of Valid Cases	64				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,47.

b. Computed only for a 2x2 table

Anexo 9 – Marcações de consultas por telefone na USF Vs. Opinião geral

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	,805 ^a	1	,370		
Continuity Correction ^b	,214	1	,644		
Likelihood Ratio	,740	1	,390		
Fisher's Exact Test				,397	,306
Linear-by-Linear Association	,792	1	,373		
N of Valid Cases	64				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,97.

b. Computed only for a 2x2 table

Anexo 10 – Tempo de espera de marcação de uma consulta Vs. Opinião geral

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	5,851 ^a	1	,016		
Continuity Correction ^b	4,480	1	,034		
Likelihood Ratio	6,145	1	,013		
Fisher's Exact Test				,032	,016
Linear-by- Linear Association	5,760	1	,016		
N of Valid Cases	64				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Anexo 11 – Tempo de espera no dia da consulta Vs. Opinião geral

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	11,487 ^a	1	,001		
Continuity Correction ^b	9,483	1	,002		
Likelihood Ratio	16,321	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	11,308	1	,001		
N of Valid Cases	64				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,47.

b. Computed only for a 2x2 table

Anexo 12 – Atendimento em horário pós laboral Vs. Opinião geral

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	,166 ^a	1	,683		
Continuity Correction ^b	,007	1	,935		
Likelihood Ratio	,163	1	,686		
Fisher's Exact Test				,749	,458
Linear-by-Linear Association	,164	1	,686		
N of Valid Cases	64				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,38.

b. Computed only for a 2x2 table

Anexo 13 – Instalações da USF Vs. Opinião geral

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,643 ^a	1	,006		
Continuity Correction ^b	6,059	1	,014		
Likelihood Ratio	8,396	1	,004		
Fisher's Exact Test				,007	,006
Linear-by-Linear Association	7,523	1	,006		
N of Valid Cases	64				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,56.

b. Computed only for a 2x2 table