

## Introdução

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) representam o primeiro nível de contato 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.

A sua importância foi pela primeira vez reconhecida internacionalmente na Conferência da OMS em conjunto com a UNICEF, em Alma-Ata no atual Cazaquistão, em 1978. Através de um documento que ficou conhecido como Declaração de Alma-Ata, que expressa a necessidade de ação urgente de todos os governos, dos que trabalham na área da saúde, do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo. A promoção e proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento económico e social e contribui para melhor qualidade de vida.

Conforme a declaração de Alma-Ata, os CSP 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 a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país, possam manter em cada fase do seu desenvolvimento. 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 (Declaração de Alma-Ata, 1978).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS), implementado em Portugal em 1979, é considerado um dos melhores serviços públicos mas, existem muitas críticas sobre a sua eficiência, sustentabilidade e sobretudo pelos elevados custos suportados pelo Estado, que registaram em 2004, o valor de 10% do PIB, sendo um dos valores mais elevados da UE-15.

Durante os mais de 32 anos da existência do SNS, foram aplicadas políticas de saúde próximas do disposto na declaração de Alma-Ata, da Carta de Otava<sup>1</sup> e do determinado no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa mas, a sua evolução tem sido ao “sabor” das vontades políticas. Os governos mais “amigos” do

---

<sup>1</sup> Carta de Ottawa, Canadá, 1986 (Conferência de promoção para a saúde, nos países industrializados)

Estado social, aplicaram políticas de saúde mais afirmativas e por consequência fizeram maiores investimentos no SNS, com melhores cuidados de saúde mas, com grande aumento da despesa pública. Os governos liberais (de direita) aplicaram políticas de saúde mais rígidas com maior contenção nas despesas em saúde.

A sustentabilidade do atual sistema de saúde é um tema polémico na sociedade, os partidos políticos de esquerda apresentam argumentos de defesa do atual sistema, enquanto os partidos políticos de direita e, também a “Troika”<sup>2</sup> afirmam ser impossível mantê-lo financeiramente.

Devido ao problema económico verificado no nosso país (como noutros países da União Europeia), foram tomadas algumas medidas pelo XIX Governo Constitucional, na contenção da despesa (com cortes nas participações de medicamentos, em algumas prestações de cuidados de saúde, no transporte de doentes e outros benefícios) e, com aumento das receitas através das taxas moderadoras e prestação de outros serviços à comunidade, conforme condições impostas no memorando assinado com a Troika que, concedeu a ajuda financeira e impõe ao Governo as política que este deve aplicar.

O conhecimento das dificuldades dos Cuidados de Saúde Primário em cumprir a sua missão nos termos da declaração de Alma-Ata e da Constituição da República, incentivaram esta investigação, no âmbito da dissertação do Mestrado em Economia – ramo Economia Regional e Desenvolvimento Local, com o objetivo de saber se a reforma iniciada em 2005, que se caracteriza pela descentralização do Serviço Nacional de Saúde, promovida pelos Cuidados de Saúde Primários, assente nas Unidades de Saúde Familiar, como pilar principal, implicou melhorias traduzidas por ganhos em saúde.

Como estudo de caso, é efetuada a avaliação de desempenho da Unidade de Saúde Familiar Planície, através da análise dos resultados dos indicadores de desempenho incluídos nos relatórios de atividade e, da verificação no terreno pela aplicação de um questionário por entrevista aos utentes desta USF, na tentativa de identificar melhorias ao nível da satisfação e do acesso aos cuidados de saúde, por efeito da referida reforma dos CSP.

---

<sup>2</sup> Constituída pelo Fundo Monetária Internacional, Banco Central Europeu e Comissão Europeia

Vários estudos comprovaram que, uma população com fácil acesso aos serviços de saúde, é mais saudável, implicando melhores resultados económicos e bem-estar social e, por consequência, aumento de produtividade, devido a menor quebra de dias de trabalho por motivo de doença, menos dias de baixa por doença pagos pela Segurança Social, menos internamentos, menos gastos com a velhice e morbilidade e, aumento da esperança média de vida e diminuição das mortes prematuras.

A descentralização do SNS ao nível dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) onde se incluem as USF, permite criar uma base populacional que justifique investimentos em tecnologia e recursos humanos a nível local, "investir na saúde é investir no desenvolvimento económico", permitindo maior aproximação às populações, melhores cuidados de saúde, que conduzem ao desenvolvimento económico e social das regiões mais desfavorecidas.

## **Metodologia**

A dissertação, realizada como um estudo de caso, inicia-se com a introdução onde se enuncia o problema, se formula a hipótese e se indicam os objetivos que se pretendem atingir, apresentando-se o sumário da metodologia seguida dos resultados esperados.

O primeiro capítulo da dissertação é constituído pela motivação, relevância e enquadramento do tema.

No segundo capítulo é elaborada sinteticamente a história do Serviço Nacional de Saúde, a sua evolução durante os últimos 32 anos e a sua descentralização promovida pela reforma dos Cuidados de Saúde Primários, iniciada em 2005, assente nas Unidades de Saúde Familiar, através das quais se tenta uma aproximação dos cuidados de saúde às populações, nos termos do disposto na declaração de Alma-Ata<sup>3</sup>. Também é efetuada uma breve análise das estratégias locais de saúde, como instrumento de mudança local, sendo fundamental envolver a comunidade local em todas as ações.

---

<sup>3</sup> É de salientar que, a meta proposta em Alma – Ata não foi atingida mas, gerou resultados e impactos, ganhos em saúde, tal como a carta de Ottawa.

No terceiro capítulo é elaborada a análise da despesa em saúde, o peso no PIB, no O.G.E. e a sustentabilidade financeira do SNS. O crescimento da despesa em saúde nas últimas décadas e principalmente nesta última, é muito elevada, porque este setor está a consumir cerca de (10%) do PIB, estando acima do padrão internacional (UE-15). São apresentados quadros com valores comparativos da despesa em saúde, pública e privada, nos países da (UE-15). Também é apresentado um quadro com os valores em percentagem do peso da despesa do SNS no Orçamento Geral do Estado e um gráfico com a evolução da despesa do Estado em saúde, em percentagem do PIB, de 1972 a 2009, retirado do *site* da Pordata, em [www.pordata.pt](http://www.pordata.pt). Ainda neste capítulo apresenta-se a análise da sustentabilidade financeira do SNS, um dos problemas mais preocupantes neste momento, porque a situação financeira do Ministério da Saúde, conforme se pode ler e ouvir todos os dias nos meios de comunicação social e, pessoalmente posso constatar essa realidade, porque trabalho na gestão financeira da ARS do Alentejo. O atual Governo está a dar cumprimento ao memorando de entendimento assinado com a Troika, tomou várias medidas de contenção da despesa e de aumento de receitas mas, é muito difícil de controlar a despesa devido à força dos grupos de interesse neste setor.

No quarto capítulo, é feita a análise da qualidade, eficiência e ganhos em saúde, que devem funcionar em simultâneo, isto é, não é aceitável a independência de cada um.

O objetivo principal é identificar ganhos em saúde mas, não se devem dissociar os ganhos em saúde da eficiência e por sua vez da qualidade.

O estudo de caso desenvolve-se no quinto capítulo, iniciando-se com uma breve introdução sobre o que se entende por "estudo de caso". Seguidamente é efetuada a caracterização sumária da Unidade de Saúde Familiar Planície, incidindo o estudo de caso na avaliação de atividade desta USF, através dos indicadores de desempenho e da aplicação de questionário por entrevista aos utentes da USF, com o objetivo de verificar as melhorias no acesso e satisfação entre a USF e o Centro de Saúde tradicional.

No sexto capítulo é apresentada a análise e discussão dos resultados obtidos e procura-se confirmar a hipótese em tese, respondendo às seguintes questões:

- A descentralização do SNS, promovida pela reforma dos CSP, contribui para o desenvolvimento económico e social a nível local?
- Os resultados dos indicadores de desempenho da USF Planície demonstram que houve ganhos em saúde por efeitos da reforma dos CSP?
- As respostas dos inquiridos ao inquérito por entrevista evidenciam melhorias no acesso e satisfação, na USF versus Centro de Saúde?

A análise dos resultados permitiu verificar o seguinte:

No estudo efetuado às primeiras 170 USF em atividade, conseguiu-se atribuir médico de família a (12,5%) de cidadãos, traduzindo-se em ganhos em saúde.

A avaliação de atividade da USF Planície, através dos indicadores de desempenho, entre os anos de 2007 a 2010, mostrou que houve muita dificuldade no cumprimento das metas contratualizadas, a maioria das metas não foram atingidas mas, conforme justificação da equipa da USF, não pode assumir as falhas detetadas por considerar que se devem a fatores impossíveis de controlar pela USF. No entanto, verificaram-se melhorias na maioria dos indicadores de desempenho da USF e conseguiu-se atribuir médico de família a cerca de (14,8%) de novos utentes, sendo assim obtidos ganhos em saúde.

As respostas dos inquiridos, utentes inscritos na USF Planície, quanto às melhorias no acesso e satisfação, apresentam resultados muito positivos, com maior relevo nas questões globais que compõem uma determinada dimensão, isto é, quando se apresentam as situações em termos globais, quanto aos profissionais, às instalações e à marcação de consultas urgentes e outras, as respostas apresentam valores muito positivos, indiciando grandes melhorias na satisfação e no acesso. A análise das respostas ao inquérito por entrevista, permite afirmar que, os utentes inquiridos notam melhorias na USF vs Centro de Saúde.

No último capítulo apresentam-se as conclusões do estudo, procura-se retirar ensinamentos das práticas registadas e abrir caminho a futuras investigações sobre o tema.

## **Resultados Esperados**

Com base na análise da declaração de Alma – Ata, sobre qual deve ser a missão dos Cuidados de Saúde Primários, considera-se que, até à reforma iniciada em 2005, apesar da existência de legislação sobre a sua organização, nem sempre foi possível prosseguir o enunciado na referida declaração, que Portugal subscreveu.

A legislação de suporte da reforma dos CSP iniciada em 2005, está em linha com o fundamento da declaração de Alma-Ata, porque todo o interior de Portugal se pode considerar desfavorecido mas, durante a elaboração do presente trabalho concluiu-se que existem muitos problemas ao nível do desempenho das USF, das quais depende o sucesso da reforma. No entanto, mesmo nos casos em que os objetivos não foram (100%) alcançados, registaram-se melhorias nos cuidados de saúde, comprovadas no terreno pelo inquérito por entrevista e pelas conversas diretamente com os utentes, já que, em termos globais notam melhorias, com a reforma dos CSP e assim, ganhos em saúde.

Neste contexto, será legítimo considerar que a descentralização do SNS, promovida pela reforma dos CSP iniciada em 2005, assente nas USF, implicou melhoria nos cuidados de saúde e contribui para o desenvolvimento económico e social a nível local.

## **1. Motivação, relevância e enquadramento do tema**

### **1.1. Motivação**

Existem vários motivos que me levaram a escolher este tema, para a elaboração da presente dissertação de mestrado. A razão principal deve-se ao meu percurso profissional. Desde 1971, então com 15 anos de idade, iniciei funções com a categoria de Pacote na Caixa Nacional de Pensões, (Segurança Social), em Lisboa, onde se deu o meu primeiro contato com a área social. Em 1977 já administrativo, a meu pedido fui transferido para os Serviços Médico-Sociais de Beja, ficando colocado no Concelho de Moura, mas efetuando algumas vezes, serviço nas Extensões de Saúde nos Concelhos de Serpa e em Barrancos, em pequenas aldeias e lugares, onde me deslocava acompanhando o médico de serviço. Através do contato com esses utentes que de início achava muito rudes, comparados com os de Lisboa, rapidamente cheguei à conclusão que não eram muito diferentes, porque, não foi necessário muito tempo para me integrar totalmente naquela comunidade e foi sim mais difícil afastar-me, ao fim de 11 anos, quando prestava serviço em Extensões de Saúde do Centro de Saúde de Moura.

Em 1989, pedi transferência para o Centro de Saúde de Évora, onde prestei serviço administrativo, trabalhando diretamente com os utentes durante dois anos, sendo depois colocado na gestão financeira da Administração Regional de Saúde de Évora, instituição que antecedeu a Administração Regional de Saúde do Alentejo, onde atualmente trabalho.

Passaram, assim, mais de 40 anos, a prestar serviço neste setor, assisti à implementação do SNS e, a todas as mudanças ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, tendo também assistido às boas e às más políticas de saúde aplicadas pelos sucessivos governos.

Assim, só poderia escolher este tema de estudo, porque, me permite uma revisitação ao passado e a consolidação da vivência profissional que tive no terreno, através da investigação, estudando os números, as políticas de saúde e fundamentalmente quais os seus reais efeitos na melhoria dos cuidados de saúde, nos ganhos em saúde, ou seja, também poder comparar a realidade em que estive envolvido, com os estudos apresentados pelos investigadores desta matéria.

Outra das razões, talvez a mais importante, porque pode ter influência no futuro, é obter mais conhecimentos, principalmente empíricos, que possa aproveitar para aplicar no desempenho do trabalho que ainda possa efetuar até à possível aposentação, sem data marcada e, sempre que possível legar os conhecimentos obtidos aos colegas e serviços da Administração Regional de Saúde do Alentejo, na convicção que possa ajudar a melhorar cada vez mais a prestação de serviços de saúde aos utentes da região do Alentejo.

## **1.2. Relevância do tema**

O tema apresentado para a realização desta dissertação, será relevante se permitir concluir se a descentralização do Serviço Nacional de Saúde, promovida pelos Cuidados de Saúde Primários, expandidos até às Unidades de Saúde Familiar, consideradas a porta de entrada no Sistema Nacional de Saúde, por estarem muito próximas dos utentes, contribui, e de que forma, para o desenvolvimento regional e local, através do aumento do bem-estar das populações locais e em tudo que se traduza em ganhos em saúde e que representem mais - valias para toda a sociedade.

O setor da saúde é considerado por vários investigadores, como sendo um dos mais complexos da economia, é um mercado com algumas especificidades económicas e assume uma importância evidente no quadro político, económico e social. Com as mudanças ao nível da organização e funcionamento dos sistemas de saúde, compreende-se a necessidade urgente de se adquirir uma visão económica essencial à compreensão da problemática do setor da saúde, da produção em saúde, procura e oferta de cuidados de saúde, os custos, financiamentos etc.

Sendo este mestrado, em Economia regional e desenvolvimento local e havendo interesse na investigação neste setor, na vertente económica e social, foi escolhido este tema por permitir estudar um caso dentro dessa área e a nível regional e local, que se considera enquadrado no plano de estudos do referido mestrado.

## **1.3. Enquadramento do tema**

Nos termos da Lei nº 48/90 de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro, "Lei de Bases da Saúde", conforme o disposto no capítulo III, Base XXIV, o Serviço Nacional de Saúde, caracteriza-se por, ser



universal, quanto à população abrangida; prestar de forma integrada cuidados globais ou garantir a sua prestação; ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos; garantir a equidade no acesso dos utentes, como objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados; ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada.

Dos três pilares principais<sup>4</sup> que constituem o Serviço Nacional de Saúde, destacam-se os Cuidados de Saúde Primários, como pilar central, porque são a primeira forma de contato entre os cidadãos e o sistema de saúde, sendo nesta área que se desenvolve a investigação com vista à obtenção da resposta à questão – chave nesta dissertação.

Os cuidados de saúde primários passaram por um conjunto de situações que bloqueavam o seu funcionamento e impediam o acesso dos utentes e a prestação dos cuidados, contribuindo essa situação para a sobrecarga dos outros níveis de cuidados, principalmente dos serviços de urgência dos hospitais. Desde a sua implementação, existiram várias tentativas de reformas, demonstrando que o planeamento das políticas de saúde é fundamental para o correto desenvolvimento dos cuidados de saúde primários, muito diferente do que se tem feito, de forma a permitir o acesso mais fácil dos utentes aos cuidados, de maior satisfação dos utentes e profissionais, de ganhos em saúde e conseqüentemente da sua contribuição para o desenvolvimento económico e social a nível local.

---

<sup>4</sup> O Ministério da Saúde, considera três pilares constituintes do SNS: Os Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Diferenciados (Hospitais) e Cuidados de Saúde Continuados Integrados.

## 2. Breve história do SNS, evolução e reforma promovida pelos Cuidados de Saúde Primários

### 2.1. Breve história do Serviço Nacional de Saúde

O Serviço Nacional de Saúde, foi implementado em Portugal, em Setembro de 1979 mas, desde 1971, que existia um projeto do SNS, resultante da reforma do sistema de saúde e assistência, conhecida pela “reforma de Gonçalves Ferreira”, (Ferreira 1990).

Em 1971, foi promulgada a lei orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, incluindo alguns princípios, entre os quais, o reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, sendo da responsabilidade do Estado assegurar esse direito, através de uma política unitária da competência do Ministério da Saúde, que integrava todas as atividades de saúde e assistência, com vista a melhorar a afetação dos recursos utilizados, e ainda um sistema descentralizado de execução e de dinamização dos serviços regionais e locais, que deu origem à implementação dos Centros de Saúde de “primeira geração”<sup>5</sup>, atuando essencialmente na prevenção, ou seja, na saúde pública, através da vacinação, assistência social e cartões de sanidade, não incluindo os Serviços Médico Sociais das Caixas de Previdência, nem os serviços de saúde prestados pelas Misericórdias, Casas do Povo, dos Pescadores, Legados, e Associações Mutualistas.

A reforma efetuada representou uma grande mudança na estrutura e funcionamento dos serviços de saúde e abriu o caminho para um sistema de cuidados de saúde completo, com capacidade para inventariar os problemas de saúde e de doença no país e procurar soluções possíveis em cada época, na base de investigação continuada e do aperfeiçoamento técnico das intervenções, (Ferreira, 1990).

Com a aprovação da nova Constituição da Republica Portuguesa, em 1976, o artigo 64º veio determinar que: **“todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”**. Esse direito tornou-se efetivo através da criação de um Serviço Nacional de Saúde, universal, geral e gratuito. Para assegurar o direito à proteção da saúde competia ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina

---

<sup>5</sup> Nos Centros de Saúde de “primeira geração” não eram prestadas consultas médicas de doença natural.

preventiva, curativa e de reabilitação, bem como uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país.

O SNS, previsto na Constituição da República, de 1976, foi antecipado, através de um Despacho Ministerial, publicado no Diário da República, 2ª série, de 29 de Julho de 1978, mais conhecido pelo “Despacho Arnout”<sup>6</sup>. Ao abrigo deste despacho, é garantida, pela primeira vez, a universalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação em medicamentos a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva.

O SNS, engloba todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção na doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social, define que o acesso é gratuito, mas contempla a possibilidade da aplicação de taxas moderadoras, com o fim de racionalizar a utilização das prestações de cuidados de saúde.

Em Abril de 1983, foi aprovado o Regulamento dos Centros de Saúde, chamados de “segunda geração”, os quais, surgem como unidades integradas de saúde, tendo em conta os principais informadores da regionalização e as carreiras dos profissionais de saúde. Estes Centros de Saúde integram os antigos, de “primeira geração”, os Serviços Médico – Sociais - Serviços Distritais, os Hospitais das Misericórdias e os Serviços de Luta Anti - Tuberculose.

Em Março de 1984, foi criada a Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, que se torna o órgão central com funções de orientação técnica normativa de direção e de avaliação da atividade desenvolvida pelos órgãos e serviços regionais, distritais e locais que intervêm na área dos CSP.

As condições de exercício do direito de acesso ao SNS, foram regulamentadas em 1986 com o objetivo de obter uma correta e racional repartição dos encargos do SNS, quer pelos Subsistemas, (ADSE, ADM Forças Armadas, ADMG GNR, SAD PSP, Serviços Sociais do Ministério da Justiça, Serviços Sociais da Caixa Geral de Depósitos, SAMS e IOSCTT), quer ainda outras entidades, de qualquer natureza, que, por força da lei ou do contrato, sejam responsáveis pelo pagamento da assistência a

---

<sup>6</sup> Após a publicação do despacho de 20-07-1978, do então Ministro dos Assuntos Sociais, António Arnout, (chamado o pai do Serviço Nacional de Saúde) todos os cidadãos, independentemente de descontarem ou não para a Caixa de Previdência ou Casas do Povo e Pescadores, passaram a ter direito a assistência médica e medicamentosa prestada pelos Serviços Médico - Sociais.

determinados cidadãos. Com a salvaguarda, ainda, de, uma vez que os estabelecimentos oficiais não terem como objetivo a obtenção do lucro. Os preços a cobrar deveriam aproximar-se o mais possível dos custos reais.

Em Janeiro de 1988, foi aprovada a Lei de Gestão Hospitalar, traduzindo as preocupações decorrentes do aumento do peso da despesa de saúde no Orçamento do Estado. É feita a abordagem da necessidade da introdução de princípios de natureza empresarial, no quadro da integração da atividade hospitalar, a rentabilidade dos serviços torna-se um valor de peso na administração, sendo apresentados planos anuais e plurianuais para os hospitais e a criação de centros de responsabilidade com níveis intermédios de administração.

Na segunda Revisão Constitucional, a alínea a) do nº 2 do artigo 64º, é objeto de alteração, estabelecendo que, o direito à proteção da saúde é realizado através de um SNS *"universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito"*. Esta alteração, coloca assim em evidência o princípio de justiça social e da racionalização dos recursos.

Em Agosto de 1990, é aprovada a Lei de Bases da Saúde, através desta norma a prestação de saúde é perspectivada, não só como um direito, mas também como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados.

A promoção e a defesa da saúde pública são efetuadas através da atividade do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações da sociedade civil serem associadas àquela atividade. Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outras Entidades públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos. Para prestação dos cuidados de saúde, o Estado atua através de serviços próprios, ou celebra acordos, protocolos e convenções com entidades privadas para a prestação de cuidados, como cirurgias, consultas médicas e realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, e também apoia, licencia e fiscaliza as restantes atividades privadas na área da saúde.

Em Janeiro de 1993, foi publicado o Estatuto do SNS e procura superar a incorreta, do ponto de vista médico e organizativo, oposição entre cuidados primários e cuidados diferenciados. A indivisibilidade da saúde e a necessidade de uma criteriosa gestão de recursos levam à criação de unidades integradas de cuidados de

saúde, viabilizando a articulação entre grupos personalizados de Centros de Saúde e Hospitais.

As crescentes exigências das populações em termos de qualidade e de rápida resposta às suas necessidades sanitárias, obrigaram que a gestão dos recursos se fizesse tão próxima quanto possível dos utentes, resultando assim, na criação das regiões de saúde dirigidas por Conselhos de Administração com competência e atribuições reforçadas.

Em Abril de 1998, foi publicado o diploma que estabelece o regime jurídico da celebração das Convenções a que se refere a Lei de Bases da Saúde.

Os serviços de saúde pública são estruturados, no âmbito dos quais se integra o exercício dos poderes de autoridade de saúde enquanto poder - dever e na promoção da saúde, foi definida a organização dos serviços de saúde pública com indicação de que a implantação se opera a dois níveis: regional e local.

Os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) nos hospitais do SNS, foram criados em Setembro de 1999, os quais, constituem estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando serviços e/ou unidades funcionais homogêneas e/ou afins. A desconcentração da tomada de decisão, do planeamento e do controlo dos recursos visa introduzir a componente empresarial na gestão destas unidades. O objetivo consiste em aumentar a eficiência e melhorar a acessibilidade, mediante um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos colocados à sua disposição. Em Setembro do mesmo ano são criadas as agências de contratualização dos serviços de saúde, que marcam a distinção entre prestação e financiamento dos cuidados de saúde. A essas agências cabe explicitar as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade, com vista a assegurar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e máxima eficiência e equidade nos cuidados de saúde a prestar.

Ainda em 1999, é estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde, (SLS). Verifica-se um conjunto de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico - populacionais, que visam facilitar a participação social e que, em conjunto com os Centros de Saúde e Hospitais Distritais, pretendem promover a saúde e a racionalização da utilização dos recursos. Os SLS são constituídos pelos Centros de Saúde, Hospitais e outros serviços e instituições,

públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção, direta ou indireta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica da competência de uma ARS.

Em Maio de 1999, são criados os Centros de Saúde da “terceira geração”, pessoas coletivas de direito público, integradas no SNS, e dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira e património próprio, sob superintendência e tutela do Ministério da Saúde. A sua estrutura organizacional, prevê, pela primeira vez, a figura de unidades funcionais, entre as quais, as Unidades de Saúde Familiar, (USF).

Com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar, em Novembro de 2002, introduzem-se modificações profundas na Lei de Bases da Saúde. Admite-se e define-se um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a rede de prestação de cuidados de saúde e dá-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (EPE).

Em Abril de 1993, pelo DL nº 60/93, foi criada a Rede de Cuidados de Saúde Primários, para continuar a garantir a sua missão tradicional de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, a Rede devia constituir-se e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados de saúde hospitalares e cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença. Esta nova Rede integrada de serviços de saúde, onde, para além do papel fundamental do Estado, possam coexistir entidades de natureza privada e social, orientadas para as necessidades concretas dos cidadãos. Este DL, nunca foi executado, sendo revogado em 2005, (Biscaia et al, 2005).

Em Dezembro de 2003, foi criada a Entidade Reguladora da Saúde para separar a função do Estado como regulador e supervisor, em relação às suas funções de operador e de financiador e tem por missão a regulação e supervisão do setor da prestação de cuidados de saúde, independentemente das suas funções, e cujas atribuições se desenvolvem em áreas fundamentais relativas ao acesso aos cuidados de saúde, à observância dos níveis de qualidade e à garantia de segurança, zelando pelo respeito das regras da concorrência entre todos os operadores, no quadro da prossecução da defesa dos direitos dos utentes, ([www.ers.pt](http://www.ers.pt)).

Em Junho de 2006, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, visando dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes.

O regime jurídico da organização e do funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos com o objetivo de obter ganhos em saúde, através da aposta na acessibilidade, na continuidade e na globalidade dos cuidados prestados, foi estabelecido em Agosto de 2007.

Em Fevereiro de 2008, assiste-se a mais um passo importante na reforma dos CSP, com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), cujo objetivo consiste em dar estabilidade à organização da prestação de CSP, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde.

Em Abril de 2009, reestrutura-se a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das Administrações Regionais de Saúde e dos Agrupamentos dos Centros de Saúde. No horizonte está a modificação do perfil de saúde e doença das populações verificada nas últimas décadas, devido à evolução das condições ambientais planetárias, às alterações dos estilos de vida e à globalização, entre outros, (História do SNS, Portal da Saúde, site: ([www.min-saude.pt/portal](http://www.min-saude.pt/portal)))

## **2.2. Evolução e descentralização do SNS, promovida pela reforma dos Cuidados de Saúde Primários**

A importância dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), foi reconhecida internacionalmente em 1978, com a realização da Conferência Internacional da OMS em conjunto com a UNICEF, em Alma-Ata no Cazaquistão, de 6 a 12 de Setembro, através de um documento que ficou conhecido como Declaração de Alma Ata, que expressa a necessidade de ação urgente de todos os governos, dos que trabalham na área da saúde, do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo. A Conferência destaca, essencialmente, que 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 ação de muitos outros sectores sociais e económicos, além do setor da saúde.

O desenvolvimento económico e social baseado numa ordem económica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de "Saúde para Todos no Ano 2000", e para a redução da deficiência existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento económico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial.

Os CSP 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 a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e auto - medicação. 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 contato 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.

Nos termos da Declaração de Alma Ata, os CSP refletem, e a partir delas evoluem, as condições económicas e as características sócio culturais e políticas do país e das suas comunidades, e baseiam-se na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública, e têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades, incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas preponderantes de saúde e aos métodos para a sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno infantil, incluindo planeamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endémicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais e envolvem, além do setor saúde, todos os setores e



aspectos correspondentes do desenvolvimento nacional e comunitário, principalmente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores. Devem promover a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planeamento, organização, operação e controle dos CSP, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades, devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade, baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável.

Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os CSP em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis.

Todos os países devem cooperar, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os CSP a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países. Nesse contexto, o relatório conjunto da OMS/UNICEF sobre CSP constitui sólida base para o aperfeiçoamento adicional e a operação dos CSP em todo o mundo.

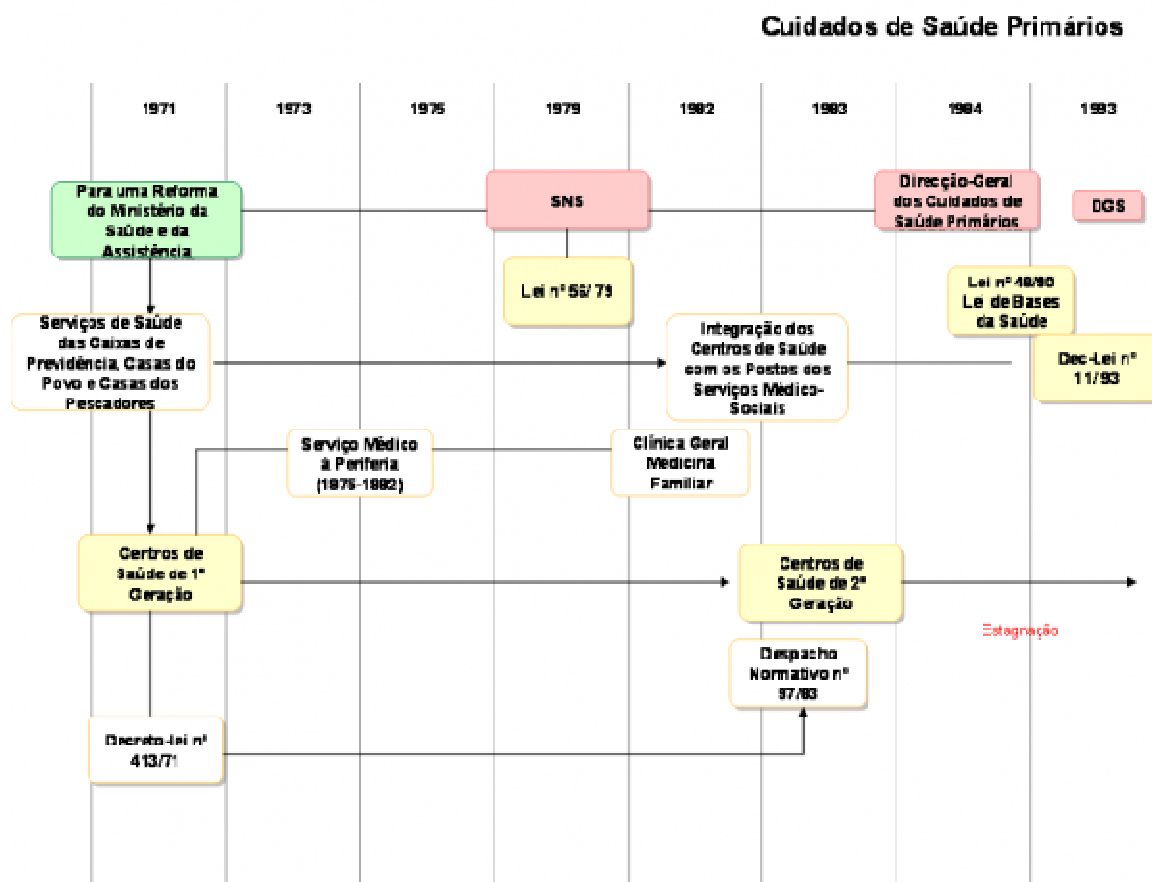
A Conferência Internacional sobre CSP incita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os CSP sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em conformidade com a nova ordem económica internacional. Incita os governos, a OMS e UNICEF, assim como outras organizações internacionais, entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os CSP e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento.

A Conferência exorta a colaboração de todos para que os CSP sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta Declaração, (Declaração de Alma – Ata).

É neste âmbito, que em Março de 1984, foi criada a Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, (DGCSP), em Portugal, como órgão central com funções de orientação técnico - normativa, de direção e de avaliação da atividade desenvolvida pelos órgãos e serviços regionais, distritais e locais que intervêm na área dos CSP. A DGCSP, visa a promoção da saúde, a prevenção da doença e a prestação de cuidados médicos essenciais ou de base, exercendo também, a tutela, legalmente estabelecida, das atividades e que, no seu âmbito ou com finalidades idênticas, sejam exercidas pelo setor privado, assim como, os poderes de autoridade sanitária.

A figura 1, ilustra a evolução dos Cuidados de Saúde Primários entre 1971-1993.

Figura 1 - Evolução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1971-1993



Fonte: Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, Fevereiro de 2009

A Lei de Bases da Saúde, publicada em Agosto de 1990, é um diploma muito importante, no qual se baseia toda a legislação referente ao SNS, onde é definido que, o Sistema de Saúde é constituído pelo SNS e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área de saúde, bem como, por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que tenham acordo celebrado com o SNS.

O SNS abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde e dispõe de estatuto próprio. O Ministério da Saúde e as ARS, podem contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do SNS, sempre que seja necessário e vantajoso, nomeadamente, face à consideração do binómio qualidade - custos, e desde que esteja garantido o direito de acesso.

O Sistema de Saúde, assenta nos CSP, que devem situar-se junto das comunidades. Deve ser promovida a intensa articulação entre vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidos e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes.

A organização do Sistema de Saúde baseia-se na divisão do território nacional em regiões de saúde. As regiões de saúde são dotadas de meios de ação suficientes para a utilização de determinados recursos.

Nos seus princípios gerais é instituído que a proteção à saúde implica um direito dos cidadãos e da comunidade, sendo a responsabilidade partilhada entre os utentes a sociedade e o Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados. O Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, até ao limite dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. A atividade de prestação de cuidados de saúde, a promoção e a defesa da saúde pública é efetuada não só pelo Estado, mas também por outras entidades públicas ou privadas com ou sem fins lucrativos.

A lei de Bases da Saúde, determina que, a política de saúde é de âmbito nacional e obedece às seguintes diretrizes: A promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das atividades do Estado. É objetivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de

saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, assim como, garantir a igualdade na distribuição de recursos e na utilização de serviços. São tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes, os toxicodependentes e trabalhadores com profissões de risco.

A estrutura dos serviços de saúde e seu funcionamento deve ser de acordo com o interesse dos utentes e articulam-se entre si e com os serviços de Segurança Social. A gestão dos recursos disponíveis deve ser guiada de forma a obter deles o máximo proveito socialmente útil e a evitar desperdícios e a utilização indevida dos serviços. É apoiado o desenvolvimento do sector privado da saúde e, em particular, as iniciativas das instituições particulares de solidariedade social, em concorrência com o sector público.

É promovida a participação dos cidadãos e da comunidade organizada na definição da política de saúde e planeamento e no controlo do funcionamento dos serviços. É incentivada a educação das populações para a saúde, incentivando os indivíduos e grupos sociais a modificar os comportamentos nocivos à saúde pública ou individual. É estimulada a formação e a investigação para a saúde, devendo procurar-se envolver os serviços, os profissionais e a comunidade.

É o Governo que define a política de saúde, cabendo ao Ministério da Saúde (MS) propor a definição da política nacional de saúde, promover e vigiar a respetiva execução e coordenar a sua ação.

Os serviços centrais do MS exercem, em relação ao SNS, funções de regulamentação, orientação, planeamento, avaliação e inspeção.

O SNS é financiado pelo Orçamento Geral do Estado, podendo, no entanto, cobrar receitas, a inscrever no seu orçamento.

O Estatuto do SNS aplica-se às instituições e serviços que constituem o SNS, e às entidades particulares e profissionais em regime liberal integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, quando articuladas com o SNS, como as entidades Convencionadas.

Em Janeiro de 1993, foi aprovado o Regulamento das Administrações Regionais de Saúde, que lhe concede autonomia administrativa e financeira e de

património próprio, sob a tutela do Ministério da Saúde, e exercem a sua atividade nas áreas correspondentes às regiões de saúde.

As ARS, têm funções de planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de atividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico administrativo, de avaliação de funcionamento das instituições e serviços prestados de cuidados de saúde, de acordo com as políticas superiormente definidas.

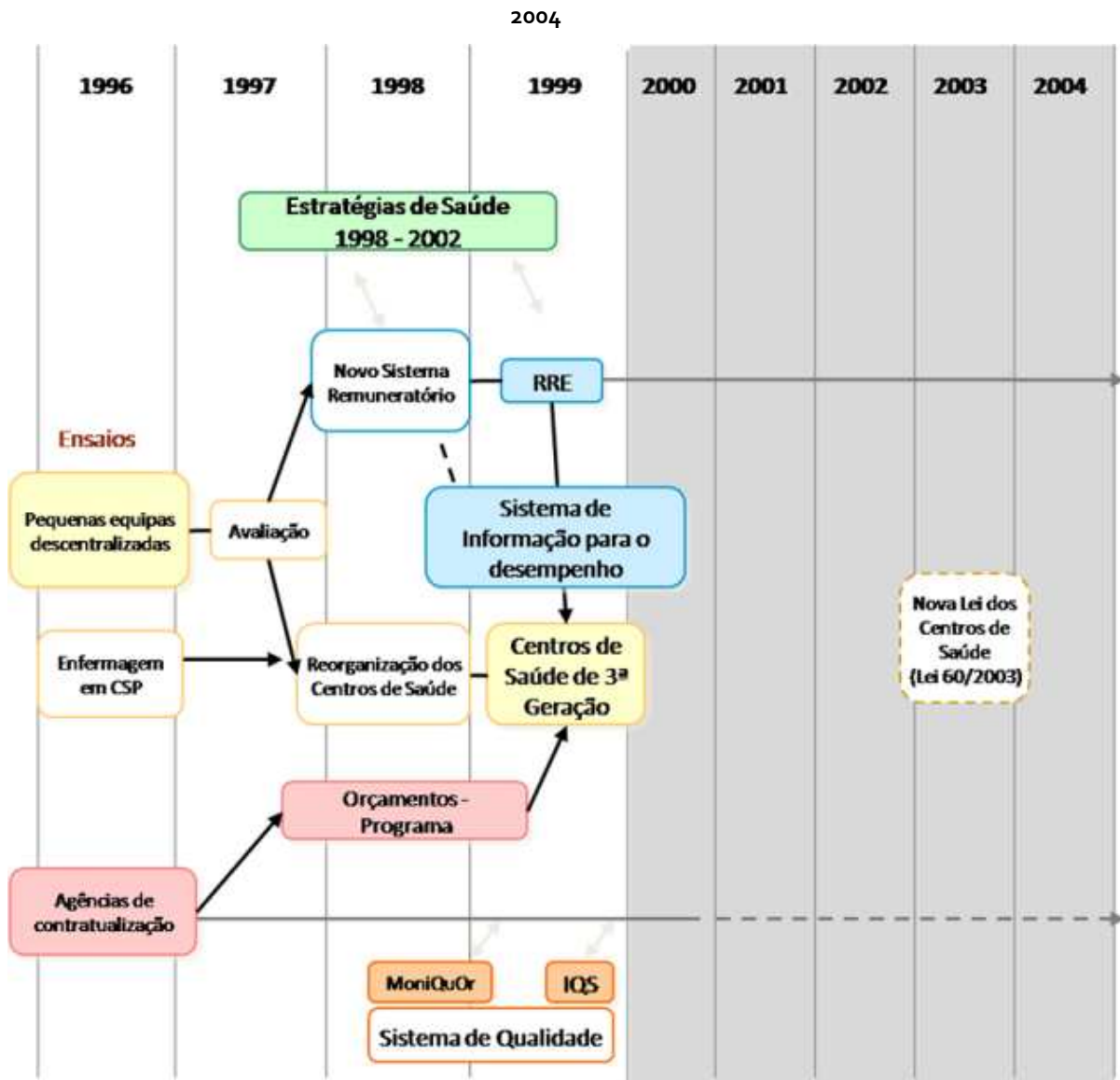
Em Maio de 1999, foi publicado o diploma que estabelece o regime dos Sistemas Locais de Saúde, (SLS), no qual, é definido que os SLS, são constituídos pelos Centros de Saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção direta ou indireta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde, com a missão de assegurar, na sua área geográfica, a promoção da saúde, a continuidade da prestação de cuidados e a racionalização da utilização dos recursos, também é seu objetivo, a melhoria do acesso dos cidadãos à prestação de cuidados, e a obtenção de ganhos em saúde.

Através do Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio, foi estabelecido o regime de, criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde, de “terceira geração”, cujo objetivo principal é a melhoria do nível de saúde da população da área geográfica por eles abrangida, assim como, a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados, do desenvolvimento de atividades específicas, dirigidas globalmente aos cidadãos, à família, a grupos vulneráveis e à comunidade, e ainda, contribuir para a investigação em saúde e participar ativamente na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduadas, pós-graduadas e contínua. Conforme está previsto no artigo 10º deste Decreto-Lei, o Centro de Saúde é dotado de personalidade jurídica e dispõe de Unidades funcionais, surgiram, assim, entre outras, as Unidades de Saúde Familiar, (USF).

A Rede de CSP foi criada em Abril de 2003, através do Decreto-Lei nº 60/2003, que acabou por ser revogado em 2005, sem nunca ser executada, sendo considerada uma tentativa falhada de melhorar o acesso dos cidadãos à saúde, visto não ter tido aplicação prática à realidade do país, uma vez, que o respetivo normativo não teve em conta a diversidade das dimensões dos CS nem lhes conferia qualquer autonomia.

A evolução dos CSP verificada entre 1996 e 2004, pode ser observada na figura 2.

Figura 2 – Evolução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1996–



Fonte: Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, Fevereiro de

2009

A partir de 2005, inicia-se a verdadeira descentralização do SNS, promovida pela reforma dos CSP.

O Despacho Normativo nº 9/2006, publicado no Diário da República nº 34, de 16 de Fevereiro, evoca o nº 1 da base XIII da Lei de Bases da Saúde e determina: "o sistema de saúde assenta nos Cuidados de Saúde Primários, que devem situar-se junto das comunidades".

Neste contexto, o Programa do XVII Governo Constitucional, salienta, a importância da reforma dos CSP, de forma a dar cumprimento à prestação de cuidados de saúde, aos cidadãos, mais próxima, adequada, efetiva e eficiente, através dos Centros de Saúde, que devem promover e garantir os cuidados de saúde, tanto aos indivíduos e famílias, como aos grupos e à comunidade.

No entanto, considera-se que a primeira grande reforma dos serviços de saúde públicos, em Portugal, deu-se em 1971, com a criação da rede dos primeiros Centros de Saúde (a reforma de Gonçalves Ferreira), que inspirou, mais tarde, o SNS, embora, com algumas diferenças, neste caso, o financiamento será feito pelo OGE e não por contribuições diretas dos cidadãos e tentou-se integrar num único sistema, agregando todas as estruturas de saúde existentes até então. (Biscaia te al, 2005).

O SNS veio englobar toda a população, em termos de acesso aos cuidados de saúde, mas apresenta imensas fragilidades, por exemplo, uma fraca base financeira, modelos de gestão e de organização muito clássicos e principalmente a falta de transparência entre os interesse públicos e privados, assim como, pouca eficiência, tudo isso impediu que fossem cumpridos os objetivos desejados, (Biscaia te al, 2005).

A partir de 1985 e até 1995, continuaram as tentativas de eliminação das fragilidades atrás referidas, foram publicadas várias políticas de saúde, como a já referida Lei de Bases da Saúde. Nesse mesmo sentido tenta-se a evidente separação dos sectores público e privado e incentiva-se a aderência a seguros alternativos de saúde e entregando a gestão das Unidades de Saúde (hospitais do Estado) a grupos privados. Em 1993, foram criadas as Administrações Regionais de Saúde e as Unidades Funcionais, com a finalidade de combater as inúmeras fragilidades do SNS, mas os resultados não se demonstraram relevantes, tiveram pouco impacto na resolução daqueles problemas, também porque, o acesso aos recursos financeiros do OGE, foi muito limitado, não permitindo grandes mudanças estruturais e por consequência, criando dificuldades à reforma em curso, (Biscaia te al, 2005).

A partir do ano 2000, os sucessivos governos passaram a dar mais importância ao sector da saúde, os gastos em saúde aumentaram, sendo-lhe atribuída cada vez maior percentagem do OGE, mas as metas de ganhos em saúde, propostas pelos políticos nunca foram alcançadas, devido a diversos fatores, como a ausência de transparência informativa e fundamentalmente, à descontinuidade das medidas

referidas, em relação à reforma anunciada. Parece que não se percebeu, que a reforma não se devia dar apenas ao nível do financiamento, principalmente neste sector de certa forma complexo. Então, tornou-se clara a necessidade de colocar o cidadão no centro do sistema de saúde, desenvolvendo, para o seu fim direitos fundamentais como: direito à informação, de escolha, acesso, reclamação, participação e de representação (OPSS, Conhecer os caminhos da saúde – relatório de Primavera 2001).

Como as discontinuidades atrás referidas continuavam a causar problemas, foi necessário elaborar outras políticas de saúde no sentido de evitar medidas isoladas e afastadas das estratégias definidas. Para este fim, foram fundamentais capacidades técnicas e políticas, meios de informação, comunicação, negociação e decisão. Os intervenientes sociais (cidadãos, profissionais de saúde, gestores, políticos, etc.) assumem um papel muito importante, porque, contribuem para os objetivos da organização dos serviços de saúde, contribuindo com capacidade técnica, direção estratégica, poder de decisão e de negociação. A reforma deve assentar essencialmente num equilíbrio entre os mecanismos de responsabilização, a diversidade e a implementação de normas e dispositivos de gestão e articulação, (OPSS, Conhecer os caminhos da saúde - Relatório de Primavera 2001).

O relatório de 2002, apresentado pela então, Inspeção - Geral da Saúde, veio reforçar a necessidade de implementação de reformas neste sector, sobretudo ao nível das unidades prestadoras de cuidados primários de saúde, uma vez que detetou a inexistência de trabalho em equipas multidisciplinares, de deficiências ao nível da marcação e gestão de consultas, da insuficiência de pessoal, médicos de família, enfermeiros e administrativos, sem capacidade de desenvolver programas de apoio domiciliário, insuficiente apoio organizacional e carência de formação profissional ao nível do pessoal administrativo, (OPSS, Saúde – que ruturas? – Relatório de Primavera 2003).

Os Centros de Saúde, da chamada “terceira geração”, tiveram pouco relevo nesta reforma, porque não foram totalmente implementados como estava definido no Decreto – Lei nº 60/2003, apesar de muitos profissionais de saúde terem trabalhado o conceito e da legislação ter evoluído sem integrar a experiência desses profissionais, o que veio criar resistências e oposição à legislação subsequente nessa



área. Para desenvolver os CSP ao nível da sua verdadeira importância era necessário intervir, traçando uma visão estratégica sobre os CS repartida por todos os intervenientes na mudança, reforço da quantidade e qualidade dos recursos humanos, desenvolvimento de técnicas intermédias para a condução dos complexos processos de mudança organizacional a nível local, implementação de lideranças motivadoras e ambiente de confiança e envolvimento a todos os níveis do sistema, profunda mudança na organização com vista à formação de uma estrutura e uma dinâmica de equipas multidisciplinares e instalação generalizada de sistemas de informação adequados que facilitem a relação entre os utentes e os serviços de saúde, (OPSS, Saúde – que ruturas – Relatório de Primavera 2003).

A maioria das tentativas de mudança no sistema de saúde, não alcançaram o sucesso esperado, devido a diversas falhas, não foram atendidas as necessidades reais, no terreno, porque se minimizou o papel da avaliação, o objetivo era atingir resultados rápidos mesmo sem os devidos fundamentos, não se considerou o conhecimento teórico e não se aprofundou a base da evidência das medidas adotadas, não se criaram metas reais em conformidade com o contexto, os ciclos políticos foram muito rápidos e não deram tempo para a comprovação das medidas, assistiu-se a uma ausência de discussão e informação transparente sobre as intenções das reformas e não houve o suficiente envolvimento dos agentes sociais, (OPSS, Incertezas...gestão da mudança na saúde – relatório de Primavera 2004).

Os CSP são considerados a base do Sistema Nacional de Saúde, empenhando-se num conjunto de princípios ao nível da orientação para a comunidade, flexibilidade organizativa de gestão, desburocratização, trabalho em equipa, autonomia e responsabilização, melhoria contínua da qualidade, contratualização e avaliação, essenciais para ganhos em saúde. É de extrema importância investir nos CSP, nos seus recursos humanos, infra - estruturas, educação e formação, investigação e melhoria da qualidade dos serviços prestados. Sem esse investimento é difícil obter as respostas adequadas aos problemas existentes no sistema de saúde, é necessário incentivar valores que de alguma forma promovam a igualdade no acesso e na prestação dos cuidados de saúde, (OPSS, Incertezas...gestão da mudança na saúde – relatório de Primavera 2004).

A necessidade de seguir esse conjunto de princípios e valores, verifica-se se for analisado no âmbito geral dos CSP, no início da atual reforma, ou seja, no primeiro trimestre de 2005, em que o XVI Governo Constitucional, formado pelo PS, compreendeu a necessidade de criar uma forte base legislativa, política e social. As medidas até então tomadas não tiveram os resultados esperados, optando-se por uma estratégia inovadora de mudança, sobretudo ao nível dos CS, (OPSS, Incertezas...gestão da mudança na saúde – relatório de Primavera 2004).

Até esta reforma, os CS, caracterizavam-se por estarem muito centrados na figura do médico, porque baseavam-se em políticas muito hierarquizadas, existia um número muito elevado de utentes sem médico de família e esperava-se imenso tempo pela prestação de cuidados de saúde, verificava-se uma grande barreira entre os CSP e os diferenciados (hospitais), as estruturas e equipamentos eram desadequados, não existia estratégia de marketing, ausência de informação sobre os direitos e deveres dos utentes, uma política de recursos humanos muito aquém da necessária e pouca competência nas lideranças, (Biscaia et al, 2005).

Em termos organizacionais dos CSP, em 2005, existiam em Portugal Continental, 351 Centros de Saúde, 1823 Extensões de Saúde e 254 Serviços de Atendimento Permanente, (SAP). Os CS, embora fossem coordenados por um Diretor, eram geridos pelas ex - Sub - Regiões de Saúde, a um nível muito centralizado, em termos de aprovisionamento, gestão financeira, gestão de recursos humanos, assessoria jurídica, instalações e equipamentos, apoio informático, serviço de apoio geral e de serviços de saúde.

Em termos tecnológicos e informáticos a situação caracterizava-se por um grande número de Centros de Saúde sem tecnologias de informação adequadas que pudessem ser utilizadas como ferramentas de gestão na estrutura e organização de apoio ao desempenho dos profissionais de saúde e como meio para se atingir os objetivos. Existia, de facto, a Rede Informática da Saúde (RIS), quase sempre com problemas técnicos e pouca eficiência. Procedeu-se então, ao desenvolvimento e implementação de novos e variados sistemas informáticos, como o SONHO (sistema de gestão hospitalar), SINUS (sistema de gestão do utente/Cuidados primários), SAM (sistema de apoio ao médico/ gestão clínica), SAPE (sistema de apoio à prática de enfermagem/gestão clínica), e-agenda (ACES + ULS), CTH (consulta a tempo e horas),

SIGIC (sistema de gestão de inscritos para cirurgia), RNCCI (sistema de informação da Rede de Cuidados Continuados Integrados), Sim – Cidadão/SGRS (sistema de gestão das reclamações e sugestões). Os serviços e a prestação de cuidados de saúde caracterizavam-se por um grande número de cidadãos sem médico de família, principalmente em áreas geográficas urbanas com mais população. Conforme se pode observar no quadro 1, em 2005 os utentes inscritos nos Centros de Saúde, sem médico de família, eram cerca de 10,6%, (OPSS, Luzes e sombras. A Governação da Saúde – Relatório de Primavera 2007).

**Quadro 1 - Cobertura populacional dos Centros de Saúde, em 2005**

Centros de Saúde	351
Cidadãos inscritos	10.666.254
Cidadãos utilizadores	6.376.437
Taxa de utilização (%)	59,8%
Cidadãos inscritos por médico	1.497
% de cidadãos sem médico de família	10,6%
Consultas por inscrito	3
Consultas por utilizador	5,1

Fonte: adaptado de OPSS, Luzes e sombras. A governação da saúde – relatório da Primavera 2007

A produção dos CSP em 2005, foi de 33.806.189 consultas, englobando este número, as consultas prestadas no serviço de ambulatório e nos Serviços de Atendimento Permanente (SAP) (OPSS, 2007).

Os recursos humanos afetos aos CSP, em 2005, são considerados insuficientes, principalmente médicos de família, médicos de saúde pública e enfermeiros, conforme se pode verificar no quadro 2.

**Quadro 2 - Recursos humanos afetos aos CSP em 2005**

Médicos	6.930
Enfermeiros	7.202

Fonte: adaptado de OPSS, Luzes e sombras. A governação da saúde – relatório da Primavera 2007

O Decreto-Lei nº 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 os elementos que as constituem. A reforma dos CSP, é assumida como fator chave de modernização e prevê a criação de instrumentos legais e operacionais que permitam reorganizar o sistema de saúde nos CSP e no

desenvolvimento de uma matriz organizativa que conduza à reconfiguração dos CS reestruturando-os em unidades funcionais, com especial importância para as USF, orientadas para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade. No mesmo sentido, o Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de Fevereiro, com a redação introduzida pelo Despacho Normativo nº 10/2007, de 26 de Janeiro, regulamenta o lançamento e a implementação das USF enquanto estruturas constituídas por uma equipa multidisciplinar, prestadora de cuidados de saúde personalizados a uma determinada população, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados prestados. A autonomia organizativa e funcional para as USF, emanada do referido Despacho, inspirou-se nas experiências inovadoras anteriormente desenvolvidas nos CS e que foram aproveitadas nas novas formas de organização dos cuidados de saúde, como o regime remuneratório experimental (RRE), estabelecido para os médicos. Este modelo, já em vigor desde 1998, permitiu, após várias avaliações, identificar ganhos em saúde e aumentar a qualidade dos cuidados prestados, com satisfação para os utentes e para os profissionais de saúde. Através de um estudo, efetuado por especialistas, economistas da saúde, sobre o impacto orçamental do lançamento e implementação das USF, permitiu concluir que o novo modelo organizativo, construído com base no RRE, permite consideráveis reduções de custos na prestação de cuidados de saúde, contabilizando incentivos para os elementos das equipas multidisciplinares (DL 298/2007).

Verifica-se que, equipas multidisciplinares motivadas, portadoras de uma cultura de responsabilização partilhada e com práticas consolidadas na reflexão crítica e na confiança mútua, constituem o principal ativo e a mais valia estratégica das USF. Perante os resultados obtidos, e dado o objetivo estratégico fundamental da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, torna-se imperativo transpor, consolidar e alargar o modelo de incentivos dos médicos a todos os profissionais das USF, aumentando, desta forma as aptidões e competências de cada profissional e premiando o desempenho individual e coletivo, tendo em vista o reforço da eficácia, da eficiência e da acessibilidade dos cidadãos aos CSP (DL 298/2007).

Este modelo, aplica aos profissionais da equipa principal um regime de suplementos associados à dimensão mínima da lista de utentes ponderada, quanto às suas características, com a contratualização anual de atividades específicas de

vigilância a utentes considerados mais vulneráveis e de risco. Igualmente, este modelo, obriga ao acompanhamento, controlo de procedimentos e avaliação de resultados, distinguindo as diferenças de desempenho por referência a grupos de indicadores, a economias nos custos, a níveis de satisfação dos utilizadores e dos profissionais, assim como, à implementação de programas de qualidade e de processos de acreditação (DL 298/2007).

O plano de ação das USF, traduz o seu programa de atuação na prestação de cuidados de saúde de forma personalizada e contém o compromisso assistencial, os seus objetivos, indicadores e metas a atingir nas áreas de acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência. O compromisso assistencial é formalizado anualmente, mediante carta de compromisso acordada entre o coordenador da USF e o Centro de Saúde, da qual deve ainda constar: a afetação dos recursos necessários ao cumprimento do plano de ação, o manual de articulação Centro de Saúde/USF (DL 298/2007).

Desde que não seja posto em causa o compromisso assistencial da carteira básica, as USF, através da contratualização de uma carta adicional de serviços, cujo montante global é fixado por via orçamental, podem colaborar com outras unidades funcionais do CS responsável pela intervenção da seguinte forma: em grupos da comunidade, no âmbito da saúde escolar, da saúde oral e da saúde ocupacional, em projetos dirigidos a cidadãos em risco de exclusão social, nos cuidados de saúde continuados integrados, no atendimento a adolescentes e jovens, e na prestação de outros cuidados que se mostrem pertinentes e previstos no Plano Nacional de Saúde (DL 298/2007).

A reconfiguração e autonomia dos CS, é um dos principais objetivos desta reforma e assenta numa estrutura organizacional constituída pelas unidades funcionais, as quais têm autonomia de gestão, trabalho em equipas multiprofissionais, com contratualização de compromissos assistenciais e delimitação de áreas de abrangência com dimensão geográfica e demográfica que permita vigilância e gestão epidemiológica com uma Direção Técnica e com um Conselho Consultivo (MCSP, 2006).

A fim de se cumprirem os objetivos desta reforma, é criada uma matriz de indicadores que integram as carteiras básicas de serviços das USF e que se destacam

pelo acesso, pelo desempenho assistencial, pela qualidade percebida e pelo desempenho económico (MCSP, 2006).

Quanto ao acesso, os indicadores a contratuar pretendem que todos os utentes tenham acesso a um médico de família e a um enfermeiro de família, no tempo máximo de 24 horas, tendo em conta o horário de funcionamento da USF, como também, devem ter um espaço temporal de espera para consultas programadas inferior a 20 minutos. O utente deve ser consultado pelo seu Médico de Família, a USF deve vigiar a saúde de todos os utentes nela inscritos, as consultas presenciais devem ser prática comum e os cuidados prestados no domicílio, nas situações protocoladas são um direito dos utentes. Ao nível do desempenho assistencial, todas as mulheres com vida sexual ativa, entre os 25 e os 64 anos, devem fazer rastreio do cancro da mama, todos os utentes entre os 50 e os 74 anos deverão fazer rastreio de neoplasia colo – rectal, os diabéticos e os hipertensos devem fazer avaliação periódica, os cidadãos devem cumprir o Plano Nacional de Vacinação, deve-se vigiar a obesidade, a saúde infantil e a saúde materna, acompanhar a saúde dos idosos e incentivar o planeamento familiar. Quanto à qualidade percebida, deve-se garantir a satisfação dos utentes e também dos profissionais. Controlar o desempenho económico, cumprindo as metas orçamentais. Outro fator importante desta reforma, é a aposta no desenvolvimento profissional contínuo e formação dos profissionais, ao nível do CS e das USF, sendo considerado como um investimento essencial para o sucesso da reforma (MCSP, 2008).

Até ao dia 10 de Outubro de 2011, encontravam-se em funcionamento 311 USF, conforme se pode observar nos quadros 3 e 4.

**Quadro 3 – USFs em atividade em 10 de Outubro de 2011 e capacidade instalada**

	USF	Utentes Potenciais	Ganho de Cobertura	Profissionais	Médicos	Enfermeiros	Administrativos
Candidaturas Aceites	380	4.519.677	575.601	7.261	2.574	2.604	2.083
USF em Atividade	311	3.858.744	473.637	6.075	2.177	2.161	1.737

Fonte: Missão para os Cuidados de Saúde Primários

**Quadro 4 – Ponto da situação, número de candidaturas e de USF em atividade em 10-10-2011**

Candidaturas entradas	495
Excluídas ou desistentes	89
Em avaliação preliminar	26
Aceites para avaliação	380
Aguarda-se documentos complementares	17
Em avaliação pelas ETO	21
Aguardam aprovação pelas ARS	7
Aprovadas pelas ARS e a aguardar abertura	24
USF em atividade	311

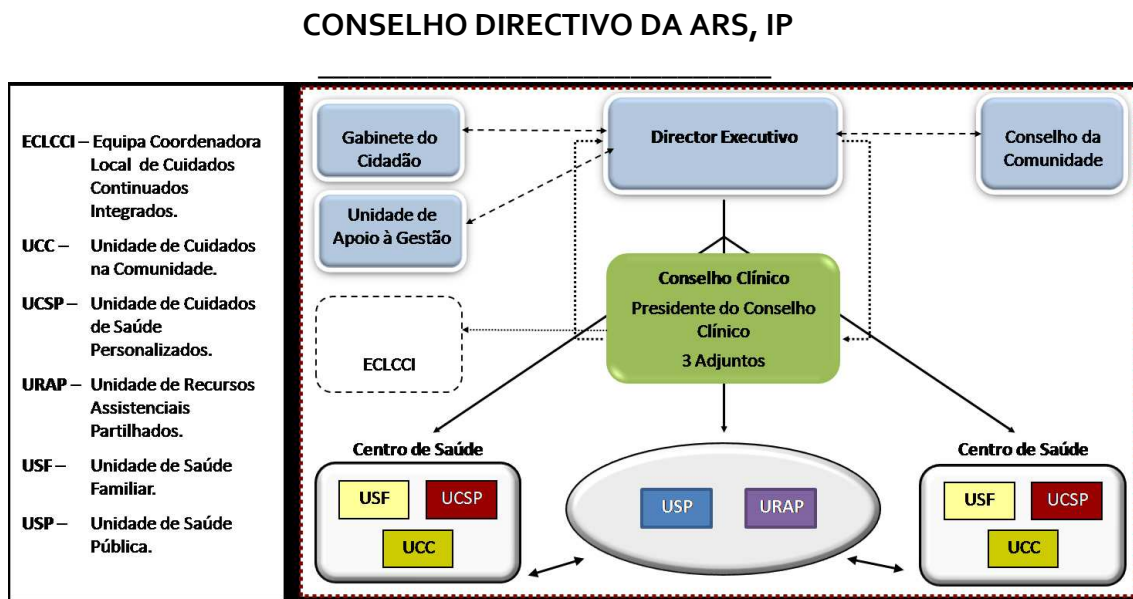
Fonte: Missão para os Cuidados de Saúde Primários

Com a publicação do Decreto-Lei nº 28/2008, foram criados os Agrupamentos de Centros de Saúde, (ACES) sendo dado mais um passo muito importante na descentralização do SNS. Os ACES, são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por um conjunto de unidades funcionais, que integram um ou mais CS. Os ACES são serviços desconcentrados da respetiva ARS, estando sujeitos ao seu poder de direção (DL 28/2008).

No Programa do XVII Governo Constitucional, do PS, os CSP são reconhecidos como o pilar central do sistema de saúde. Porque, de facto, os CS constituem o primeiro acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados, (DL 28/2008).

O Governo estudou a melhor forma de incrementar o acesso dos cidadãos à prestação dos cuidados de saúde, como também a melhor forma de os gerir, sem esquecer os ganhos em saúde conseguidos pelas USF. Desse estudo, resultou a publicação do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, que veio criar os Agrupamentos dos Centros de Saúde, (ACES), serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por um conjunto de unidades funcionais, que agrupam um ou mais CS e com estrutura orgânica que se pode visualizar na Figura 3.

Figura 3 - Estrutura Orgânica do Agrupamento de Centros de Saúde



Fonte: Adaptado de Luís Pisco, Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008

Destas unidades funcionais, fazem parte as Unidades de Saúde Familiar (USF) que, apesar da aplicação do regime previsto neste diploma, uma vez que são unidades integradas nos ACES, elas são disciplinadas pelo DL 298/2007. As Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), com estrutura muito semelhante à das USF, prestam cuidados personalizados e garantem a acessibilidade, a continuidade e a globalidade desses cuidados. As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente a pessoas e grupos com problemas sociais, dependência física e funcional ou doença que necessite de acompanhamento especial. As Unidades de Saúde Pública (USP), funcionam como observatório de saúde na área demográfica e geográfica da responsabilidade do ACES, competindo-lhe, elaborar informação e planos na área da saúde pública, efetuar a vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no campo da prevenção e proteção da saúde da população de acordo com a respetiva legislação, no exercício das funções de autoridade de saúde. As Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), prestam serviços de consultoria e assistenciais a todas às unidades funcionais atrás referidas e são um elo de ligação entre elas e os serviços hospitalares. Podem ainda, ser criadas outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários pelas ARS. As



unidades funcionais devem ser constituídas por equipas multiprofissionais, com autonomia organizativa e técnica, com interligação entre si, CS onde estão integradas e respetivo ACES. Os ACES, vêm substituir as Sub-Regiões de Saúde, são serviços desconcentrados da respetiva ARS, mas continuam sob a sua direção, a sua missão consiste em garantir a prestação de cuidados de saúde à população de determinada área geográfica e devem além de garantir o acesso aos cuidados, aumentar os ganhos em saúde, desenvolver atividade de promoção da saúde atividades de vigilância epidemiológica, investigação na área da saúde, controlo e avaliação dos resultados e participar na formação profissional dos seus colaboradores, (DL 28/2008).

O referido diploma fixa a criação máxima de 74 ACES, que substituem as Sub-Regiões de Saúde, descentralizando a gestão, que era de nível distrital, para locais mais próximos das populações, tendo em consideração o número de residentes na área da implantação do ACES, a estrutura do povoamento, o índice de envelhecimento e a acessibilidade dos utentes ao hospital de referência, ou seja, ao hospital responsável pelos cuidados de saúde diferenciados, que o utente necessitar (DL 28/2008).

São órgãos do ACES: o diretor executivo, que gere as atividades, os recursos humanos, financeiros e os equipamentos.

O conselho executivo, composto pelo diretor executivo, que preside, pelo presidente do conselho clínico e pelo presidente do conselho da comunidade, tendo competências para aprovar os planos plurianuais e anuais de atividades das unidades funcionais com as respetivas dotações orçamentais, elaborar o relatório de atividades e da conta de gerência, elaborar o regulamento interno de funcionamento do ACES, assegurar a articulação entre o ACES e as Autarquias locais, divulgar, promover e informar sobre os serviços prestados nos CS integrados, planos e relatórios de atividades e dos pareceres dados sobre eles pelo conselho da comunidade, de indicadores de satisfação dos utentes e dos profissionais, de projetos de qualidade a executar em unidades funcionais e da composição dos órgãos do ACES. O conselho clínico, que é composto por um presidente e por três vogais, ao qual compete, avaliar a efetividade dos cuidados de saúde prestados, dar instruções com o fi de se cumprirem as normas técnicas emitidas pelas entidades competentes, fixar procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de

saúde, aprovar orientações clínicas referentes à prescrição de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, propor ao diretor executivo a realização de auditorias externas ao cumprimento das orientações e protocolos clínicos, apoiar o diretor executivo em assuntos de natureza técnico – profissional e de gestão clínica, verificar o grau de satisfação dos funcionários dos ACES, organizar e controlar as atividades de desenvolvimento profissional do ACES, decidir sobre conflitos de natureza técnica.

O conselho da comunidade, composto por um representante de cada uma das seguintes entidades: Município da região do ACES, do serviço distrital do centro da segurança social, das IPSS, da associação de utentes do ACES, das associações sindicais, das associações de empregadores, do hospital de referência, do voluntariado social e da comissão protetora de crianças e jovens.

Ao conselho da comunidade, compete: dar parecer sobre os planos plurianuais e anuais de atividades do ACES, assim como, dos orçamentos, antes de aprovados; acompanhar a execução dos planos de atividade; alertar o diretor executivo para fatos reveladores de deficiências graves na prestação de cuidados de saúde; dar parecer sobre o relatório anual de atividades e a conta de gerência, apresentados pelo diretor executivo; assegurar a articulação do ACES, em matérias de saúde, com os municípios da sua área geográfica; propor ações de educação e promoção da saúde e de combate à doença a realizar pelo ACES em parceria com os municípios e outras instituições representadas no conselho da comunidade; dinamizar associações e redes de utentes promotoras de equipas de voluntariado, (DL 28/2008).

Dos ACES, fazem ainda parte os serviços de apoio, que se dividem pela unidade de apoio à gestão e Gabinete do Cidadão, que funcionam sob responsabilidade direta do diretor executivo.

A unidade de apoio à gestão concentra todos os serviços da área não assistencial do ACES, presta apoio administrativo e geral ao diretor executivo, ao conselho clínico e às unidades funcionais (DL 28/2008).

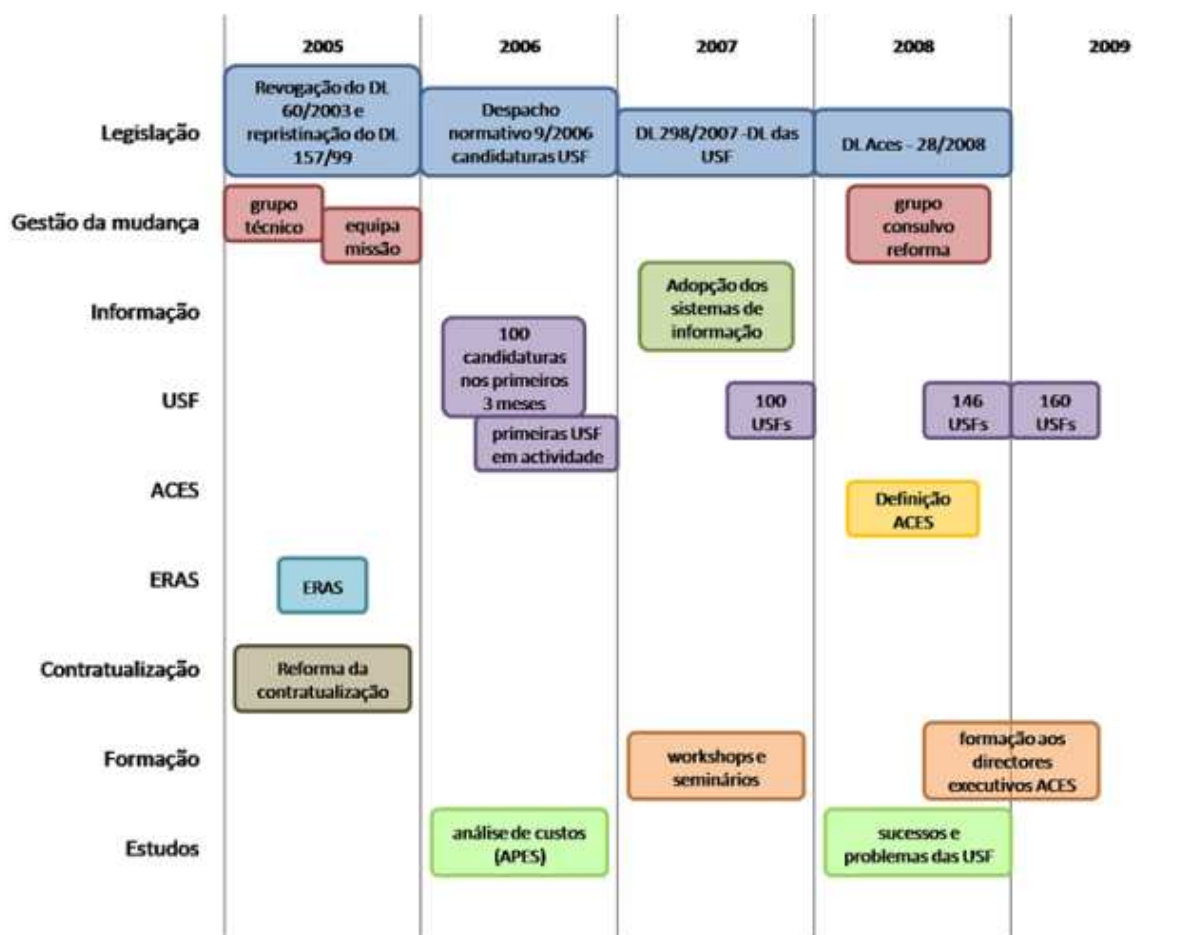
Ao gabinete do cidadão compete, essencialmente, verificar as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde, informar os utentes dos CSP, dos seus direitos e deveres, receber sugestões e reclamações dos utentes referentes aos

cuidados prestados e verificar periodicamente o grau de satisfação dos utentes dos ACES (DL 28/2008).

Os ACES, estão sujeitos à celebração de contratos – programa, a efetuar entre o diretor executivo e o conselho diretivo da respetiva ARS, pelos quais, são estabelecidos, qualitativamente e quantitativamente, os objetivos do ACES e os recursos a afetar ao seu cumprimento, fixando também as regras relativas à sua execução.

Na síntese da figura 4, pode visualizar-se a evolução da reforma dos Cuidados de Saúde Primários entre 2005 – 2009.

Figura 4 – Evolução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 2005 – 2009



Fonte: Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, Fevereiro de 2009

Em 2010, deu-se por finalizada a primeira fase da reforma dos CSP iniciada em 2005, entrando-se numa segunda etapa de desenvolvimento, até porque, o objetivo então proposto, ainda não se encontrava completamente concretizado.

Esta reforma, apresenta os seus aspetos positivos, mas também alguns aspetos negativos, (cf. quadro 5).

Quadro 5 – Aspetos positivos e negativos da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

<b>Aspetos Positivos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Número de profissionais de saúde envolvidos (5755);</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ganhos na cobertura da população (472.800 novos utentes);</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Maturidade e espírito crítico dos profissionais;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Melhoria dos cuidados de saúde prestados:<ul style="list-style-type: none"><li>- Aumento da acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde;</li><li>- Ganhos de eficiência e efetividade;</li><li>- Satisfação dos utilizadores e profissionais com o modelo organizacional USF;</li></ul></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Desenvolvimento de processos de governação clínica e da saúde;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Início da atividade das Unidades de Cuidados Continuados (UCC);</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Formalização dos Conselhos da Comunidade nos ACES;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Projetos de investigação em serviços de saúde nos CSP;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Desenvolvimento de conceitos, metodologias e instrumentos, com apoio multiprofissional, por grupos técnicos do GCE;</li></ul>
<b>Aspetos Negativos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Lacunas e insuficiências do sistema de informação:<ul style="list-style-type: none"><li>- Largura de banda insuficiente;</li><li>- Inexistência de um modelo de gestão do parque informático;</li><li>- Falta de interoperabilidade entre as novas aplicações informáticas e as já existentes;</li><li>- Ausência de um plano de contingência relativo a backups dos sistemas de informação;</li></ul></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Desenvolvimento insuficiente dos módulos de gestão de informação;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Desigualdades qualitativas da contratualização a nível regional;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Falta de autonomia dos ACES em consequência do aumento da centralização de gestão nas ARS;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ausência de um modelo de financiamento explícito e responsabilizante;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Incapacidade de resolução dos problemas da mobilidade de recursos humanos;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Manutenção de vínculos laborais precários (nomeadamente enfermagem e assistentes técnicos);</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pouca incorporação da Administração Pública dos exemplos de inovação e transformação da reforma dos CSP.</li></ul>

Fonte: - OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde – Da depressão da crise para a Governação prospetiva da saúde - Relatório de Primavera 2011 - [www.observaport.org/](http://www.observaport.org/)

## **2.3. Estratégias Locais de Saúde como instrumento de mudança local no contexto de outras ações locais**

As “estratégias de saúde” como hoje são conhecidas, sobretudo quanto à sua dimensão “local”, têm como antecedentes nas últimas décadas, um conjunto de prestações de carácter concetual e técnico que interessa salientar, principalmente aquelas que contribuíram com novas ideias para o desenvolvimento das Estratégias Locais de Saúde (ELS).

Em 1974, sob a orientação política do Ministério da Saúde do Canadá, foi publicado o Relatório Lalonde<sup>7</sup> que marcou o início de uma nova etapa para a Saúde Pública, redefinindo o seu contexto, de uma forma mais alargada e integrada. O Relatório Lalonde defende que para alcançar melhorias na saúde das populações é necessário ultrapassar a perspetiva biomédica clássica assente na gestão da doença, incluindo os “grupos de risco” salientando a importância dos comportamentos das pessoas e dos efeitos do meio ambiente sobre a saúde.

Na sequência do Relatório Lalonde, que teve grande aceitação e reconhecimento internacional, em 1978 realizou-se a já referida Conferência de Alma Ata, sobre Cuidados de Saúde Primários, lendo-se na declaração final o que são CSP: *“Cuidados de saúde (...) universalmente acessíveis na comunidade, aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação, a um custo comportável para os países, à medida que estes se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação”*.

Portugal foi um dos primeiros países a reconhecer a importância dos CSP, criando em 1971, os Centros de Saúde da primeira geração, por iniciativa de Baltazar Rebelo de Sousa, Gonçalves Ferreira e Arnaldo Sampaio.

As estratégias de saúde surgem em Portugal em 1998, mas foi com o Plano Nacional de Saúde (2004-2010) que se desenvolveram as Estratégias Locais de Saúde. O Sistema de Saúde tem desenvolvido alguns projetos junto da comunidade, uns por estímulo do PNS, outros anteriores à sua existência e ainda outros por iniciativa de entidades locais, como os Municípios.

Por iniciativa do Alto Comissariado da Saúde em parceria com a Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública e com o apoio das Administrações

---

<sup>7</sup> Marc Lalonde – A new Perspective on the Health Of Canadians

Regionais de Saúde, em 2006 iniciou-se o desenvolvimento “experimental” de cinco Estratégias Locais de Saúde nos Concelhos de Arraiolos, Faro, Almada, Santa Marta de Panaguião e na área de abrangência do Centro de Saúde Norton de Matos em Coimbra.

O desenvolvimento do referido projeto experimental incidiu em três domínios:

- Existência de um número limitado de metas locais de saúde, como motores de mudança local, com expressão de expectativas quantificadas e compromissos dos intervenientes principais;
- Existência de uma base de certeza expressa para a definição de metas e implementação efetiva;
- Existência de um sistema de informação e comunicação de forma a envolver profissionais e comunidade durante a definição, implementação e avaliação da Estratégia Local de Saúde.

Neste projeto, foram selecionadas metas relacionadas com questões da Gestão da Doença (Cancro da mama, Cancro do colo do útero, Cancro do cólon rectal, Tuberculose pulmonar), Promoção da Saúde (atividade física, obesidade infantil, álcool, tabagismo, saúde mental e Cuidados de Saúde (vacinação, antibióticos, acesso a cuidados de saúde). Os cinco Centros de Saúde envolvidos, acordaram adotar uma meta comum relativa à obesidade infantil.

As cinco ELS assentaram na criação de redes entre parceiros locais na comunidade e na libertação do potencial de inovação local para a implementação do PNS.

As organizações integradas em rede, desenvolveram projetos promovidos pela própria rede, em vez de projetos individuais, assegurando o seu alcance na comunidade.

A avaliação desta experiência permitiu retirar alguns ensinamentos, foram conseguidos progressos importantes na definição de metas e desenvolvimento de base de evidência. Foi desenvolvido um sistema de informação e comunicação, mas a sua utilização no envolvimento de profissionais e da comunidade necessita de uma base de conhecimento mais extensa sobre critérios e efetividade de estratégias de comunicação ao nível local. Os investimentos ao nível da literacia em saúde, baseados num sistema de informação centrado no cidadão, assim como a promoção de

inovação local, podem trazer vantagens importantes. Na sequência dessa experiência está a ser desenvolvido um projeto com oito Agrupamentos de quatro Centros de Saúde, no sentido de apoiar o desenvolvimento de Estratégias Locais de Saúde.

*"O Plano Nacional de Saúde (PNS), no seu conjunto, representa o que podemos designar como um "fio condutor" para que as instituições do Ministério da Saúde, outros organismos do sector da saúde – governamentais, privados e de solidariedade social – e de outros sectores de atividade, possam assegurar ou contribuir para a obtenção de ganhos em Saúde (...) orientados pela promoção da saúde e pela prevenção da doença" (PNS, 2004).*

As realizações mais significativas registadas na avaliação do PNS 2004-2010 pela OMS (2010), foi o facto de as autoridades de saúde regionais terem desenvolvido estratégias locais de saúde a fim de apoiar a realização dos objetivos estabelecidos no referido PNS.

As Estratégias Locais de Saúde (ELS) devem ser o pilar do desenvolvimento do sistema de saúde, porque são o principal instrumento para a implementação do PNS. O desenvolvimento de estratégias locais necessita da convergência de várias fontes de iniciativas, ou seja, agentes e fatores de mudança, com prudência, na medida e tempo certos.

A experiência internacional comprova que sem estratégias locais não existem PNS reais. O PNS só será efetivamente reconhecido como instrumento de mudança quando tiver a capacidade de servir de referência e estímulo ao desenvolvimento de estratégias locais de saúde.

A estratégia local de saúde define-se como um conjunto de metas de saúde, parceiros sociais (comprometidos), atividades (efetivas na concretização dessas metas) e dos recursos (existentes ou mobilizáveis) capazes de melhorar o estado de saúde da Comunidade, num contexto de elevada complexidade.

*A estratégia local de saúde é o "motor de mudança" local (local change engine).* As estratégias locais de saúde proporcionam "um efeito de estímulo". A saúde de uma comunidade é influenciada por uma quantidade de causas e efeitos que suporta colateralmente vários grupos de problemas de saúde.

As ELS correspondem a um instrumento de base populacional, liderada pelos serviços de saúde e envolvendo os diferentes parceiros da comunidade. Em cada ELS

os serviços de saúde e os seus parceiros devem definir um conjunto limitado e bem selecionado de metas para obtenção de ganhos em saúde, que incluam algumas das grandes prioridades nacionais, acrescentando especificidades locais.

O desenvolvimento das Estratégias Locais de Saúde corresponde a um processo de oito passos distintos mas inter – relacionados – o enquadramento, a situação local, as metas, as parcerias, as ações efetivas, os programas de ação, os recursos locais, a monitorização e a avaliação.

As estratégias locais devem ser compreendidas dentro do contexto (económico, social e cultural) e do estado de saúde local para definir metas, realizar ações efetivas utilizando os recursos locais com a colaboração de vários parceiros. Assim, podem surgir programas de ação, que devem ser sujeitos a monitorização e avaliação, que vão influenciar e originar reajustes nas metas e por sua vez em todo o processo.

O objetivo das ELS é acrescentar valor ao que os serviços de saúde e outras organizações já desenvolvem ao nível da comunidade, pelo que, implementam-se de forma diferente em função dos antecedentes existentes. No caso de já existirem fortes antecedentes em planeamento de saúde, as ELS limitam-se a fortalecer alguns dos componentes do trabalho em desenvolvimento, mas se os antecedentes forem limitados, as ELS podem impulsionar a realização das ações em benefício da comunidade.

A escolha das metas e das prioridades de um “Plano de Saúde” e de uma Estratégia Local de Saúde, não é só um exercício técnico, mas é principalmente, um compromisso social.

As metas de saúde locais devem ser flexíveis, de forma a poderem ir ao encontro das prioridades locais e os programas de metas devem envolver os parceiros locais para ser desenvolvido um sentimento de pertença e de responsabilidade entre os que implementam as metas de saúde.

As Estratégias Locais de Saúde, pretendem levar a mudança e a inovação junto dos cidadãos e profissionais, tendo como referência o Plano Nacional de Saúde. A sua implementação constitui uma oportunidade para modificar os padrões de relacionamento entre os vários parceiros sociais da comunidade e fortalecer os instrumentos da governação em saúde e a função do cidadão (PNS, 2010).



### **3. Evolução da despesa em saúde, peso no PIB no O.G.E. e sustentabilidade financeira do SNS**

#### **3.1. Evolução da despesa em saúde**

Nas últimas quatro décadas, em quase todos os países da OCDE, da qual, Portugal faz parte, a despesa em saúde, mais do que duplicou, em percentagem do PIB, (OCDE, 1994, p. 8, Simões, 2004, pp. 49-50).

Existem estudos, efetuados por diversos investigadores, sobre comparações internacionais da despesa em saúde e dos sistemas de saúde<sup>8</sup> com a finalidade de procurar encontrar as causas determinantes das diferenças na despesa em saúde entre países com um nível de desenvolvimento semelhante. Para se compreender o motivo destas análises devemos comparar a despesa per capita (Paridade Poder de Compra, \$ USA), entre os países da OCDE obtendo-se níveis de despesa muito diferentes, mas não são imediatas, e quais as características dos sistemas de saúde que estão na origem das diferenças, nem se essas diferenças, quanto à despesa, têm correspondência nos ganhos em saúde.

Outro dos motivos para análise a nível agregado é a importância do setor público em quase todos os países da OCDE. Alguns países apresentam défice orçamental das suas contas, logo, surgem imensas pressões para a contenção da despesa pública, implicando, por consequência, esses efeitos na despesa em saúde.

As comparações entre os diversos países procuram essencialmente, compreender quais os fatores mais influentes numa maior ou menor despesa e perceber se a diferença global de um sistema de saúde é determinante para o nível de despesa em saúde de cada país. Essas comparações não são fáceis, uma vez que existem vários problemas metodológicos a ultrapassar. Em primeiro lugar, deve existir uma base concetual sólida para se efetuarem as comparações, porque geralmente são feitas essencialmente com recurso a equações de regressão preparadas para a situação. Em segundo lugar, existe o problema da informação estatística e sua comparabilidade. Apesar de existirem boas bases de dados internacionais, ainda há dúvidas sobre o que é ou não adaptado por cada definição em cada país além do inconveniente, das amostras estatísticas não serem muito grandes.

---

<sup>8</sup> São estudos efetuados por investigadores da OCDE e do Banco Mundial.

Na literatura sobre esta matéria é comum encontrar-se a referência de que o crescimento da despesa em saúde encontra explicações num grande conjunto de fatores, geralmente classificados como ligados à procura e à oferta de cuidados de saúde, embora, também mencione a dificuldade em identificar, com precisão, o impacto de cada um, (OCDE, 1994, p. 9).

Assim, do lado da procura de cuidados de saúde, são estudadas, essencialmente, as seguintes variáveis:

O envelhecimento demográfico, o aumento do rendimento real, o alargamento do acesso e da cobertura dos seguros, e a alteração dos padrões de morbilidade e, do lado da oferta, considera-se o desenvolvimento tecnológico e o aumento da própria oferta em quantidade.

### **3.2. Peso da despesa em saúde em percentagem do PIB**

O financiamento do sistema de saúde português é feito através de recursos públicos e privados. O SNS é financiado, essencialmente, pela tributação, pelo que, existe redistribuição, mediante a prestação de serviços de saúde.

Para se realizar a análise da evolução da despesa em saúde, o indicador mais usado é o do rácio dessa despesa face ao PIB. A evolução deste indicador, mostra que, a despesa em saúde está a crescer mais rapidamente do que a riqueza nacional, nas últimas décadas, conforme dados do quadro 6.

**Quadro 6 – Peso da despesa total em saúde em % do PIB (UE – 15) – 1970 – 2008**

Países/ano	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2008
Alemanha	6,2	8,2	8,7	9,0	8,5	10,3	10,4	10,7	10,5
Áustria	5,2	7,0	7,5	6,5	7,0	9,7	9,4	10,4	10,5
Bélgica	3,9	5,6	6,3	7,0	7,2	8,2	8,6	10,6	11,1
Dinamarca	n.d.	8,7	8,9	8,5	8,3	8,1	8,3	9,5	9,7
Espanha	3,5	4,6	5,3	5,4	6,5	7,4	7,2	8,3	9,0
Finlândia	5,6	6,2	6,3	7,1	7,8	7,4	6,7	8,4	8,4
França	5,3	6,4	7,0	7,9	8,4	9,4	9,2	11,1	11,2
Grécia	6,1	n.d.	6,6	n.d.	7,4	9,6	9,9	9,5	9,7
Holanda	n.d.	6,9	7,2	7,1	7,7	8,1	7,9	9,8	9,9
Irlanda	5,1	7,3	8,3	7,5	6,1	6,7	6,3	7,5	8,7
Itália	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	7,7	7,1	7,9	8,5	9,1
Luxemburgo	3,1	4,3	5,2	5,2	5,4	5,6	5,8	7,9	6,8
<b>Portugal</b>	<b>2,6</b>	<b>5,4</b>	<b>5,6</b>	<b>6,0</b>	<b>6,2</b>	<b>8,2</b>	<b>9,4</b>	<b>10,2</b>	<b>9,9</b>
Reino Unido	4,5	5,5	5,6	5,9	6,0	7,0	7,3	8,3	8,7
Suécia	6,8	7,6	9,0	8,6	8,3	8,1	8,4	9,2	9,4
<b>Média EU-15 (a)</b>	<b>4,8</b>	<b>6,4</b>	<b>7,0</b>	<b>7,1</b>	<b>7,2</b>	<b>8,1</b>	<b>8,2</b>	<b>9,4</b>	<b>9,6</b>

(a) Média não ponderada dos valores disponíveis - Fonte: OECD Health Data, 2010

**Quadro 7 – Peso da despesa pública em saúde em % do PIB (UE-15) – 1970 - 2008**

Países/ano	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2008
Alemanha	4,5	6,8	6,8	7,0	6,5	8,3	8,2	8,2	8,0
Áustria	3,3	4,9	5,1	4,9	5,1	6,7	6,6	7,9	8,0
Bélgica	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	6,4	6,5	6,5	6,5
Dinamarca	n.d.	7,6	7,9	7,3	6,9	6,7	6,8	7,9	8,1
Espanha	2,3	3,6	4,2	4,3	5,1	5,4	5,2	5,8	6,5
Finlândia	4,1	4,9	5,0	5,6	6,3	5,6	5,0	6,1	6,2
França	4,1	5,0	5,6	6,2	6,4	7,2	7,0	8,8	8,7
Grécia	2,6	n.d.	3,7	n.d.	4,0	5,0	5,2	5,7	5,8
Holanda	n.d.	4,9	5,0	5,0	5,2	5,7	5,0	6,1	6,1
Irlanda	4,2	5,9	6,8	5,7	4,4	4,8	4,6	5,7	6,6
Itália	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	6,1	5,1	5,8	6,4	7,0
Luxemburgo	3,2	4,5	4,8	4,6	5,0	5,1	5,2	6,7	5,7
<b>Portugal</b>	<b>1,6</b>	<b>3,2</b>	<b>3,6</b>	<b>3,3</b>	<b>4,1</b>	<b>5,1</b>	<b>6,8</b>	<b>7,3</b>	<b>7,1</b>
Reino Unido	3,9	5,0	5,0	5,0	5,0	5,8	5,9	6,7	7,1
Suécia	5,9	6,9	8,3	7,8	7,5	7,0	7,1	7,5	7,6
<b>Média EU-15 (a)</b>	<b>3,6</b>	<b>5,3</b>	<b>5,5</b>	<b>5,6</b>	<b>5,5</b>	<b>6,0</b>	<b>6,1</b>	<b>6,8</b>	<b>7,0</b>

(b) Média não ponderada dos valores disponíveis  
Fonte: OECD Health Data, 2010

**Quadro 8 - Peso da despesa privada em saúde em % do PIB (UE-15), 1970-2008**

Países/ano	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2008
Alemanha	1,7	1,8	1,8	2,0	2,0	2,0	2,2	2,5	2,5
Áustria	2,0	2,2	2,3	1,5	1,8	3,0	2,8	2,5	2,5
Bélgica	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1,8	2,1	4,1	4,6
Dinamarca	1,3	1,3	1,1	1,2	1,4	1,4	1,5	1,6	1,6
Espanha	1,2	1,1	1,1	1,0	1,4	2,1	2,0	2,5	2,5
Finlândia	1,5	1,3	1,3	1,5	1,5	1,8	1,7	2,3	2,2
França	1,3	1,4	1,4	1,7	2,0	2,2	2,2	2,3	2,5
Grécia	3,5	n.d.	2,9	n.d.	3,4	4,6	4,7	3,8	3,9
Holanda	n.d.	2,3	2,2	2,1	2,5	2,3	2,9	3,7	3,5
Irlanda	0,9	1,6	1,5	1,8	1,7	1,9	1,7	1,8	2,1
Itália	n.d.	n.d.	n.d.	1,6	1,6	2,0	2,1	2,1	2,1
Luxemburgo	n.d.	0,4	0,4	0,6	0,4	0,4	0,6	1,2	1,1
<b>Portugal</b>	<b>1,1</b>	<b>2,2</b>	<b>2,0</b>	<b>2,7</b>	<b>2,1</b>	<b>3,1</b>	<b>2,6</b>	<b>2,9</b>	<b>2,8</b>
Reino Unido	0,6	0,5	0,6	0,8	1,0	1,1	1,4	1,6	1,6
Suécia	1,0	0,7	0,7	0,8	0,8	1,1	1,3	1,7	1,8
<b>Média EU-15 (a)</b>	<b>1,5</b>	<b>1,4</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>	<b>1,7</b>	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>	<b>2,4</b>	<b>2,4</b>

(c) Média não ponderada dos valores disponíveis

Fonte: OECD Health Data, 2010

A partir do início da década de 70, Portugal conheceu um aumento progressivo do peso percentual da despesa total em saúde face ao PIB, que rapidamente, se aproximou da média verificada nos restantes países da UE-15, ultrapassando essa média a partir de 1995, apresentando nesse ano o valor de 8,2% do PIB, enquanto a média da UE-15, foi de 8,1%, (Quadro 6). Esta evolução, deveu-se às políticas de saúde desenvolvidas após a Revolução de 25 de Abril de 1974. Nessa altura, Portugal apresentava indicadores de saúde muito abaixo dos registados na UE-15 e OCDE, quanto à mortalidade infantil e perinatal, sendo um dos países com os menores níveis de afetação de recursos à saúde. Conforme dados da OCDE, em 1974, os gastos totais em saúde em percentagem do PIB, foram cerca de 3,9% do PIB, quando a média dos países da UE-15, eram de 5,7% do PIB (OCDE Health Data, 2010). O nosso país era, então, na UE-15, um dos últimos, quer em gastos públicos, quer em gastos totais em saúde (Campos e Ramos, 2005, p. 161).

Conforme podemos observar no quadro 6, os gastos totais em saúde em Portugal, passaram de 2,6% do PIB em 1970, para 5,4% em 1975, apenas um ano depois da Revolução de 25 de Abri de 1974. Em 1976, os valores desceram um pouco para 5,2%. Em 1977, a despesa desceu ainda mais, ficando nos 4,7% do PIB. Em 1978, subiu para 4,9% do PIB e em 1979 voltou a descer, para 4,8%. Em 1980, tornou a subir para 5,6% do PIB e a partir desse ano não voltou a descer abaixo desse valor (Simões, 2004, pp. 104-107, OECD Health Data, 2010).

No período, entre 1974 e 1980, a despesa total em saúde cresceu a uma média de 5,9% do PIB, ao ano. A despesa pública e a despesa privada não cresceram em igualdade, contrariamente ao que seria de esperar, devido à política social do Programa do I Governo Provisório e da garantia da proteção à saúde para todos, consagrada na Constituição de 1976. A despesa pública em saúde em percentagem do PIB (Quadro 7) registada nesse período, continuou a situar-se abaixo da média dos países da UE-15, enquanto a despesa privada em percentagem do PIB, em 1974, passou a situar-se acima da média destes países (Simões, 2004, pp. 104-107).

Entre 1980 e 1985, a tendência política de então, foi a de limitar a função do Estado como produtor direto de bem - estar social, por consequência, assistiu-se a uma ausência no sector da saúde, com a introdução de regras de mercado, estando incluído no Programa do VI Governo Constitucional o propósito expresso de “revisão da Lei do Serviço Nacional de Saúde”, ao que os dois Governos seguintes deram continuidade. Assim, os gastos públicos em saúde, nesse período, pouco cresceram, apresentando até uma tendência decrescente em alguns anos, sendo esses gastos transferidos para as famílias, situando-as no limite máximo dos países da UE-15 (Simões, 2004, pp. 112-114).

Nos Governos, do Partido Social Democrata (PSD) após 1985, a gestão da saúde ficou marcada pela separação entre os sectores público e privado e entre entidade prestadora e financiadora e pela tentativa de fomentar um seguro alternativo de saúde e pela proposta de uma maior responsabilização individual no financiamento do sistema de saúde.

Após a revisão da Constituição da República em 1989, o artigo 64º, sofreu uma alteração, sendo substituída a frase normativa que instituíra a gratuidade das prestações de saúde, por “tendencialmente gratuito”.

Nos dez anos de Governos do PSD, destacam-se dois períodos em que a prática governativa foi marcada por um esforço no sentido da contenção dos gastos totais em saúde. A percentagem da despesa total em saúde face ao PIB, em 1987 foi de 6,5% do PIB, em 1988 de 6,7 % e em 1989 baixou um pouco, registando 6,2%, mantendo este mesmo valor em 1990. A partir de 1991, até ao fim do mandato do XII Governo Constitucional, do PSD, a despesa total em saúde, em relação ao PIB, não

parou de subir, em 1991: 6,8%, 1992: 7,0%, 1993: 7,3%, 1994: 7,3% e em 1995: 8,2%, (Quadro 6, Simões, 2004, pp. 123-125, OECD Health Data, 2010).

Na análise deste período, relativamente à evolução da percentagem dos gastos públicos e dos gastos privados face ao PIB (Quadros 7 e 8), verifica-se um valor nos gastos públicos de 3,3% em 1985 e de 5,1% em 1995, que significa um aumento percentual de 54,5% e nos gastos privados de 2,7% em 1985, para 3,1% em 1995, que representa um aumento percentual de 3,2%. Assim, ao contrário do que aconteceu entre 1981 e 1986, foi o Estado que mais contribuiu para financiar os custos de saúde (Simões, 2004, pp. 123-125, OECD Health Data, 2010).

A partir de 1995, já no XIII Governo Constitucional, constituído pelo Partido Socialista, (PS), registou-se pela primeira vez em Portugal, uma despesa total em saúde em percentagem do PIB, superior à média dos países da UE-15. Até 2001, quando terminou o mandato do Governo do PS, devido a novas eleições legislativas antecipadas, assistiu-se, sobretudo durante o primeiro mandato do Governo, a uma tentativa de travar o afastamento do Estado do sector da saúde e de defender como prioritário o investimento no Serviço Nacional de Saúde, apesar das grandes reformas que se considerava ser necessário introduzir e de aumentar a sua eficiência e eficácia. Este retorno à ideologia, que o Estado deveria ser o responsável pelo bem – estar social, não impediu, na linha que vinha sendo defendida, que se mantivesse a ideia da diminuição progressiva da intervenção do Estado na prestação de cuidados, afastando-a da sua condição de financiador do sistema, e da regulamentação de “sistemas alternativos de cobertura de cuidados de saúde” (Programa do XIII Governo Constitucional, 1995-1999, [www.portugal.gov.pt](http://www.portugal.gov.pt)).

Durante esse período de governação, a despesa total em saúde em percentagem do PIB, não parou de crescer, registando os seguintes valores: em 1996: 8,5%, 1997: 8,6%, 1998: 8,6%, 1999: 8,7%, 2000: 9,4%, e em 2001: 9,2%, (Quadro 6), sendo este crescimento, resultante, essencialmente do aumento dos gastos públicos que registaram os seguintes valores do PIB: em 1996: 5,5%, 1997: 5,6%, 1998: 5,6%, 1999: 5,9%, 2000: 6,8%, e em 2001: 6,6%, mas o gasto privado registou um pequeno decréscimo percentual, apresentando os valores seguintes: em 1996: 3,0%, 1997: 3,0%, 1998: 3,0%, 1999: 2,8%, 2000: 2,6% e em 2001: 2,7%, (Quadros 7 e 8, Simões, 2004, pp. 139-142, OECD Health Data, 2010).

Após 2002, Portugal passou a ser governado pelo XV Governo Constitucional, formado por dois partidos políticos, PSD e CDS/PP, tendo surgido apelos à intervenção do mercado no sector da saúde, ou seja, a reforma dos serviços de saúde, destaca-se como vetor prioritário de intervenção e determina que o SNS, deverá sofrer uma profunda reforma de forma a passar de um sistema público, de natureza monopolista e administrativa, para um sistema misto de serviços de saúde, onde coexistam entidades de natureza pública, privada e social, assumindo que o Estado pode e deve ter um papel a desempenhar na gestão das estruturas da saúde. O Programa do Governo, sublinha, ainda, que nos casos onde se comprovasse que os setores privado e social geriam com maior eficácia, menores custos e evidente benefício de quem carece de cuidados, o Governo não terá qualquer hesitação em assumir uma visão distinta e atitude estatizante, centralizadora e burocrática que tem caracterizado a política de saúde ao longo dos sucessivos Governos (Programa do XV Governo Constitucional, 2002-2004, [www.portugal.gov.pt](http://www.portugal.gov.pt)). Esta mesma posição foi assumida no Programa do XVI Governo Constitucional, que afirmava querer o Governo em matéria de saúde, “continuar a reforma estrutural do sector” (Programa do XVI Governo Constitucional, 2002-2004, [www.portugal.gov.pt](http://www.portugal.gov.pt)).

Em 2002, o peso das despesas totais em saúde foram de 9,3% do PIB, registando nesse ano a despesa pública 6,6% e a privada 2,7%, em 2003 a despesa total em saúde foi de 9,8% do PIB e em 2004 de 10% do PIB, sendo a despesa pública de 7,2% e a privada de 2,8%, (Quadros 6, 7, e 8, OECD Health Data, 2010).

Em 2005, há nova mudança política em Portugal, devido ao resultado das eleições antecipadas, foi formado o XVII Governo Constitucional pelo Partido Socialista, com maioria absoluta, mudando imediatamente a política de saúde do anterior Governo, por consequência, ainda nesse ano, registou-se um dos valores mais elevados da despesa total em saúde, atingindo os 10,2% do PIB, mas, em 2006 e 2007 esse valor foi reduzido para 9,4%, tendo subido para 9,9% do PIB em 2008. A parte da despesa pública em 2005 foi de 7,3% do PIB e entre 2006 a 2008 situou-se em 7,1%, (quadros 6, 7 e 8). A despesa privada em saúde, incluindo as taxas moderadoras e, outros esquemas, suportaram o restante (OCDE Health Data, 2010).

A OCDE, considera dois cenários possíveis e distintos, quanto ao crescimento da despesa pública em saúde (...), um, se existir contenção, e o outro se não forem

tomadas nenhuma medidas. Tomando como base o ano de 2005 e a dimensão temporal até ao ano de 2050, se for considerado o cenário da aplicação de medidas de contenção da despesa em saúde, estima-se que, entre essas datas, a despesa pública com cuidados de saúde crescerão 2,4 pontos percentuais, (p.p.) do PIB em Portugal e 2 p.p. na média da OCDE, somando, ainda, a variação estimada da parte da despesa pública com Cuidados Continuados. A OCDE, estima que a despesa total em saúde cresça 3,5 p. p. do PIB, em Portugal e 3,4 p.p. na média da OCDE. Se pelo contrário não forem consideradas medidas de contenção dos gastos em saúde, pelos Governos, esses gastos com base no PIB, quase duplicarão até 2050, seja em Portugal, seja na média da OCDE, embora existam grandes diferenças entre as estimativas para os diferentes países da OCDE (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS, 2007, p.p. 67-68).

### **3.3. Peso da despesa do SNS no Orçamento do Estado**

O Serviço Nacional de Saúde é, fundamentalmente, financiado através da receita fiscal, incorporada no Orçamento de Estado, logo, a parcela que lhe é atribuída exprime escolhas políticas, há apenas uma pequena parte, (cerca de 5%) do financiamento total que é suportada por receitas próprias. É de referir que a despesa pública em saúde engloba o financiamento atribuído aos Subsistemas de Saúde públicos como a ADSE, Serviços Sociais do Ministério da Justiça, ADMForças Armadas, ADMG (GNR), SADPSP e outros.

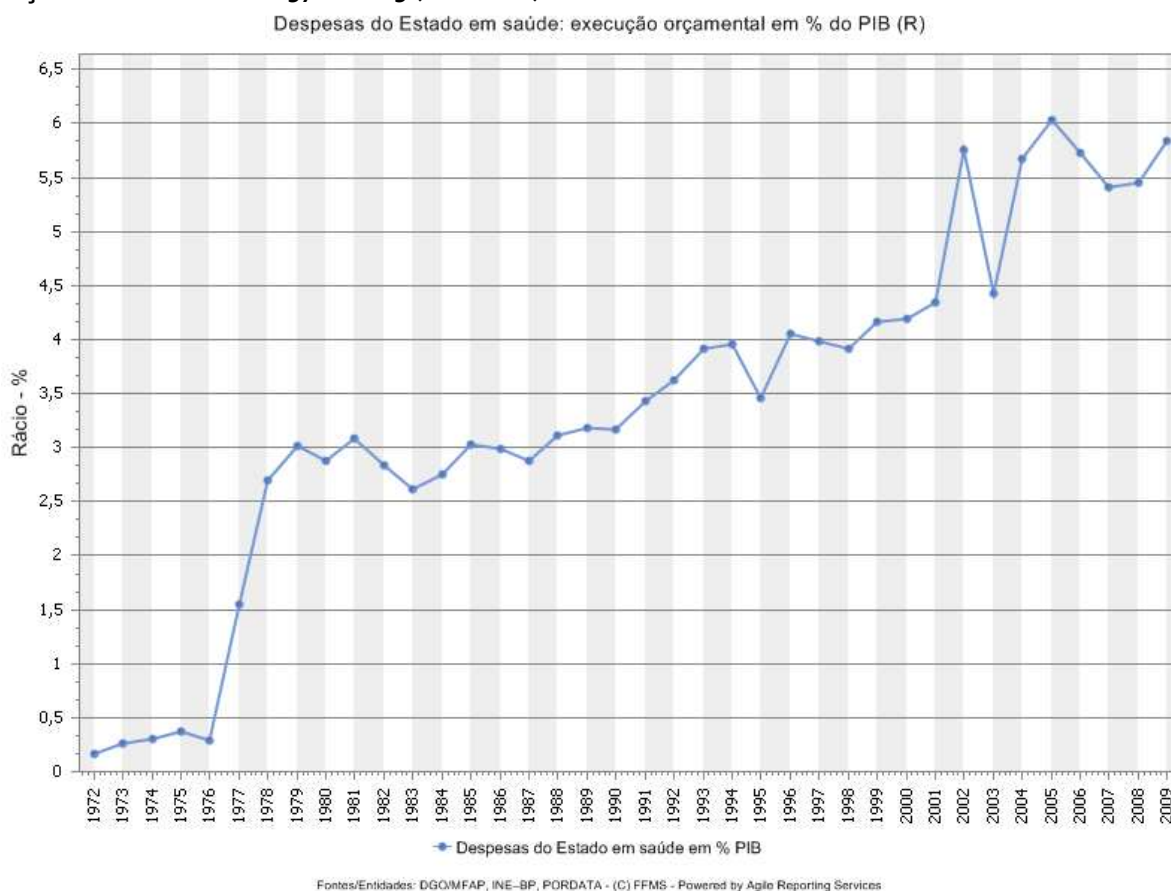
Tem-se verificado que, ao longo dos anos os orçamentos iniciais destinados ao financiamento do SNS são, continuamente insuficientes, sendo necessário efetuar retificações a esses orçamentos. As sucessivas sub - orçamentações resultam do orçamento para o ano seguinte não refletir o encerramento do exercício do ano anterior.

A este propósito, alguns economistas da saúde afirmam que, “a decisão política sobre a saúde é fragmentada no tempo”, já que, “o momento essencial de decisão política orçamental (...) não coincide com a discussão e aprovação do Orçamento Geral do Estado, na Assembleia da República”. De facto, “o orçamento inicial, quase nada tem a ver, com o orçamento final e nunca coincide com o gasto total” e depois, há mais dois momentos decisórios: a aprovação do orçamento



retificativo, que ocorre sempre numa fase adiantada, quase no final da execução anual e as regularizações do défice, de montante muito variável, associado à combinação de pelo menos três fatores: dívidas de anos anteriores por liquidar, insuficiência de dotação inicial e acréscimos extraordinários, embora esperados, devido a medidas administrativas de aumento de custos de fatores (Campos e Ramos, 2005, p. 167).

Figura 5 – Representação gráfica da evolução da despesa do Estado em saúde: execução orçamental em % entre 1972 e 2009 (retificado).



Conforme a informação constante no gráfico da figura 5, obtido no site da PORDATA – [www.pordata.pt](http://www.pordata.pt), pode observar-se a evolução da despesa do Estado em saúde em % do PIB, desde 1972 até 2009.

É de salientar que essa despesa engloba o financiamento do SNS e as comparticipações do Estado para os subsistemas de saúde, como a ADSE, forças armadas, de segurança e serviços sociais de algumas Instituições públicas.

É possível observarem-se várias oscilações que obviamente, representam os maiores e menores crescimentos dos orçamentos do sistema de saúde em cada ano.

Entre os anos de 1977 e 1981, os valores da despesa em saúde não parou de crescer a um ritmo muito acelerado, após 1981, continuou a crescer mas de forma mais controlada pelo menos até ao início da última década.

**Quadro 9 – Dotações do OGE, para o Orçamento do SNS, 1995-2008**

Ano	Dotação *	Variação % em relação ao ano anterior	% do Orçamento Geral do Estado
1995	3.001,70	0,00	n.d.
1996	3.247,30	8,18	8,98
1997	3.415,00	5,16	9,07
1998	3.629,80	6,28	7,16
1999	5.623,90	54,9	12,67
2000	4.569,40	-18,80	14,13
2001	6.417,70	40,4	14,34
2002	6.628,70	3,28	13,22
2003	5.498,80	-17,00	8,70
2004	7.569,10	37,6	9,27
2005	7.636,70	0,89	8,96
2006	7.637,10	0,005	8,50
2007	7.673,40	0,47	7,89
2008	7.900,00	2,95	6,48

\* em milhões de euros

Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde, (ACSS)  
Direcção Geral do Orçamento, [www.dgo.pt](http://www.dgo.pt) (acesso em 20-05-2011)

No quadro 9, apresentam-se os valores das dotações que foram transferidas do O. E. para o orçamento do SNS, entre 1995 e 2008, assim como, as variações em %, das dotações em relação a cada ano anterior e ao total do O. E.

Entre 1995 e 2001, Portugal foi governado pelos XIII e XIV Governos Constitucionais, formados pelo Partido Socialista, que, geralmente, foi sempre mais “amigo” do Estado social, verificando-se os seguintes valores, nas transferências do O. E. para o orçamento do SNS: Em 1995: 3.001,70 milhões de euros, (m. e.), em 1996: 3.247,30 m. e., que corresponde a um acréscimo de 8,18% em relação ao ano anterior e a 8,98% do O.E. desse ano. No ano de 1997: o orçamento do SNS foi de 3.415,00 m. e., mais 5,16% em relação ao ano anterior e 9,07% do O. E. Em 1998 a transferência para o SNS foi de 3.629,80 milhões de euros apresentando um aumento de 6,28% em relação ao ano anterior, mas em contrapartida a parte transferida do O. E. em % foi menor do que em 1997. No ano de 1999, o SNS foi financiado em 5.693,90 m. e., verificando-se um aumento de 54,9%, digno de relevo em relação a 1998, mas a

percentagem do O.E. foi de 12,67%, também muito mais elevado do que em 1998. Para o financiamento do SNS, no ano 2000, foram transferidos 4.569,40 m. e., que corresponde a uma diminuição de 18,80%, em relação a 1999, aparentemente uma grande redução, mas a % do O. E. foi de 14,13%, muito mais elevado do que o registado em quaisquer dos anos anteriores. No ano de 2001 o SNS dispôs de um orçamento no valor de 6.417,70 m. e., com um aumento de 40,40% e de 14,34% do O.E., o maior valor de sempre.

Em 2002, foi ano de eleições em Portugal, sendo o XIV Governo Constitucional formado pelo PS, substituído pelo XV Governo Constitucional constituído pelo PSD e pelo CDS, como as políticas de saúde deste Governo tiveram ainda pouca influência nesse ano, a despesa pública em saúde em termos de % do O. E. pouco diminuiu, sendo transferido o valor de 6.628,70 m.e., com um aumento de apenas 3,28%, mas um valor de 13,22% do O. E., bastante elevado tendo em conta que as políticas de saúde destes Partidos políticos foram sempre mais restritas do que as dos Governos PS. No ano de 2003, sob a governação daqueles dois partidos políticos já se notou uma limitação na transferência orçamental para o SNS, sendo de 5.498,80 m. e., menor do que em 2002, em 17,00%, e de 8,70% do O.E., quando no ano anterior se registaram 13,22%, foi uma grande diferença, que se traduziu em menos participação financeira do Estado para o SNS, sendo esse déficit transferido para encargo dos utentes. Em 2004, o orçamento do SNS foi de: 7.569,10 m. e., tendo um crescimento de 37,60% e de 9,27% do O.E., neste ano, verifica-se um grande aumento na transferência em % do O.E., quando existia uma política de contenção da despesa pública, então defendida pelo Governo.

A partir do ano de 2005, devido a eleições antecipadas, o PS, voltou de novo ao Governo constituindo o XVII Governo Constitucional, logo, foram alteradas as políticas de saúde, com maior intervenção do Estado, iniciando-se ainda neste ano uma reforma do SNS. O orçamento do SNS foi de 7.637,10 m. e., ainda sob a influência do Governo anterior, porque o novo Governo só iniciou funções a partir de meados do ano, pelo que, o aumento do orçamento em relação ao ano anterior foi quase insignificante e a parte do O.E. foi de 8,96%. Em 2006, o orçamento do SNS foi praticamente igual ao de 2005, e a % do O. E. foi de 8,50%, também quase igual ao de 2005. Em 2007, o valor transferido para o SNS em termos de %, também foi muito

semelhante ao do ano anterior, sendo de 0,89 % e de 7,50% respetivamente. No ano de 2008, verifica-se um aumento no orçamento do SNS em relação ao ano anterior, mas a % do O.E. foi apenas de 6,48%, o que significa um melhor controlo nas contas do SNS (Administração Central do Sistema de Saúde, 2007, p. 5).

(Administração Central do Sistema de Saúde, (ACSS), [www.acss.pt](http://www.acss.pt), conta do SNS – lógica das contas nacionais, Dezembro de 2007 e 2008).

### **3.4. Sustentabilidade financeira do SNS**

A sustentabilidade do S.N.S. voltou a ser um tema da moda, sendo certo que existem diversos entendimentos sobre a questão, (Barros, 2010).

São conhecidos diversos estudos sobre esta matéria, elaborados pela OCDE, U.E., investigadores independentes, nacionais e internacionais e quase todos apresentam resultados preocupantes. Foi esta situação que levou o XVII Governo Constitucional a nomear, em Março de 2006, a Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do S.N.S., tendo daí resultado, provavelmente um dos estudos mais aprofundados sobre esta matéria, até então, realizado em Portugal.

O respetivo relatório final, foi publicado pelo MS em Junho de 2007, com destaque para as conclusões gerais e as recomendações ao Governo das medidas que a Comissão entendeu convenientes.

A Comissão analisou as grandes tendências internacionais, em relação ao tema do financiamento da saúde e foi estudado o caso português detalhadamente.

Após a análise dos diversos modelos de financiamento dos sistemas de saúde, principalmente na OCDE e na UE verifica-se que não existe uma fórmula milagrosa para a manutenção de um sistema de saúde financeiramente sustentável, geral, equitativo e com qualidade. Ainda assim, é possível detetar tendências nas diversas alterações sofridas pelos vários seguros públicos, por um lado, os países que não garantiam a universalidade da cobertura de saúde, têm feito esforços nesse sentido, pelo menos, assegurando um pacote mínimo de serviços a toda a população. Por outro lado tem havido uma preocupação evidente em aumentar a eficiência da prestação, mantendo alguma racionalização na utilização dos recursos disponíveis. Esta situação tem sido tentada de várias formas, pela introdução de princípios de avaliação económica na decisão de adoptar, ou não, novas tecnologias e

medicamentos, seja na promoção de um percurso pré-definido na utilização de cuidados, seja através de alterações dos métodos de pagamento a prestadores, introduzindo remunerações com base na atividade e incentivos ao desempenho.

Os vários sistemas têm sido confrontados com uma constante insuficiência de fundos, pelo que, têm sido criadas novas formas complementares de financiamento, mas sem pôr em causa os seus princípios gerais, ou seja o modelo inicial. Nos países, onde existe um SNS, não foram observadas, nos últimos anos, alterações importantes no modelo de captação de fundos.

Existe uma séria preocupação com o crescimento dos gastos em saúde, obrigando as organizações inter-governamentais e não governamentais que se ocupam dessa área, a tentar identificar os fatores que estão na origem dessa situação, assim como, os cenários que se colocam consoante as respostas que os governos conseguem encontrar e elaboram algumas recomendações, embora frequentemente de carácter genérico.

As necessidades de saúde da população exigem do sistema de saúde respostas cada vez mais complexas, devido a uma progressiva alteração do perfil epidemiológico das doenças e dos doentes, mais envelhecidos e com patologias mais incapacitantes e mais caras, sendo necessário que o sistema de saúde acompanhe esta rápida modificação e que proceda às respetivas adaptações na oferta de cuidados de saúde, não esquecendo a formação dos seus profissionais e antecipe as consequências deste processo, no financiamento dos cuidados de saúde.

As alterações efetuadas na oferta de cuidados de saúde em Portugal, resultam da compreensão desta nova realidade. A reforma do SNS, feita em 2005, teve por objetivo a reformulação da rede hospitalar, a reorganização dos Cuidados de Saúde Primários e a criação de uma rede de cuidados de saúde continuados integrados, que constituem, sinais significativos de uma nova abordagem do sistema de saúde.

O SNS nunca esteve em risco de desaparecer, até porque, essa situação nem se pondera, uma vez que está consagrado no artigo 64º da Constituição da Republica.

Além do Estado, que é o principal financiador do sistema de saúde português, existem outras formas de financiamento, menos importantes, mas com algum peso. Os Subsistemas são financiados diretamente pelos funcionários das respetivas Instituições do Estado, mas como essas contribuições são insuficientes é o estado que

suporta o défice. A parte significativa do orçamento do SNS é suportada por transferência direta do O.E., ou seja, pelos impostos pagos pelos contribuintes, mas também pelas receitas próprias provenientes de seguros de saúde, subsistemas de saúde, públicos e privados, taxas moderadoras e outras taxas por serviços prestados.

A discussão de possíveis alterações à forma como o financiamento do SNS se encontra organizado gerou duas grandes conclusões. Em primeiro lugar, para garantir a sustentabilidade financeira do SNS é necessário adotar várias medidas em simultâneo, porque, não se conseguiu identificar uma medida que, por si só, a assegure. Em segundo lugar, existe uma grande dependência da sustentabilidade financeira do SNS de fatores exógenos ao sector da saúde, como a evolução da restante despesa pública e das receitas do Estado.

Tendo em atenção todos os elementos expostos, a Comissão entendeu endereçar ao Governo algumas recomendações que considera necessárias e, eventualmente, suficientes para assegurar a sustentabilidade do SNS.

Após o estudo das várias alternativas de financiamento do SNS, a Comissão recomendou ao Governo o seguinte:

- A manutenção do sistema público de financiamento do SNS, como garantia do seguro básico público, universal e obrigatório, assente no pagamento de impostos.
- Adoção de medidas que assegurem maior eficiência na prestação de cuidados de saúde, traduzidas por menor despesa pública em saúde e menor taxa de crescimento.
- Utilização abrangente de mecanismos de avaliação clínica e económica para estabelecimento de prioridades e definição das intervenções asseguradas pelo seguro público.
- Revisão do regime vigente de isenções das taxas moderadoras, como uma sua redefinição baseada em dois critérios: capacidade de pagamento e necessidade continuada de cuidados de saúde.
- Atualização do valor das taxas moderadoras, como medida de disciplina da utilização do SNS e de valorização dos serviços prestados.
- Redução dos benefício fiscais associados às despesas em saúde, aproximando a realidade portuguesa da observada na generalidade dos países da OCDE.
- Retirar do espaço orçamental os subsistemas públicos, sendo evoluções possíveis a sua eliminação ou a sua auto - sustentação financeira.

Numa situação extrema de insustentabilidade financeira do SNS, a Comissão faz uma recomendação excecional, que se traduz na imposição de contribuições compulsórias, temporárias, determinadas pelo nível de rendimento, utilizando o sistema fiscal e direcionando as verbas obrigatoriamente para o SNS, (Relatório da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS, 2007, pp. 2-4, 171-174).

Existem muitos estudos e opiniões, cuja conclusão segue esta mesma linha, como os apresentados pelo Professor Doutor Pedro Pita Barros, na segunda Tertúlia da Saúde do Meeting Healthcare Future (MHF), subordinada ao tema: "Sustentabilidade do Sistema de Saúde: Garantir o Futuro", realizado em Junho de 2010. Destacam-se os seguintes exemplos:

- "Cuidados informais poderão ser a chave da sustentabilidade (...) o Estado não tem qualquer possibilidade de manter a sustentabilidade dos Serviços de Saúde sem o apoio das famílias e dos cuidadores informais" (Inês Guerreiro. Tempo Medicina, 24 de Maio de 2010).
- "O risco da insustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, (SNS) volta a colocar-se" porque é que isto acontece? Porque há um "crescimento forte da despesa" associado "a um não crescimento ou crescimento débil da economia" (Jorge Simões, Público, 26 de Maio de 2010).
- Bomba relógio "só a distração ou a imprudência política pode ignorar os sinais preocupantes de deterioração da situação financeira do Serviço Nacional de Saúde. Crescimento excessivo da fatura dos medicamentos, défices crescentes dos hospitais, aumento incontrolável das despesas de pessoal e outras.

Desde a saída do ex – Ministro da Saúde, Correia de Campos que as noções de ganhos de eficiência e de rigor financeiro abandonaram o discurso político da saúde. Ou a situação se inverte ou caminhamos para uma situação complicada, com efeitos bem nocivos sobre o saneamento das finanças públicas e, pior do que isso, sobre a sustentabilidade financeira do SNS, (Publicado por Vital Moreira, Permanent Link, 2010).

As principais observações apresentadas pelo Professor Doutor Pedro Pita Barros, neste trabalho, na referida Tertúlia, em 1 de Junho de 2010, foram as seguintes:

A sustentabilidade financeira deve ser entendida como a capacidade de pagar os cuidados de saúde e não pode ser desligada das outras opções (outra despesa pública) de utilização do rendimento disponível. Quer se esteja a falar do sistema de saúde ou do SNS, porque não deixa de ser um problema, a situação de um crescimento da despesa em saúde e em contrapartida um menor crescimento do rendimento disponível.

Para se discutir a sustentabilidade financeira seja do SNS, seja do sistema de saúde não se pode olhar apenas para o valor num momento do tempo, tem que se olhar para as taxas de crescimento e se queremos alterar o padrão de sustentabilidade financeira temos que atuar sobre as taxas de crescimento.

Existe sustentabilidade do financiamento do SNS se o crescimento das transferências do O.E. para o SNS não agravar o saldo das Administrações Públicas de uma forma permanente face ao valor de referência, mantendo-se a evolução previsível das restantes componentes do saldo, (Comissão para a Sustentabilidade do SNS, citado por Barros, 2010).

De forma mais simples, existe sustentabilidade financeira se for compatível com a evolução da outra despesa pública e com a recolha de imposto que cresce com o crescimento da economia.

Por fim, sustentabilidade financeira é um conceito que obriga a pensar em termos dinâmicos: taxa de crescimento e não nível da despesa, as soluções têm que passar por alterar a taxa de crescimento, porque, se for só alterar o nível é apenas “ganhar tempo” (Barros, 2010).

Perante estes cenários, não podemos deixar de concluir que, existe de facto um problema em manter o sistema atual de financiamento do SNS, embora nos últimos anos os Governos tenham tomado algumas medidas de contenção da despesa em saúde, mas o problema continua a persistir.

A importância da sustentabilidade do SNS originou a criação do prémio Saúde Sustentável, em Novembro de 2011, por iniciativa dos Laboratórios Sanofi e do Jornal de Negócios com a finalidade de distinguir Unidades de Saúde dos CSP, Hospitalares e Continuados, pelas políticas que garantem a viabilidade económica, financeira e



ambiental dos serviços prestados pelo SNS<sup>9</sup>. Para atribuição deste prémio, foi nomeado um júri constituído por catorze personalidades, quase todas ligadas ao sector da saúde, professores Universitários, o Diretor Geral dos Laboratórios Sanofi, sendo o seu Presidente o Dr. Jorge Sampaio.

Sobre a importância da sustentabilidade no sector da saúde o Jornal de Negócios de 25-11-2011, publicou uma entrevista efetuada a quatro membros do júri, constituída por quatro perguntas sobre o referido tema, das quais se destaca a pergunta 3 :

*" Dê um exemplo de uma medida que seria determinante para promover a sustentabilidade da saúde."*

As respostas dos quatro membros do júri foram as seguintes:

- Dra. Maria de Belém Roseira (Ex-Ministra da Saúde) – *"Não há varinhas mágicas. Mas há algumas atitudes que são incontornáveis. A primeira delas, a necessidade de envolver os profissionais nos objetivos institucionais e de gestão, porque detêm autonomia técnica e científica e são eles que determinam a despesa. Em segundo lugar, o envolvimento dos cidadãos na proteção da sua saúde e na abordagem da sua doença, quando ela já esteja instalada."*

- Dr. Alexandre Lourenço (Diretor Coordenador na Administração Central do Sistema de Saúde, ACSS) – *" Transferência de cuidados de saúde dos hospitais para o ambulatório. Atualmente, existem muitos cuidados de saúde prestados a nível hospitalar que podem ser realizados nas comunidades, nomeadamente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários. Esta transferência de cuidados pode melhorar significativamente o acesso, a qualidade dos cuidados e promover um aumento da efetividade dos cuidados."*

- Dr. Adalberto Campos Fernandes (Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Cascais) - *"A atribuição de prioridade política à saúde, enquanto instrumento do desenvolvimento económico e social, constituiria uma importante oportunidade para o desenvolvimento do país, em diferentes sectores, com grande potencial para a criação de valor não apenas social e técnico mas, também, para a criação de riqueza."*

- Professor Doutor Miguel Gouveia (Especialista em Economia da saúde e professor da Universidade Católica) – *"Parece-me que a rede das Unidades de Saúde poderia ser*

---

<sup>9</sup> Conforme publicação no Jornal de Negócios (negócios mais), edição especial, pagina 25, em 15-11-2011.

*objeto de consolidação. Há serviços e Unidades que poderiam encerrar, e que permitiria poupanças e, também, que outros serviços e Unidades tivessem maior escala, o que levaria a reduções de custos mas, sobretudo, a cuidados de saúde de melhor qualidade.”*

As respostas destes especialistas são muito importantes e devem ser consideradas mas, compreende-se, que este problema não se resolve apenas com uma medida. Todos os estudos efetuados sobre a sustentabilidade financeira do SNS, concluíram que este modelo não é financeiramente suportável pelo O.G.E. e, apresentam sugestões que se deviam aplicar no curto e médio prazo mas, estando este setor tão politizado e sendo socialmente tão sensível tem-se adiado a execução dessas sugestões. Porém, as medidas previstas no memorando da *Troika* para a saúde, vão no sentido de promover a sustentabilidade do SNS, como a revisão das isenções das taxas moderadoras, o corte no preço dos medicamentos, a prescrição eletrónica, a remoção de barreiras à entrada de medicamentos genéricos, alteração na margem de lucros das Farmácias, corte nas horas extraordinárias dos profissionais de saúde, corte na despesa com clínicas privadas, cortes nas despesas dos hospitais, elaboração de um calendário de dívidas a fornecedores, novos valores das taxas moderadoras, criar um mecanismo para garantir Médicos de Família, ajustamento de benefícios para beneficiários da ADSE, encerramento e fusões na rede hospitalar, transferência de serviços prestados nos hospitais para os CSP e, registo de saúde eletrónico. Algumas destas medidas são muito drásticas mas, segundo os governantes, são inevitáveis devido à grande crise económica que o país atravessa.

O extraordinário trabalho intitulado “Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde” efetuado pela Entidade Reguladora da Saúde, publicado no seu site oficial [www.ers.pt](http://www.ers.pt) em 2011, que mereceu comentários e sugestões dos Professores Doutores Pedro Pita Barros, Mónica Oliveira e Sofia Nogueira da Silva, não pode deixar de ser enaltecido, também, porque, visa auxiliar no objetivo da sustentabilidade financeira do SNS, identificando temas e medidas concretas consideradas relevantes para a referida sustentabilidade, tendentes ao equilíbrio das contas públicas, considerando as medidas adotadas na sequência do Memorando assinado com a *Troika* (ERS, 2011).

## **4. Análise teórica – dinâmica, da qualidade - eficiência e ganhos em saúde**

### **4.1. Definição de qualidade**

O conceito de qualidade não é fácil de definir, porque, além de ser um pouco subjetivo, tem diferentes projeções, conforme o fim em que é usado, por políticos, (pretende-se a satisfação da população), por gestores (preocupação com os gastos económicos), para os prestadores de cuidados (boas condições de trabalho, onde se incluem recursos humanos e materiais suficientes), para os utentes (acessibilidade aos cuidados, relações interpessoais gratificantes) etc.

No léxico da língua portuguesa, qualidade é definida como propriedade em condição natural de uma pessoa ou coisa que a distingue das outras: valor, distinção e plano elevado. Existem, porém, outros conceitos de qualidade:

“Qualidade em saúde: é satisfazer e diminuir as necessidades e não responder à procura, oferecendo mais, é ser pró-ativo e dar resposta e não para a procura de novas oportunidades de mercado, é reunir integralmente como atributo a efetividade, eficiência, aceitabilidade e a equidade e não a exigência única da 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).

Estas definições de qualidade são pouco significativas para este estudo, sendo essencial definir qualidade de uma forma mais específica, sobretudo ter em consideração dois aspetos distintos: a qualidade centralizada na organização interna da entidade prestadora, que significa uma identificação da qualidade com um processo produtivo que, limitado ao serviço ou bem que se pretende fornecer, implique melhor utilização possível dos recursos disponíveis. E a qualidade centrada na satisfação do utilizador que, associada com a compreensão dos utilizadores dos serviços de saúde, pode ser vista de forma genérica, como contributo dos cuidados

médicos prestados que aumentam o valor subjetivo ou objetivo, desses cuidados para o utilizador.

Qualidade para o utilizador é a medida em que os atributos/características dos cuidados médicos prestados satisfazem as suas necessidades.

Estas duas noções de qualidade são diferentes. Enquanto uma organização pode satisfazer totalmente os seus utentes (qualidade externa), sem que o aspeto de qualidade interna (ausência de desperdício) esteja garantido, de modo semelhante a outra organização pode não apresentar desperdício de recursos na sua atividade (qualidade interna) e mesmo assim, não satisfazer os seus utentes (falta de qualidade externa). Pelo que, de forma mais simples, a “qualidade como organização interna do prestador” pode ser referida como qualidade interna e a “qualidade centrada no utilizador” como qualidade externa, (Barros, 1999).

#### **4.2. Definição de eficiência**

O conceito de eficiência em Economia tem várias interpretações, sendo usual considerar as seguintes: eficiência tecnológica, eficiência técnica e eficiência económica.

O conceito de eficiência tecnológica é o mais comum, partindo do princípio que, para se obter um determinado resultado, existem várias combinações possíveis de recursos que podem ser consideradas, o mesmo é dizer que, há um conjunto de possibilidades de combinações de recursos passíveis de serem utilizados e dentro desse conjunto, é possível encontrar as combinações de recursos tais que se o montante de um qualquer recurso diminuir, mantendo os restantes constantes, o resultado que se pretende obter não é alcançado. Por exemplo, para tratar um doente o conjunto de oportunidades de produção pode ser definido pelo número de camas e médicos necessários para assegurar o tratamento. Esta combinação pertence ao conjunto de fatores produtivos mas, poderão existir outras combinações, como duas camas e um médico, ou dois médicos e duas camas e ainda outras, que permitiriam obter o mesmo nível de produção (supondo que estes são os únicos fatores produtivos relevantes, porque o exemplo pode incluir médicos, enfermeiros e outros profissionais, com as combinações efetuadas entre eles). As combinações

tecnologicamente possíveis não são, assim, determinadas pelo analista económico, dado que se trata de informação que só os agentes no “terreno”, i. é. os técnicos possuem. É um aspeto que diz respeito à organização interna do prestador. No entanto, a sua caracterização é fundamental para uma análise de eficiência.

Existem combinações de fatores mais produtivas do que outras, chamadas dominadas. As não dominadas, resultam na função de produção, que corresponde à linha da possibilidade de produção expressando-se essa relação algebricamente como:

$$Q = f(X_1, X_2, \dots, X_n),$$

onde  $Q$  representa a produção, e  $X_1; X_2; \dots; X_n$ ; as quantidades de vários fatores produtivos, sendo  $f(.)$  a função produção.

Todas as combinações pertencentes à fronteira constituem o conjunto de afetações de recursos tecnologicamente eficientes, existindo possibilidades de substituição entre os recursos para atingir o mesmo objetivo. Assim, o conceito de eficiência tecnológica pode ser definido como “ausência de desperdício”. Sempre que existir desperdício, é possível retirar alguma quantidade de pelo menos um fator produtivo sem que o resultado final deixe de poder ser atingido. A eficiência tecnológica baseia-se exclusivamente em aspetos tecnológicos, não havendo qualquer referência a custos medidos em unidades monetárias (Barros, 1999).

A obrigação de eficiência tecnológica permite escolher algumas utilizações de recursos como sendo melhores que outras, mas pode haver dificuldade de escolher a melhor combinação de recursos que é tecnologicamente mais eficiente, dado que o critério não pode ser o de desperdício (físico) de recursos, porque, esse desperdício foi eliminado à partida com a imposição de eficiência tecnológica. Neste caso, o critério proposto pela teoria económica é o de minimização do custo, ou eficiência na utilização de recursos. Este conceito de eficiência caracteriza uma situação pela característica fundamental de, para os preços dos recursos utilizados, minimizar o custo de alcançar o resultado pretendido.<sup>10</sup> É, assim, de salientar que, a obtenção de

---

<sup>10</sup> Até pode não ser este o conceito de eficiência que é razoável exigir, se os preços dos recursos refletirem a sua escassez relativa. A não minimização do custo significa que se pode utilizar outra combinação de recursos que têm valores em aplicações alternativas, ou seja, garante-se o mesmo resultado e ainda ficam recursos disponíveis para outros fins.

eficiência tecnológica é uma condição necessária mas não suficiente para que seja alcançada a eficiência na utilização de recursos (Barros, 1999).

O conceito de eficiência técnica, pode ter implicações diferentes das verificadas na eficiência tecnológica se existir substituíbilidade entre fatores produtivos para a obtenção de combinações tecnologicamente eficientes, isto é, no contexto do exemplo anterior, deve existir a possibilidade de substituir médicos por enfermeiros. A caracterização de eficiência técnica exige que se conheçam os preços dos fatores produtivos usados (basta conhecer o preço relativo e a substituíbilidade entre fatores produtivos). As capacidades de substituição de um fator produtivo por outro são exógenas ao analista económico, são determinadas pela tecnologia, uma vez que são determinadas pela fronteira do conjunto de possibilidade de produção. No entanto, um determinado rácio de fatores produtivos pode ser ótimo para um nível de produção, mas não ser para outro.

O problema genérico de caracterização de eficiência técnica é:

$$\begin{aligned} & \text{Min } X_i \sum_i W_i X_i \\ \text{s.a.} \quad & Q = f(X_1, X_2, \dots, X_n), \end{aligned}$$

*A substituição dos valores ótimos dos fatores produtivos na função objetivo dá origem à função custos e é representada por:*

$$C(Q; W_1, \dots, W_n),$$

*sendo solução ótima do problema anterior. A teoria económica estabelece que a caracterização da função custos é equivalente à caracterização da função produção, isto é, o conhecimento da função custos fornece toda a informação relevante acerca da função de produção.*

A eficiência técnica constitui uma noção mais forte de eficiência que a noção de eficiência tecnológica mas não transmite indicação sobre qual o nível de produção adequado de um ponto de vista económico (Barros, 1999).

Quanto à noção de eficiência económica, geralmente, considera-se que, uma afetação de recursos é economicamente eficiente, se não for possível encontrar uma (mesmo que pequena) reafetação de recursos que aumente o bem-estar/satisfação de um dos agentes sem piorar o dos outros. O conceito de eficiência na utilização de recursos cumpre esta definição, enquanto condição para um objetivo de "produção". Apesar disso, essa noção de eficiência nada diz sobre a adequação ou não do objetivo

de produção. A eficiência económica determina qual deverá ser esse objetivo, (Barros, 1999).

### **4.3. Análise teórica–dinâmica da qualidade-eficiência e a importância da informação para evitar conflitos entre eficiência e qualidade**

Após a análise dos pontos anteriores, sobre este tema, é possível proceder ao estudo da questão, que consiste em saber se há ou não conflito entre eficiência e qualidade, ou seja, se é possível dissociar uma da outra. Voltando ao caso de qualidade interna, a falta de qualidade pode traduzir-se numa utilização excessiva de recursos, no sentido de menos recursos poderem ser usados para atingir o mesmo objetivo. Este efeito corresponde à definição de eficiência tecnológica antes apresentada. De fato, qualidade interna à organização e eficiência tecnológica são duas designações para a mesma situação. Como a eficiência na utilização de recursos exige como pré condição a eficiência tecnológica, torna-se evidente que para este segundo nível de eficiência é fundamental a presença de “qualidade interna à organização”.

Pode considerar-se um mito que a eficiência e qualidade sejam necessariamente, contraditórias, e que, para se obter uma, se tenha que sacrificar a outra. Assim, falando-se de qualidade interna, está-se igualmente a falar de eficiência. A análise é diferente quando se trata de qualidade externa, ou seja, de atributos valorizados pelos utilizadores finais, pelos utentes do sistema de saúde. Mas neste caso, uma situação de eficiência económica determinará igualmente um nível adequado de qualidade externa. Esse nível adequado é definido como sendo o nível de qualidade para o qual o benefício, para a sociedade, de aumentar ligeiramente essa qualidade é igual ao custo dos recursos utilizados para proceder a esse aumento de qualidade. Mais uma vez se pode verificar que não existe necessariamente um conflito entre qualidade e eficiência económica. Ou melhor, o conflito que porventura possa existir não é diferente do que existe em todos os outros sectores, porque, se quem decide o nível de qualidade tiver benefícios ou custos diferentes dos que resultam para a sociedade a decisão sobre o nível de qualidade não serão economicamente eficientes. Esta discordância, porém, não resulta de divergência fundamental mas de

enquadramentos de decisão que não refletem os benefícios e custos sociais das decisões tomadas (Barros, 1999).

#### **4.4. A importância da informação para evitar conflitos entre eficiência e qualidade**

As considerações anteriores, não significam que não existem contradições e que os diferentes entendimentos sobre este assunto se baseiam em análises incompletas ou enviesadas. A realidade é bastante mais complexa e o mundo concetual onde estes conceitos são desenvolvidos. A simplicidade de contexto é essencial para se definir e compreender de forma mais correta os conceitos fundamentais e se nesse mundo sem atritos não existe a tensão entre eficiência e qualidade, há assim que procurar quais os elementos existentes na realidade que nos levam a conflitos entre eficiência e qualidade (Barros, 1999).

Um elemento muito importante é a vantagem da informação que os prestadores de cuidados médicos possuem. Pode dar origem a conflitos entre eficiência e qualidade externa, conforme já foi referido o que se denominou de qualidade interna é essencialmente idêntico à noção de eficiência tecnológica (Barros, 1999).

Admitimos que um determinado prestador pode realizar algum esforço de organização e racionalização que lhe permitiriam maior eficiência na utilização de recursos, (o mesmo é dizer, faz mais com os mesmos recursos, ou faz o mesmo com menos recursos - maior qualidade interna). Essa maior eficiência traduz-se em menores custos, que será neste contexto restrito a medida de eficiência considerada, (corresponde à segunda noção de eficiência considerada supra), (Barros, 1999).

Particularmente, o esforço de organização interna é algo dificilmente observável, mas que tem custos claros para quem tenta proceder a esses ganhos de eficiência, (choque com classes profissionais, ou com outros interesses, necessidade de combater rotinas e inércias perversas). Igualmente, a qualidade da prestação (enquanto atributo do bem ou serviço prestado ao utente) é também dificilmente verificável. Assim, exigência externa ao prestador para que poupe nos custos, preferencialmente através de ganhos de eficiência, pode resultar apenas numa



diminuição da qualidade. Para que este efeito ocorra é necessário que, tanto a qualidade como o esforço de procura de eficiência não sejam facilmente observáveis. Desta forma, a contradição entre eficiência e qualidade surge da presença de um terceiro elemento: os problemas de informação. Sem este terceiro elemento, a contradição entre qualidade e eficiência é um mito. As implicações desta conclusão em termos de resolução da contradição são claras - a análise da prestação de cuidados médicos tem que ter em conta, explicitamente, estes problemas de informação.

A questão fundamental que persiste é possível de formular da seguinte forma: será que existe a possibilidade de, na presença de problemas de informação, superar a contradição entre a qualidade e eficiência? Sendo a resposta geralmente negativa, é importante reconhecer que se a contradição não é totalmente resolvida, ela pode ser minimizada com a adoção de mecanismos remuneratórios da atividade, adequados ou com a adoção de mecanismos de monitorização que sejam efetivos. Se o problema primário se encontra nas assimetrias de informação existentes, pode ser encontrada resposta para ultrapassar essas assimetrias através da recolha, tratamento e análise dos aspetos importantes.

No caso de ser possível determinar programas de controlo de qualidade que sejam efetivos e não impliquem custos muito elevados, a contradição pode desaparecer. Esses programas de promoção de qualidade têm como um dos principais objetivos definir uma metodologia e rotina de avaliação dos aspetos qualitativos do desempenho dos prestadores de cuidados de saúde. De fato, dois tipos de medidas de promoção de qualidade interna procuram atuar nesse campo - a regulamentação das condições de qualidade e a auto - regulação. A regulamentação das condições de qualidade consiste, fundamentalmente, na emissão de regras mas, quando se tenta resolver o conflito desta forma é enganoso pensar-se que resulta facilmente. Quase sempre, estas regras esquecem que os profissionais de saúde (assim como todos os outros) procedem de acordo com o enquadramento em que se encontram, não incentiva as entidades prestadoras a interessarem-se por uma visão dinâmica de promoção da qualidade interna, não resolvendo os problemas de verificação. A auto-regulação consiste na promoção de iniciativas em que os próprios profissionais dos serviços de saúde reconhecem e aderem a medidas que procuram garantir a eficiência da organização em que se inserem, tem algumas desvantagens, entre as quais a fácil

manipulação para interesses corporativos, logo o instinto pela proteção da classe poderá sobrepor-se à identificação de situações de menor qualidade, por outro lado, reduz imenso os custos de verificação, sendo inegável que a colaboração dos próprios prestadores de cuidados é essencial para que qualquer esforço de promoção da qualidade ou de criação de uma cultura de melhoria contínua de qualidade. Muitas vezes a avaliação da qualidade é difícil de realizar ou tem custos muito elevados, em relação ao seu benefício. O controlo da qualidade pode ser feito por auditorias, mas geralmente tem grandes custos, não só em termos de recursos gastos, mas também em tempo para obter resultados. Pode não se controlar a qualidade de tratamento aplicada a cada doente, apenas se poderá realizar uma análise por amostragem de alguns utentes (Barros, 1999).

Existe uma importante diferença entra a contratação de serviços na área da saúde (Convenção ou Protocolos) e a contratação de outros serviços por parte do Estado, no caso da saúde quem compra o serviço não é quem o vai consumir diretamente, logo, não há uma experiência direta da qualidade dos serviços mesmo depois de estes terem sido fornecidos, assim, pode não existir informação suficiente para que a pressão da escolha por parte dos financiadores (Estado) e utilizadores confirmem o nível de qualidade (Barros 1999).

Eficiência económica não é a mesma coisa que reduzir custos ou pagar menos, é pois um conceito diferente de eficiência orçamental, já que esta se preocupa exclusivamente, com o cumprimento de um determinado orçamento, estando apenas interessada na redução dos custos (Barros 1999).

Qual o sistema de pagamento da atividade hospitalar é mais passível de resolver de forma ajustada, o conflito entre qualidade e eficiência?

De acordo com o conceito de eficiência económica, a entidade que contrata poderá pagar mais do que o mínimo possível para garantir a qualidade desejada. Geralmente, trabalha-se no âmbito de segundo melhor, devido às limitações à informação enfrentada pela entidade contraente, ou seja, estará a realizar-se uma análise de eficiência económica sujeita a restrições adicionais, pelo que, a afetação de recursos resultante, apresenta alterações que não estão presentes quando a qualidade é observável. Em termos económicos, há uma preocupação em minorar os efeitos das

distorções, o que pode provocar a não minimização dos custos e não se obter a qualidade máxima (Barros, 1999).

Considerando os dois sistemas extremos de remuneração aos prestadores de cuidados de saúde - reembolso de custos e pagamento prospetivo (pagamento prospetivo: a unidade de pagamento é o doente saído do hospital, que é classificado num de entre X grupos, GDH). O primeiro, não fornece nenhum incentivo à contenção de custos e quando o contrato estabelece uma margem sobre os custos para remuneração dos hospitais, dá um grande incentivo ao fornecimento de qualidade para o hospital apresentar mais custos e, assim, receber maior rendimento através da margem mas, incentiva a eficiência tecnológica e também é uma maneira de aumentar os custos. Uma maior qualidade externa está associada com uma maior ineficiência (Barros, 1999).

Quanto ao pagamento prospetivo, pelo contrário, dá um forte incentivo à contenção de custos através da redução da qualidade, a não ser que exista algum mecanismo que o possa evitar. Se o prestador enfrentar uma procura dos seus serviços que depende da qualidade prestada, o pagamento pode ser suficiente para transmitir os incentivos adequados ao nível de qualidade desejada. Os incentivos contratuais funcionam da seguinte forma: se o contrato estabelece que deverá ser fornecido um certo nível de qualidade, em troca de pagamento fixo e se essa qualidade não se verificar, então o pagamento não será efetuado. Se a qualidade puder ser observada, esse contrato certifica que o nível de qualidade é conseguido. Mas, no caso da qualidade não ser verificável, o hospital, ou o prestador, pode escolher o nível de qualidade que pretender e anunciar que a qualidade que foi contratada, foi cumprida, mas se não se conseguir verificar o nível de qualidade, o hospital pode ter interesse em diminuir a qualidade a fim de reduzir os custos (Barros, 1999).

Como anteriormente foi referido, a principal discordância do problema de elaboração de contrato com um hospital é entre garantir incentivos para fornecimento de qualidade elevada e incentivos para manter os custos baixos. Para dar incentivos à redução dos custos, um pagamento prospetivo é melhor do que um sistema de reembolso de custos, o problema do pagamento prospetivo é a falta de incentivos para fornecer qualidade mas, isto pode ser ultrapassado se existir algum

mecanismo que faça depender as receitas do hospital da qualidade de tratamentos que promove. Um desses mecanismos é a sensibilidade da procura ao nível de qualidade do hospital, mas para funcionar é preciso que os doentes possam responder a diferenças de qualidade entre hospitais. Se não existir uma ligação aceitável entre a procura orientada para o hospital e a qualidade dos seus serviços, nesse caso, pode fazer sentido a entidade contratante dar mais importância ao objetivo de qualidade, à custa de não ter os custos no seu mínimo. Esta consideração propõe, que se os utentes não têm capacidade para avaliar a qualidade dos serviços ou não têm a possibilidade de responder a essas diferenças de qualidade, podendo ir a outro hospital, então, pode ser necessário inserir elementos de ligação aos custos, como forma de incitar o fornecimento de qualidade, mas, há que ter em consideração que esses mecanismos podem induzir para ineficiência (Barros, 1999).

Existem várias formas contratuais: Contratos que se limitam a especificar um determinado pagamento fixo, contratos que determinam um pagamento fixo até se atingir determinado volume de atividade, deixando para negociação posterior a forma exata que terá o pagamento de atividade que exceda o limite indicativo. Contratos que se baseiam na fixação de um preço fixo por tratamento.

Outro tipo de mecanismo que se pode utilizar, se estiver disponível, é a comparação com entidades semelhantes, uma vez que é possível ultrapassar as assimetrias de informação. Ao utilizar como termo de comparação entidades semelhantes e através da definição de pagamentos prospectivos que não dependam do desempenho dos seus pares, induz-se um forte incentivo à eficiência económica definida como custos mínimos para a qualidade desejada, uma vez que, cada prestador terá interesse em ter os custos mínimos, porque todas as ineficiências que eliminar revertem a seu favor, assim, se todos eles tiverem o mesmo comportamento, o ponto de referência para definição da remuneração de cada uma será um ponto de eficiência. A informação privilegiada de cada entidade acaba por ser ultrapassada pela observação do desempenho das entidades semelhantes. É relativamente fácil, no processo de determinação dos pagamentos a receber por cada entidade alegar com base em especificidades próprias que subvertem o uso da comparação. As tentativas realizadas de utilização deste tipo de mecanismo, está bem presente no sector da saúde (Barros, 1999).

#### 4.5. Análise teórica–dinâmica dos ganhos em saúde

Para proceder à análise dos indicadores de “ganhos em saúde”, importa definir o que se entende por “saúde”. Existem várias definições de “saúde” mas, a mais divulgada é a existente no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1978), *“saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças”*. Esta definição tem sido alvo de muitas críticas porque, definir a saúde como um estado de completo bem-estar, faz com que a saúde seja algo ideal e inatingível, assim, a referida noção não pode ser usada como meta pelos serviços de saúde. De entre outras interpretações, é de salientar a defendida por Christopher Boorse<sup>11</sup>, 1977, que defende uma definição “naturalista”, *“a saúde como uma simples ausência de doença”*. Porém, Leon Kasse<sup>12</sup>, 1981, questionou que o bem-estar mental fosse parte da área da saúde e apresenta a sua definição como sendo, *“o bem – funcionar de um organismo como um todo”, ou ainda, “uma atividade do organismo vivo de acordo com suas excelências específicas”*. Para Lennart Nordenfelt<sup>13</sup>, 2001, define saúde *“como um estado físico e mental em que é possível alcançar todas as metas vitais, dadas as circunstâncias”*. As definições anteriores não deixam de ter a sua importância, mas existe uma segunda definição da OMS - *“A medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, lidar com o meio ambiente”*. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela, abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Esta visão funcional da saúde interessa muito aos diversos profissionais de saúde pública e aos engenheiros sanitários, presta atenção aos cuidados de saúde primários, porque, pode ser usada de forma a melhorar a equidade dos serviços de saúde e de saneamento básico, ou seja, dotar cuidados de acordo com as necessidades de cada indivíduo ou grupo (OMS, 1978).

É com base, principalmente, nestas definições de saúde, que se procede à análise dos indicadores de “ganhos em Saúde”.

Existem conceitos de “Ganhos em Saúde” (GeS) e de “Ganhos Potenciais em Saúde” (GPS). Os ganhos em saúde expressam a melhoria dos resultados (Nutbeam

---

<sup>11</sup> Professor de filosofia da medicina na Universidade de Delaware, EUA.

<sup>12</sup> Médico, cientista e professor na Universidade de Chicago.

<sup>13</sup> Professor de filosofia da medicina e ciências da saúde na Universidade de Linkoping, Suécia.

D, 1998) e traduzem-se por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, devidas à doença, a traumatismos ou às suas sequelas, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável pela melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (MS, 2000).

Os GeS, são avaliados pelos resultados positivos de indicadores da saúde e contêm referências sobre a respetiva evolução (Estratégias para a Saúde, 2011).

Os GPS, são resultantes da capacidade de intervenção sobre causas evitáveis, controláveis ou que se podem resolver. O seu cálculo é efetuado tendo em conta a evolução temporal a nível internacional, nacional, regional ou local, numa lógica de redução das desigualdades (Estratégias para a Saúde, 2011).

As perspetivas para a obtenção de ganhos em saúde incluem a definição das áreas prioritárias de ganhos potenciais em saúde e das metas, articulação com as partes interessadas, identificação de modelos de determinantes e intervenções (Estratégias para a Saúde, 2011).

O cálculo de ganhos potenciais em saúde inscreve-se no programa de monitorização do Plano Nacional de Saúde (PNS), essencialmente, com os seguintes objetivos:

- Identificar as áreas, assim como as intervenções, com maior potencial para ganhos em saúde, incluindo a perspetiva de redução das desigualdades;
- Estabelecer a relação entre necessidades de saúde e a resposta do Sistema de Saúde e, entre esta e, a utilização de recursos;
- Definir responsabilidades, objetivos, metas e, intervenções das partes interessadas, através de modelos de determinantes;
- Integrar um processo atualizável e evolutivo.

Os ganhos potenciais em saúde têm uma perspetiva multidimensional, incluindo mortalidade, morbidade, incapacidade e auto – percepção do estado de saúde.

Os indicadores de avaliação das necessidades, do acesso aos cuidados e de ganhos em saúde, têm vindo a ser aperfeiçoados ao longo dos anos, tornando-se cada vez mais fiáveis e sensíveis e, por consequência mais úteis na definição de estratégias

e políticas de saúde. Alguns desses indicadores resultam do aprofundamento e nível de detalhe dos indicadores tradicionais de mortalidade, como os anos de vida potencial perdidos em cada causa de morte, mortalidade prematura, mortes “evitáveis” e outros, (Santana, 2010).

Nas últimas décadas a esperança média de vida à nascença, em Portugal, aumentou cerca de oito anos, registando-se maior variação nos homens (+ 7,6 anos) do que nas mulheres (+ 7,1 anos). A diferença verificada tem mais vantagens para as mulheres e deu-se em 1991 com (7,8 anos = 77,76 – 70,58). Entre 2006 e 2008, a referida diferença diminuiu para (6,25 anos = 81,74 – 75,49), conforme se pode visualizar no quadro 10.

**Quadro 10 - Esperança de vida à nascença segundo o género, 1979 - 2008**

Género/Anos	1979	1985	1991	1994	2001	2006-2008
Homens	67,89	69,38	70,58	71,46	73,54	75,49
Mulheres	74,61	76,41	77,76	78,60	80,56	81,74
Total	71,03	72,91	74,12	75,02	77,02	78,70

Fonte: INE, 2009b

Nota: A partir de 2002 o INE passou a calcular a esperança de Vida à Nascença, por sexo em triénios

Em Portugal, as regiões Centro e Norte são as que apresentam a maior esperança de vida à nascença, no triénio 2006-2008, foi de (79,2 homens e de 78,8 as mulheres), registando também as maiores variações, entre 1991 e 2006, foi de (+4,7 anos para o Centro e de 5,1 anos para o Norte) mas, em 1991 foi a Região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT) que, em conjunto com a região Centro, registam a maior esperança de vida à nascença, sendo de (74,5 anos).

Verificam-se ganhos relevantes, relativos à esperança de vida aos 35 anos e aos 65 anos. Os indivíduos que entre 1979 e 1981 completaram os 35 anos, esperavam viver mais 41,2 anos e, os que completaram essa mesma idade em 2006-2008, mais 44,7 anos. Os que completaram 65 anos naqueles intervalos de tempo, podiam esperar viver mais 14,8 e 18,1 anos, respetivamente, conforme se pode observar no quadro 11, (Santana, 2010).

**Quadro 11 – Evolução da Esperança de Vida à nascença, aos 35 anos e aos 65 anos, em Portugal, entre 1979 – 1981 e 2006 – 2008.**

Anos	Esperança de vida à nascença	Esperança de vida aos 35 anos	Esperança de vida aos 65 anos
1979-1981	71,0	41,2	14,8
1984-1986	73,0	41,2	15,2
1989-1991	74,2	41,5	15,9
1994-1996	75,2	42,1	16,3
2000-2002	76,7	43,4	17,1
2004-2006	78,2	44,6	17,9
2006-2008	78,7	44,7 *	18,1
Variação 1979-1981/Abs.	7,7	3,5 **	3,3
2006-2008 (%)	10,8	8,5 **	22,3

\* Valor referente ao intervalo 2005-2007. \*\* Variação entre os períodos de 1979-1981/2005 -2007

Fonte: INE, 2009b

A taxa de mortalidade prematura, também vem diminuindo nas últimas décadas, por cada 100.000 indivíduos com idade inferior a 65 anos, verificaram-se em 1979, 343 óbitos e, em 2008, 214 óbitos, o que em percentagem no total dos óbitos corresponde a 42,1 % e, em 2008 a 27,6 %. Esta proporção manteve-se em 1979 e 2006, sendo mais alta nos homens, (51,5 % em 1979 e 35,6 % em 2008) se comparada com a das mulheres (31,9 % em 1979 e 18,9 % em 2008 (Santana, 2010).

O indicador de causas de morte “evitáveis” inclui os casos de mortes selecionadas como resultado de investigações efetuadas sobre um conjunto de doenças, incapacidade e óbitos prematuros considerados como “evitáveis” no caso de serem tomadas em consideração as possibilidades existentes na altura, tanto ao nível preventivo, como curativo. A interpretação deste indicador permite verificar quais as causas de morte que poderiam ter sido “evitadas” se tivessem acesso em devido tempo aos serviços de saúde (médicos e outros), ou comportamentos e atitudes saudáveis, despertando para o desenvolvimento de políticas adequadas à resolução das causas detetadas. Este indicador caracteriza-se, ainda, pela relação percentual das mortes “evitáveis” no total dos óbitos que aconteceram na população com menos de 65 anos e nos períodos de 1989/93 e 2003/05, os valores passaram de 47 % para 34 %, respetivamente, verificando-se grandes “Ganhos em Saúde”. Apesar desta melhoria nos resultados, estes continuam a apresentar valores muito elevados de mortes “evitáveis”, registando entre 2003-2005, o valor médio anual de 8.143 óbitos, sendo 6.566 na população com idade inferior a 65 anos (Santana, 2010).



Na mortalidade prematura, destaca-se a mortalidade infantil (que inclui a neonatal e perinatal), a mortalidade materna e a de crianças com idade inferior a 5 anos por serem indicadores utilizados na avaliação da situação sanitária de um país, porque, estão muito relacionados com a acessibilidade aos cuidados em saúde e o contexto socioeconómico do País e das Famílias (Santana, 2010).

A variação da mortalidade infantil foi muito interessante, porque, passou de 38,9 ‰ para 3,4 ‰ nados – vivos entre 1979 e 2008. Verificaram-se em simultâneo diminuições acentuadas nas taxas de mortalidade neonatal e perinatal, ou seja, de 15,5 ‰ e 23,9 ‰ em 1979, passou-se para 2,1 ‰ e 4 ‰ em 2008, respetivamente. Também se verificaram decréscimos acentuados na taxa de mortalidade materna, registando-se 30,6 mortes por complicações relacionadas com a gravidez e o parto por 100.000 mulheres em 1979. Atualmente, quase não são registados óbitos maternos (Santana, 2010).

O indicador de mortalidade prematura, Anos de Vida Potencial Perdidos (AVPP) é utilizado para avaliar a magnitude (número de mortes), a vulnerabilidade (idade do óbito) e transcendência dos fenómenos de saúde (prematuridade da morte e valor social atribuído), (Araújo E et al, 2009, citado por Santana, 2010).

O número de óbitos antes dos 70 anos, no Continente, decresceu entre 1980 e 2006, de 39.933, para 28.191, que corresponde a uma diminuição de quase 30 %. Nesses dois anos, também se verificou que morreram mais homens do que mulheres. Esses óbitos, correspondem a uma perda potencial média anual de 1.301 anos de vida (por 100.000 indivíduos). Cada pessoa que morreu antes dos 70 anos de idade perdeu em média, 16,2 anos, ou seja, 16,6 anos para os homens e 15,4 anos para as mulheres.

Em 1980, verifica-se que, 42,1 % do total de óbitos ocorreram antes dos 70 anos, sendo as principais causas, os acidentes, envenenamentos e violências, doenças do aparelho respiratório e os tumores malignos. Em 2005, o total de óbitos registados antes dos 70 anos, representa apenas 26,1 %, sendo, ainda, os acidentes, os envenenamentos e violências, as principais causas de mortalidade (Santana, 2010).

As doenças com maior responsabilidade pela mortalidade são diferentes, pela ordem de importância, para homens e mulheres. Assim, para os homens por ordem do total de AVPPs, em 1980, os acidentes os envenenamentos e violência, são a causa de morte com maior quantidade de AVPPs, seguidas pelas doenças do aparelho

circulatório. Em 2005, são os tumores malignos a causa de morte com maior quantidade de AVPPs, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório. Nas mulheres, em 1980 e em 2005, foram os tumores malignos a causa número um, seguida das doenças do aparelho circulatório, com maior quantidade de AVPPs. Entre 1980 e 2005, há diminuição de AVPPs em ambos os sexos, nos homens passou de 578.622 para 315.982 e nas mulheres de 327.677 para 140.712. As diminuições têm expressões diferentes quanto às causas e ao género. Nos óbitos do sexo masculino as variações com resultados negativos em saúde, ou seja, com aumento de números de AVPPs em 1980 e 2005, são verificadas nos tumores malignos e na diabetes mellitus, isto é, em 2005 morreu-se mais e mais cedo devido a estas duas causas de morte, em comparação com 1980. Nos óbitos femininos o número de AVPPs decresceu em todas as causas, representando grandes "Ganhos em Saúde"( INE, 1982, 2006).

Para elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016, foi desenvolvida uma estratégia de definição e cálculo de "Ganhos em Saúde". Selecionou-se um grupo de indicadores que se consideravam adequados para definir "Ganhos em Saúde", pensados como indicadores de resultado, com base na bibliografia do Canadian Institute for Health Information e Organização Mundial de Saúde (OMS). A informação obtida foi apresentada e discutida entre os colaboradores do "Alto Comissariado da Saúde" (ACS) e organizada em seis grandes grupos:

1 - *Mortalidade*, o indicador é o número de anos de vida potenciais perdidos (AVPP) - Causas evitáveis por prevenção primária - Causas evitáveis por cuidados de saúde, Os indicadores de mortalidade são tradicionalmente os mais fáceis de obter e, também por isso, dos mais utilizados nas análises do estado de saúde de uma população. No entanto, a acompanhar as tradicionais taxas de mortalidade, é fundamental a análise dos Anos de Vida Potenciais Perdidos (AVPP). Este indicador permite avaliar não só o número de mortes mas também o momento de ocorrência das mesmas, em termos de idade do óbito. É um bom indicador para identificação de mortalidade prematura, dando maior destaque (maior número de AVPPs) às mortes ocorridas em idades mais jovens.

2 - *Morbilidade*, o indicador é a taxa de internamento por 100.000 habitantes – internamentos evitáveis por prevenção primária - Internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório. Dada a pouca informação disponível em Portugal

relativamente a dados de morbilidade, a taxa de internamento hospitalar constitui um importante indicador para a monitorização e avaliação desta dimensão, permitindo identificar a carga de um grande número de doenças na população. No entanto, é necessário realçar que ficam excluídas as doenças que não necessitam de internamento. A análise de causas sensíveis a cuidados de ambulatório e por isso, à partida, de internamento evitável, permite orientar ações para o desenvolvimento de cuidados de ambulatório, apropriados e mais eficientes.

3 - *Incapacidade*, sendo os indicadores: Anos de trabalho perdidos por reforma por invalidez. Para, além das medidas de mortalidade e morbilidade, os indicadores de incapacidade assumem um papel muito relevante na análise do estado de saúde. Não é só preciso viver mais, como também melhor. Este indicador pretende medir a incapacidade permanente e, à semelhança da lógica dos AVPP, permite analisar as reformas prematuras (< 65 anos) por invalidez. O outro indicador é, o número médio de dias com subsídio de doença. Este indicador possibilita a análise da incapacidade temporária.

4 - *Satisfação*, sendo o indicador a auto perceção do estado de saúde. A auto perceção do estado de saúde enquanto indicador subjetivo de perceção de estado de saúde global (físico e mental) complementa outros mais objetivos como a mortalidade e a mobilidade. Tem sido muito utilizado como preditor de mortalidades e morbilidades bem como de utilização de serviços de saúde.

5 - *Resposta do Sistema de Saúde*, cujos indicadores são: % de utentes sem médico de família. Os Cuidados de Saúde Primários são genericamente identificados como “a porta de acesso à saúde”. Este indicador é importante para medir o acesso dos utentes ao SNS. Outro indicador é, a % de utentes inscritos que não tiveram consulta com o médico de família nos últimos 3 anos. Este indicador, permite medir a efetiva utilização dos CSP. O terceiro indicador desta dimensão é o tempo de espera (dias) 1 - cirurgia por patologia; 2 - Consultas externas e Cuidados Continuados (por nível de cuidados). O tempo de espera para diferentes tipos de cuidados de saúde é um importante indicador de acesso a estes mesmos cuidados.

6 - *Sustentabilidade*, sendo os indicadores (propostos) a taxa de crescimento dos custos dos - MCDDT – Medicamentos - Recursos humanos. Os custos com MCDDT, medicamentos e recursos humanos representam 80 % da estrutura de custos das

Instituições do SNS, prevendo-se igual comportamento nos estabelecimentos de saúde privados. Esta percentagem sugere que é nestes custos que devem ser concentrados os esforços de gestão de sustentabilidade económica do sistema de saúde. O segundo indicador é o ratio entre os custos com MCDT, medicamentos e recursos humanos/utilizadores. O terceiro indicador é a diferenças de taxas de crescimento entre despesas em saúde e receitas fiscais ou *ratio* entre as despesas em saúde e as receitas fiscais. Sustentabilidade financeira (capacidade de pagamento) – Sector Público. O quarto indicador é o rácio entre despesas privadas em saúde e rendimento disponível das famílias. Quer seja via seguro ou via pagamento direto, a capacidade de pagamento das famílias depende do rendimento disponível (Plano Nacional de Saúde 2011-2016).

## **5. Estudo de caso: Avaliação de Desempenho da Unidade de Saúde Familiar Planície**

### **5.1. Estudo de caso**

Um estudo de caso pode caracterizar-se por um estudo profundo de um ou de um conjunto restrito de objetos, de forma que a análise efetuada permita o melhor conhecimento possível. O estudo empírico de um caso, destina-se a investigar um facto, com o objetivo de explicar a relação entre variáveis em situações difíceis, ou seja, em que técnicas como a experimentação não são as mais adequadas (Gil, 1999).

Estudo de caso é uma expressão que designa um método de abordagem de investigação em Ciências Sociais simples ou aplicadas e consiste na utilização de um ou mais métodos qualitativos de recolha de informação e não segue uma linha rígida de investigação. O caso caracteriza-se pelo estudo aprofundado de uma unidade, como uma pessoa, uma instituição, um evento cultural, etc.

Os casos de estudo podem ser exploratórios, descritivos, ou explanatórios (Yin, 1993).

Inicialmente esta metodologia nasceu da necessidade de transmitir totalmente a complexidade de situações reais com as quais nos deparamos no dia a dia. A utilização inicial foi efetuada nas áreas da Medicina, onde é impossível unir todos os fatores que podem influenciar sobre determinadas situações e que obrigam a avanços e recuos na forma como se dirige a resolução do problema que é colocado. O estudo de caso é uma abordagem metodológica de investigação, especialmente adequada quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais são envolvidos simultaneamente diversos fatores. Esta abordagem adapta-se à investigação em educação, quando o investigador é confrontado com situações complexas, que podem dificultar a identificação das variáveis consideradas importantes, quando se procuram respostas para o “como?” e o “porquê?” e quando se procuram encontrar interações entre fatores relevantes próprios dessa entidade, quando o objetivo é descrever ou analisar o fenómeno a que diretamente se acede de forma profunda e global e, quando se pretende apreender a dinâmica do fenómeno, do programa ou do processo, assim define-se “estudo de caso” com base nas características do fenómeno em estudo e, com base num conjunto

de características associadas ao processo de recolha de dados e às estratégias de análise dos mesmos (Yin, 1994).

O método de estudo de caso é um método específico de pesquisa de campo e estudos de campo são investigações de fenómenos à medida que ocorrem, sem qualquer interferência significativa do investigador (Fidel, 1992).

Quase tudo pode ser um "caso": um indivíduo, uma personagem, um pequeno grupo, uma organização, uma comunidade ou mesmo uma nação (Coutinho, 2003).

Um estudo de caso é uma investigação que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em alguns aspetos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse (Ponte, 2006).

No caso deste estudo, o objeto a estudar é a USF Planície e pretende-se investigar se a descentralização do Serviço Nacional de Saúde, promovida pela reforma dos Cuidados de Saúde Primários, assente nos ACES e nas USF, contribui para o desenvolvimento económico local, através da avaliação dos resultados de vários indicadores de desempenho da USF Planície, integrada no Centro de Saúde de Évora e no ACES Alentejo Central II, localizado no Ferragial do Poço Novo – Portas D' Avis, Évora. A USF em estudo é assim considerada um caso, entre as 311 USF atualmente em funcionamento em Portugal Continental e, foi escolhida por em igualdade com a USF Eborae, terem sido as primeiras implementadas em Évora há cerca de quatro anos e por se presumir poder dar resposta ao problema em estudo.

Este tipo de estudo, em geral, apresenta algumas limitações, nomeadamente ao nível do rigor metodológico e da dificuldade de ampliação, porque se estuda apenas uma parte da realidade, podendo conduzir a resultados pouco consistentes. Para contrariar estas limitações é fundamental efetuar o planeamento do estudo, logo no início devem prever-se os aspetos a aprofundar e a aligeirar, sem prejudicar os resultados, seguindo sempre o máximo rigor e o melhor método de investigação.

Este estudo, enquanto estudo de caso, poderia ser mais rigoroso se mais aprofundada fosse a avaliação do desempenho da USF Planície, mas existiram várias limitações de tempo e de recursos, bem como, naturalmente, o tipo de trabalho científico em questão, que impediram a aplicação de um maior número de

questionários por entrevista e de uma avaliação mais profunda da atividade da USF em análise.

## 5.2. Caracterização sumária da Unidade de Saúde Familiar Planície



### USF Planície

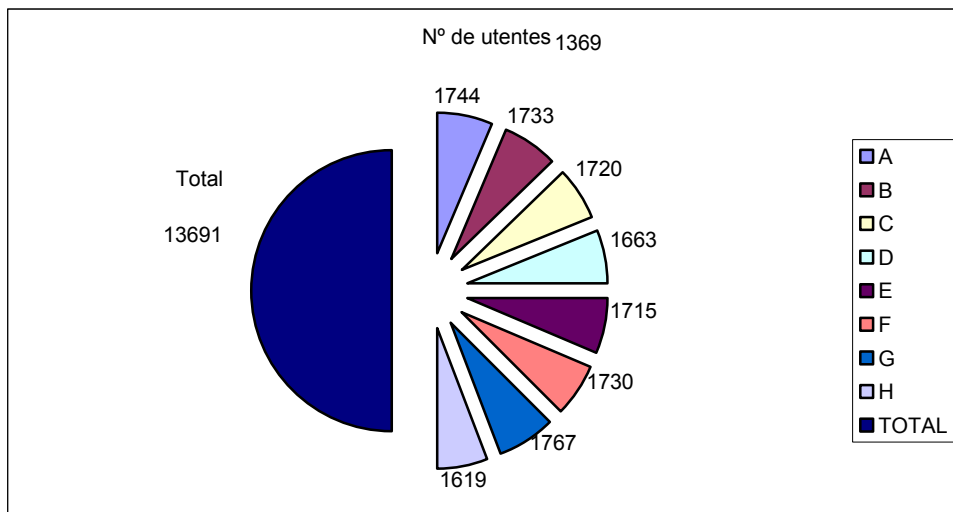
A Unidade de Saúde Familiar Planície pertence ao Centro de Saúde de Évora, integrado no ACES Alentejo Central II – Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP, localiza-se na Rua Celestino David – Edifício do Hospital do Patrocínio, 7005-389 Évora. Tem como coordenador o Médico - Dr. Jorge Alberto Teixeira Lorga Ramos e, a equipa de recursos humanos é constituída por 8 médicos, 8 enfermeiros e 6 assistentes técnicos (administrativos), prestando cuidados a 13.691 utentes<sup>14</sup>, distribuídos pelos 8 médicos de família, conforme se pode observar no quadro 12 e gráfico da figura 6.

Quadro 12 – Total de inscritos e por Médico de Família na USF Planície em 09-12-2011

Médico(a)	Nº de utentes inscritos	%
A	1744	12,74
B	1733	12,66
C	1720	12,56
D	1663	12,15
E	1715	12,53
F	1730	12,64
G	1767	12,91
H	1619	11,83
<b>TOTAL</b>	<b>13691</b>	<b>100,00</b>

<sup>14</sup> Número de utentes inscritos na USF Planície em 09-12-2011

Figura 6 – Gráfico representativo do número total de utentes por médico/a de família, inscritos na USF Planície em 09-12-2011



A USF Planície iniciou funções no dia 28 de Novembro de 2006, sendo uma das duas pioneiras na Região de Saúde do Alentejo.

A equipa constituída pelos profissionais de saúde e administrativos, antes desempenhava funções em serviços no antigo Centro de Saúde de Évora, Extensões de Saúde, ex - Sub - Região de Saúde de Évora e sede da Administração Regional de Saúde do Alentejo.

A maioria dos utentes já tinha Médico de Família, no Centro de Saúde - Largo do Paraíso, Évora, ou nas Extensões de Saúde da Rua D' Avis nº 154, Chafariz D' El-Rei – Rua D. Manuel da Conceição Santos nº 62 e, Bairro da Cruz da Picada, foi-lhes facilitada a escolha, ou seja, a transferência para as novas USF, mantendo-se na lista do seu Médico, ou ficar nas mesmas instalações<sup>15</sup>, passando para outro Médico de Família que tivesse disponibilidade na sua lista de utentes.

As instalações da USF são num edifício que, segundo a vontade do benemérito que fez a doação do terreno e iniciou a sua construção, se destinava a um Hospital Oncológico e ficaria para a Santa Casa da Misericórdia de Évora, depois de muitas contradições que duraram mais de trinta anos, foi integrado no Hospital do Espírito Santo de Évora, para onde foram transferidos alguns serviços de consultas externas e

<sup>15</sup> Só as Extensões de Saúde no Bairro Chafariz D' El-Rei e do Bairro da Cruz da Picada ficaram a funcionar. As instalações do Centro de Saúde no Largo do Paraíso e da Extensão da Rua D' Avis, foram encerradas, por não reunirem as condições mínimas para funcionamento de Unidades de Saúde, principalmente por falta de acessibilidades.



internamentos e cedido espaço para a instalação de duas USF, entre as quais a Planície.

A USF encontra-se bem localizada e com boas acessibilidades, boa rede de transportes públicos, pela linha azul. As instalações são novas, com uma sala de espera, vários gabinetes médicos, gabinetes de enfermagem, salas de tratamentos, gabinetes de atendimento para a saúde infantil, saúde materna e uma área para a secretaria/receção. O sistema informático utilizado pelos Assistentes técnicos é o SINUS (Sistema de Informação para Unidades de Saúde), pelos médicos é o SAM (Sistema de Apoio ao Médico), e pelos enfermeiros é o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem).

A USF, tem um horário básico de serviços entre as 08 – 20 horas de segunda a sexta-feira, e tem disponível o adicional onde conta com alargamento de horário aos sábados, domingos e feriados das 08 – 14 horas. Oferece também diariamente e nos horários já referidos, o serviço de consulta aberta, onde são atendidos os doentes de urgência que não podem ser atendidos pelo seu Médico de Família.

As grandes linhas de orientação para o funcionamento da USF Planície são:

1. Satisfação das necessidades de saúde no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários;
2. Cumprimento do Plano Nacional de Saúde, normas oficiais e políticas de saúde atuais;
3. Corresponder às expectativas de realização profissional e satisfação dos profissionais da USF.

A carteira básica de serviços, contratualizada, é constituída pelos seguintes serviços de saúde:

Consultas de Saúde Infantil; Consulta dos jovens; Planeamento Familiar; Saúde materna; Consulta geral; Atendimento de doenças agudas; Cuidados no domicílio; Tratamentos de enfermagem; Vigilância de diabetes mellitus; Vigilância de hipertensão arterial e fatores de risco para doenças cardiovasculares; Educação do diabético; Consulta do pé diabético; Programa nascer e crescer saudável; Medição ambulatória da pressão arterial; Colheita de análises clínicas; e Provas funcionais respiratórias.

As consultas funcionam em regime de consulta programada e consulta aberta.

Para marcar consulta programada para o seu médico de família, o utente pode telefonar ou deslocar-se pessoalmente à USF. A marcação de consultas decorre todos os dias a partir das 14:00 horas.

Se o utente preferir, pode enviar uma mensagem de correio eletrónico. Receberá pela mesma via a marcação da consulta.

Se o utente tiver uma situação urgente para resolver com o seu médico de família, deve contactá-lo no início dos seus períodos de consulta.

Todos os médicos no início dos seus períodos de consultas disponibilizam um período de tempo para atender estes casos. No caso de se tratar de situação urgente, imprevisível e inadiável será de imediato consultado, caso contrário o médico combinará com o utente uma data e hora para a consulta, (USF Planície, [www.usfplanicie.no.sapo.pt](http://www.usfplanicie.no.sapo.pt), acesso em 2011-09-07).

### **5.3. Análise teórica–estática–dinâmica dos indicadores de desempenho da USF Planície**

A evolução da prestação dos cuidados de saúde, devido à crescente complexidade técnica e à exigência de multidisciplinaridade nessa prestação, concentrada no cidadão e orientada para a obtenção de ganhos em saúde, tornaram inevitável a reestruturação dos Centros de Saúde, como foi referido em capítulo anterior, com maior evidência para a criação das Unidades de Saúde Familiar e dos ACES.

As USF são pequenas unidades operativas, que fazem parte dos CS, mas com autonomia funcional e técnica, que elaboram contratos - compromisso com as Administrações Regionais de Saúde, nos quais constam os objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade e, garantem aos cidadãos utentes uma carteira básica de serviços.

As primeiras USF iniciaram atividade em 2006 e, embora o processo de implementação se encontre estabilizado, contínua a verificar-se um acréscimo de cerca de 70 novas USF em cada ano. Até ao dia 10 de Outubro de 2011, deram entrada na Missão para os Cuidados de Saúde Primários 495 candidaturas, via *on-line* e estavam em atividade nesse dia 311 USF em Portugal Continental (MCSP, 2011).

As USF são classificadas em modelos (A, B, e C) de acordo com o seu desenvolvimento organizacional. A sua classificação resulta do modelo retributivo, dos incentivos dos profissionais, do modelo de financiamento, do grau de autonomia organizacional e do respetivo estatuto jurídico (cf. Artigo 3º do DL 298/2007).

As USF modelo A consideram-se numa fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa em Saúde Familiar e devem contribuir para o desenvolvimento da prática da contratualização interna, ou seja, com as ARS. É uma fase considerada indispensável nos casos onde antes não existiam antecedentes em práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em Saúde Familiar.

As USF modelo B apresentam equipas com mais experiência organizacional, onde o trabalho da equipa de Saúde Familiar é uma prática efetiva e devem aceitar um nível de contratualização com limiares de desempenho mais exigentes.

As USF modelo C ainda se encontram num processo experimental e podem ser constituídas por equipas do sector privado, cooperativo ou social.

Nos três anos iniciais de atividade das USF, como ainda não se encontravam implementados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), a contratualização foi negociada diretamente entre os Departamentos de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde (DCARS) e as USF, designada Etapa 1.

No processo de contratualização criado para as USF modelo A, em atividade desde 2006, já existiam os incentivos institucionais para utilização nas respetivas USF, com a publicação do Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de Agosto, foi ampliada a possibilidade desses incentivos a todas as USF, independentemente do modelo em que se enquadrem. O referido diploma também prevê a atribuição de incentivos financeiros aos profissionais das USF agrupadas no modelo B, sendo os incentivos dos médicos aferidos pela compensação das atividades específicas e, os dos restantes profissionais – enfermeiros e assistentes técnicos – integrados na compensação pelo desempenho (Portaria nº 301/2008 de 18 de Abril).

As duas modalidades de incentivos atrás referidos, criam condições para o desenvolvimento de um clima de motivação dos profissionais, ao atribuir às equipas, melhorias nas Unidades de Saúde, designadamente no contexto físico do seu exercício, no reforço de competências decorrente da facilitação na acessibilidade a

ações de formação e ao atribuir aos profissionais recompensas associadas ao desempenho.

A execução dos contratos programa, deve ser cumprido durante o ano para o qual é acordado, sendo renovado, com possíveis alterações resultantes da experiência do passado, todos os anos.

A matriz de indicadores utilizados na contratualização com as USF em 2009, era constituído por 49 indicadores, agrupados em quatro grandes áreas: acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho económico (Metodologias de Contratualização – USF modelo A e B, ACSS. Lisboa, 2009).

Para simplificar o processo, foram contratualizados 15 indicadores, sendo 13 indicadores comuns a todas as USF e 2 indicadores acordados, de entre os que se encontram validados pela ACSS, conforme se pode observar no quadro 13.

**Quadro 13 - Distribuição dos indicadores base e a selecionar pelas USF**

<b>Área</b>	<b>Nº de indicadores base</b>
Acesso	4
Desempenho Assistencial	8
Qualidade Percebida	1
Desempenho Económico	2

Fonte: Metodologia de Contratualização - USF modelo A e B - ACSS

No quadro 14 apresentam-se os indicadores base, comuns a todas as USF, cuja opção se deve à disponibilidade e à sua validação pelos sistemas de informação.

**Quadro 14 – Indicadores para a atribuição de incentivos institucionais**

Área	Nº SI	Indicador
<b>Acesso</b>	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família
	3.15	Taxa de utilização global de consultas
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos
<b>Desempenho Assistencial</b>	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e os 64 anos com colpocitologia atualizada
	5.1M	Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos
	5.4M	Percentagem de diabéticos com pelo menos duas HbA <sub>1c</sub> registada nos últimos doze meses, desde que abranjam dois semestres
	5.10M	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre
	6.1M	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos
	6.1M	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias
6.9M	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	
<b>Satisfação dos Utentes</b>		Percentagem de utentes satisfeitos e muito satisfeitos (aplicação de inquérito)
<b>Eficiência</b>	7.6	Custo médio de medicamentos prescritos por utilizador
	7.7	Custo médio de MCDT prescritos por utilizador

Fonte: Metodologia de Contratualização - USF modelo A e B - ACSS

A definição das metas depende da negociação que é efetuada entre a USF e o Departamento de Contratualização da ARS e deve ser considerado o comportamento dos indicadores na respetiva USF e no Centro de Saúde onde a mesma se insere. As metas devem ser exigentes, mas viáveis, sempre baseadas nas melhores práticas de forma a serem garantidas as características essenciais à constituição das USF contribuam para melhores resultados em saúde, sem colocar em causa a implementação e o desenvolvimento organizacional da equipa.

Nos indicadores de eficiência para 2009, por motivo de existirem limitações nos sistemas de informação de suporte ao processo, foram contratualizados apenas os medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica faturadas ao

SNS, sendo considerado o Preço de Venda ao Público (PVP), no entanto, o acompanhamento será feito aos valores prescritos.

Associado à contratualização dos indicadores da carteira básica de serviços, cada USF deve elaborar uma progressiva implementação de um plano de acompanhamento interno, sendo assim construído um processo de autoavaliação, tendo por fim, chegar à acreditação.

O plano de acompanhamento interno deve envolver e ser apoiado pelas Equipas Regionais de Acompanhamento (ERA) no âmbito do processo de acompanhamento das USF, que deve avaliar o grau de cumprimento de um ou mais procedimentos, assim como, dos motivos das não conformidades envolventes. É também função das ERA, verificar a existência e implementação do plano de acompanhamento interno e enviar aos Departamentos de Contratualização das ARS, anualmente, um relatório resumido, com indicação explícita dos procedimentos que estão em auditoria e o grau de execução desse plano.

A monitorização dos indicadores deve ser feita trimestralmente de forma automatizada, ou seja, sem trabalho adicional para os elementos da USF. Os DCARS devem enviar trimestralmente mapas de acompanhamento às USF e sempre que se verifiquem contradições entre os dados da ARS e os da USF, se não forem apurados os motivos desse desvio, os dados registados devem ser auditados pelo respetivo DCARS.

Os indicadores que avaliem a satisfação dos utentes e dos profissionais, através de questionários – modelo nacional, a fim de permitir a comparação no território nacional, sendo a sua execução da responsabilidade da Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

A USF deve elaborar um relatório de atividades, centrado no compromisso assistencial contratualizado e concretizado, que deve ser enviado ao DCARS. Nesse relatório a USF deverá explicar pormenorizadamente, no caso de isso se verificar, quais os motivos que porventura impediram de alcançar algumas metas ou da suspensão de metas previstas.

A USF deverá disponibilizar os relatórios de atividades, para prestar a colaboração necessária à realização de auditorias e ações de acompanhamento que sejam determinadas pela ARS ou outras entidades mandatadas para o efeito.

A avaliação do compromisso contratualizado será feita de acordo com a seguinte tabela (quadro 15):

**Quadro 15 – Métrica de avaliação das metas contratualizadas**

Classes			
Estado	Pontuação	Acessibilidade Desempenho Assistencial Satisfação dos Utentes	Eficiência
Atingido	2	> 90 %	<= 100 %
Quase Atingido	1	[80%, 90 %]	]100 %, 105 %[
Não Atingido	0	< 80 %	> 105 %

Fonte: Metodologia de Contratualização - USF modelo A e B - ACSS

Do apuramento dos resultados finais da contratualização deve resultar a atribuição ou não, de um incentivo institucional.

No caso de incumprimento dos indicadores propostos pode, em conformidades com a legislação vigente, implicar a passagem de USF modelo B para modelo A, ou até à extinção da USF.

O valor dos incentivos é atribuído na totalidade, nos casos em que se verifique em acumulação, o compromisso nas quatro classes de indicadores, conforme tabela seguinte (quadro 16)

**Quadro 16 – Atribuição de 100 % de incentivos institucionais**

Classes	Número de Indicadores Contratualizados	Pontuação máxima Possível (100 %)	Pontuação mínima a obter (90 %)
Acessibilidade	4	8	7
Desempenho Assistencial	8	16	14
Satisfação dos Utentes	1	2	2
Eficiência	2	4	4

Fonte: Metodologia de Contratualização - USF modelo A e B - ACSS

Conforme é apresentado no quadro 17, o número de indicadores de eficiência contratualizados são (15) e a pontuação máxima possível se a meta for (100%)

atingida, são 30 pontos. A pontuação mínima a obter se a meta for (80%) são 24 pontos.

**Quadro 17 – Nº de indicadores de eficiência contratualizados e pontuações**

Número de indicadores Contratualizados	Pontuação máxima Possível (100 %)	Pontuação mínima a Obter (80 %)
15	30	24

Fonte: Metodologia de Contratualização - USF modelo A e B - ACSS

As USF que tenham direito ao incentivo institucional devem elaborar um plano para a aplicação do incentivo, depois de informadas pelas ARS. O referido Plano deve ser enviado à ARS, sob consulta do Diretor Executivo do ACES, com conhecimento ao DCARS.

Será da competência da ARS aprovar o Plano de Aplicação de Incentivos, ao qual é garantido o cabimento orçamental para o valor aprovado. Se o referido plano não for ao encontro da estratégia regional de saúde definida pela ARS, pode negociar com a USF, dentro dos prazos previstos, as alterações que se julgarem necessárias.

O plano de aplicação dos incentivos deve traduzir-se, nomeadamente, na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da USF, no apoio à investigação ou no aumento das suavidades do exercício de funções da equipa multiprofissional (nos termos do nº 2, artigo 38º do DL 298/2007).

O valor de incentivos institucionais é definido com base no número de unidades ponderadas por USF, conforme a seguinte tabela (quadro 18):

**Quadro 18 – Valores dos incentivos institucionais**

Número de Unidades Ponderadas (UP) por USF	Valor dos Incentivos (euros)
< 8.500	9.600€
8.500 – 15.500	15.200€
> = 15.500	20.000€

Fonte: Metodologia de Contratualização - USF modelo A e B – ACSS



“A lista de utentes inscritos por cada Médico de Família tem uma dimensão mínima de 1.917 unidades ponderadas, a que correspondem em média 1550 utentes de uma lista padrão nacional” (cf. nº 3, artigo 9º do DL 298/2007).

Cumprindo este critério pode-se calcular as unidades ponderadas obtidas pela USF Planície, (a média de utentes inscrito:  $13.691/8$  Médicos = 1.711, assim, 1.550 utentes = 1.917 unidades ponderadas, 1.711 correspondem a X unidades ponderadas. Então,  $X = (1.917 \cdot 1.711) / 1.550$ ,  $X = 2.116$  – a cada Médico correspondem 2.116 unidades ponderadas, atingido a USF -  $2.116$  unidades ponderadas \* 8 Médicos = 16.928 unidades ponderadas.

As unidades ponderadas indicadas no quadro 20 obtêm-se pela aplicação dos seguintes fatores:

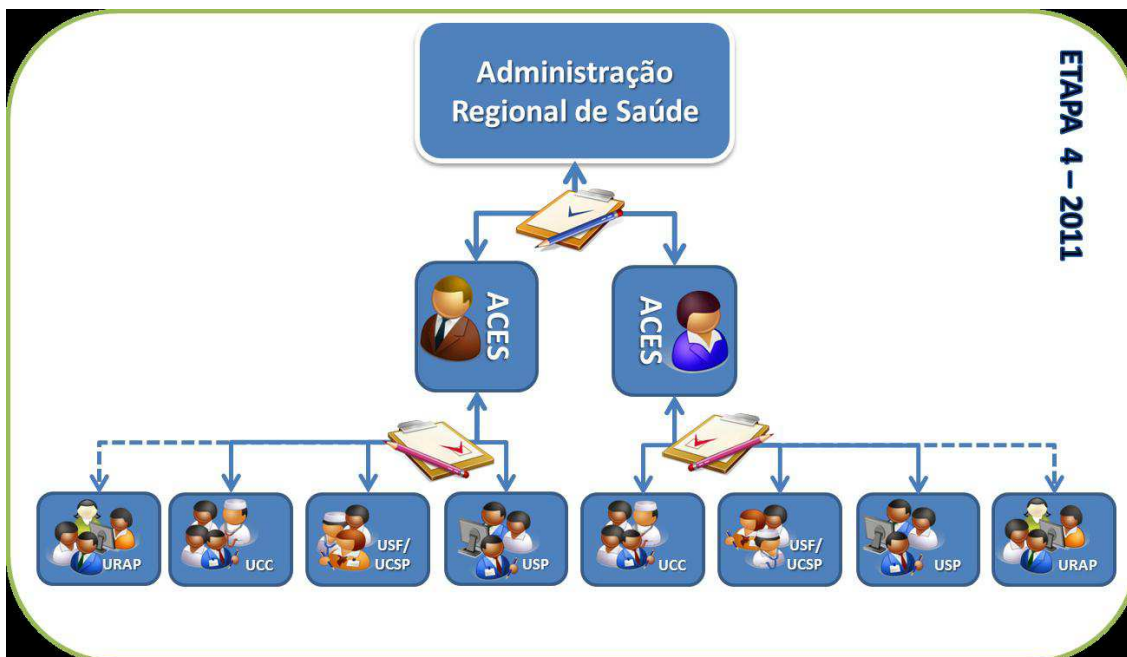
- Número de crianças dos zero aos seis anos de idade multiplicado pelo factor 1,5;
- Número de adultos entre os 65 e os 74 anos de idade multiplicado pelo fator 2;
- Número de adultos com idade igual ou superior a 75 anos multiplicado pelo fator 2,5.

Na continuação da reforma dos CSP foram criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (DL 28/2008), serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais que agrupam um ou mais CS e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde à população de determinada área geográfica. Durante o ano de 2009, procedeu-se à instalação dos ACES, ficando o processo de contratualização estabilizado em 2010.

Para efeitos de gestão, existem contratos-programa que são acordos celebrados entre o Diretor Executivo do ACES e o Conselho Diretivo da ARS, através do qual foi estabelecido, em termos qualitativos e quantitativos, os objetivos dos ACES e os recursos afetados ao seu cumprimento e fixam as normas relativas à respetiva execução.

Em 2010, na chamada quarta etapa, os Departamentos de Contratualização das ARS negociaram com os Diretores Executivos de cada ACES e estes por sua vez, desenvolveram um processo interno de contratualização com cada unidade funcional.

Figura 7 – Modelo de contratualização interna e externa



Fonte: ACSS – [www.acss.pt](http://www.acss.pt) - Cuidados de Saúde Primários – Metodologia de Contratualização, 9 de Dezembro de 2010.

Como já foi referido, as USF modelo B são unidades funcionais com maior experiência e amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efetiva e em que os profissionais estão dispostos a aceitar níveis de desempenho e contratualização mais exigentes.

Às USF modelo B são atribuídos incentivos institucionais (de acordo com princípios definidos para as USF modelo A) e incentivos financeiros aos seus profissionais. Sendo a USF Planície de modelo A, optou-se por não desenvolver a matéria que explicita os incentivos financeiros.

Os indicadores de incentivos institucionais são calculados da seguinte forma:

- **Acesso:**

Indicador 3.12 – percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família;

A – Numerador: Nº total de consultas médicas presenciais com o seu médico de família;

B – Denominador: Nº total de consultas médicas prestadas e esse mesmo utente no período em análise;

A/B = resultado do indicador.

Em 2008, este indicador foi contratualizado de forma a atingir a média de 80,04% e os extremos: mínimo 68,30% e máximo 85,00%. As percentagens atingidas a nível nacional foram as seguintes: média = 84,82%, mínimo = 59,45% e máximo = 99,44%. Neste caso, verifica-se que este indicador foi atingido.

Os restantes indicadores de acesso também foram atingidos.

- **Desempenho Assistencial:**

Indicador 5.2 – Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada (uma em três anos);

A – Numerador: Número de mulheres com registo de colpocitologia realizada nos últimos 3 anos;

B – Denominador – Número total de mulheres inscritas na USF com idades entre os [25; 64] anos;

A/B = resultado do indicador.

Este indicador foi contratualizado de forma a atingir a média de 45,44% e os extremos: mínimo 20,00% e máximo 60,00%. Os valores atingidos a nível nacional foram os seguintes: média = 40,69%, mínimo = 13,67 e máximo = 68,60%.

Neste caso, verifica-se que a média deste indicador não foi atingida mas, as percentagens dos extremos foram atingidas.

Quanto aos restantes indicadores de desempenho assistencial, somente o indicador (6.12 – Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias) foi atingido em todas as percentagens contratualizadas, todos os outros não foram atingidos em termos de médias.

- **Satisfação dos utentes:**

Percentagem de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos, através da aplicação de inquérito – score final.

- **Eficiência:**

Indicador 7.6 – Custo médio de medicamentos prescritos por utilizador;

A – Numerador: Custo total dos medicamentos prescritos;

B – Denominador: Número total de utilizadores;

A/B = resultado do indicador.

Indicador 7.7 – Custo médio de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica por utilizador;

A – Numerador: Custo total com MCDT<sup>16</sup> prescritos;

B – Denominador: Número total de utilizadores;

A/B= resultado do indicador de eficiência.

É neste contexto que se procede à avaliação da atividade da USF Planície nos anos de 2007 a 2010, ou seja, o estudo de caso desta Dissertação.

#### **5.4. Avaliação dos indicadores de desempenho da USF Planície em 2007**

Como foi referido, a USF Planície iniciou atividade em 28 de Novembro de 2006, assim, a sua primeira avaliação de desempenho refere-se à atividade desenvolvida durante o ano de 2007, quando, ainda alguns indicadores não se encontravam bem definidos. Por esse motivo, nesse ano, alguns indicadores podem não apresentar bons resultados, conforme é explicado pela equipa da USF em análise no respetivo relatório, apresentando alguns fatores que influenciaram o cálculo dos indicadores. Apresentam-se como exemplo, aqueles que têm no denominador da sua fórmula de cálculo o número de utentes inscritos na USF. O valor utilizado para este efeito foi o número de utentes inscritos no dia 31-12-2007, que era de 12.150 utentes. No entanto, no início do ano estavam inscritos 6.900 utentes. Ao não considerar esta variação no denominador das fórmulas, está introduzido um viés que pode não ser desprezível.

#### **Indicadores de Acesso:**

- A meta para o indicador “3.12 - Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família”, foi contratualizada por (75%), sendo atingido (77,5%), (quadro 19). Assim, a meta para este indicador foi atingida. A equipa da USF considera que, os valores contratualizados e atingidos se encontram dentro do intervalo ideal para garantir um bom funcionamento da USF, uma vez que, um valor muito elevado

---

<sup>16</sup> MCDT: Análises Clínicas, RX, Ecografias, mamografias, densitometrias, eletrocardiogramas, eletroencefalogramas e outros exames complementares de diagnóstico e terapêutica.

deste indicador pode indiciar que o mecanismo da intersubstituição não está a funcionar (relatório sobre indicadores e metas contratadas pela USF Planície no ano de 2007).

- A meta contratualizada para o indicador “3.15 - Taxa de utilização global de consultas”, foi (65%) e a efetivamente conseguida foi (65,8%), (quadro 19). Neste caso, a meta para este indicador foi atingida. A equipa da USF explica que, este indicador é influenciado pela acessibilidade dos utentes às consultas médicas e o resultado deve-se ao facto de muitos utentes se inscreverem na USF ao longo deste ano e até mais para o final do ano, por esse motivo não utilizaram os serviços de saúde da USF nesse período, considerando, ainda, que este valor se encontra no intervalo ideal (relatório sobre indicadores e metas contratadas pela USF Planície no ano de 2007).

- A meta contratualizada para o indicador “4.18 - Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos” foi (8‰) e a efetivamente registada foi (13‰), (quadro 19). A meta deste indicador foi superada. De acordo com a equipa da USF Planície, os médicos de família realizaram todas as visitas domiciliárias solicitadas pelos utentes e outras por sua própria iniciativa, quando entenderam que a situação clínica do utente o justificava. É ainda salientado como fator condicionante deste indicador a falta de transporte cedido pelo próprio serviço para a deslocação dos médicos aos domicílios dos utentes (relatório sobre indicadores e metas contratadas pela USF Planície no ano de 2007).

- A meta contratualizada para o indicador “4.30 - Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos” foi (180‰) e a conseguida foi (44‰), (quadro 19). Esta meta não foi atingida, ficando muito aquém do valor contratualizado. A equipa da USF Planície apresenta vários fatores condicionantes para justificar essa situação, como a falta de um elemento na equipa de enfermagem desde Junho de 2007. O registo informático no SAPE só teve início em Junho, tendo-se perdido alguns registos neste sistema e dificuldade na obtenção de transporte do serviço para as deslocações dos enfermeiros/as aos domicílios dos utentes (relatório sobre indicadores e metas contratadas pela USF Planície no ano de 2007).

## **Indicadores de Desempenho Assistencial:**

- A meta contratualizada para o indicador "5.2 - Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada (uma em 3 anos) foi (35%) e a registada foi (14,5%), (quadro 19). Esta meta não foi atingida. A equipa da USF indica que, atingiu uma taxa de cobertura em Planeamento Familiar dos 15 aos 49 anos de 27,6 % (dados do SINUS) e por regra todas as mulheres que frequentaram a consulta de Planeamento Familiar fizeram colpocitologia. Assim, pode-se afirmar com razoável segurança que a percentagem de mulheres dos 15 aos 49 anos com colpocitologia realizada em 2007 é de 27,6 %. A este número acresce um valor não possível de quantificar de colpocitologias realizadas a mulheres acima dos 49 anos.

É de salientar que a prevalência de infeção por Papilomavirus HPV (diretamente relacionada com desenvolvimento de cancro do colo do útero) atinge o pico máximo nas idades de início da vida sexual. Segundo a bibliografia de referência (Centers for Disease Control and Prevention – DC [.http://www.cdc.gov/std/hpv/commonclinicians/ClinicianBro.txt](http://www.cdc.gov/std/hpv/commonclinicians/ClinicianBro.txt) consultado em 2008-02-23) ter menos de 25 anos de idade é um dos 4 fatores de risco para infeção pelo HPV .

Assim sendo, a atuação da USF, ao incluir através do Planeamento Familiar, a realização de colpocitologia a mulheres com idade inferior a 25 anos, merece especial destaque pela sua importância e pelo valor alcançado. Esta atuação na área da prevenção e diagnóstico precoce do cancro do colo do útero, embora alicerçada em evidências epidemiológicas e científicas, não tem tradução direta no valor deste indicador.

Deve ainda considerar-se como muito provável a existência de erro no cálculo deste indicador pelo sistema informático. Segundo este, até 30 de Abril de 2007, os médicos da USF Planície fizeram apenas cinco citologias. Este valor está claramente errado e não é possível garantir que nos meses subsequentes o erro de cálculo tenha sido corrigido (relatório sobre indicadores e metas contratadas pela USF Planície no ano de 2007).

- A meta contratualizada para o indicador "5.1 - Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos" foi (50%) e a conseguida foi (34%), (quadro 19). A meta para este indicador não foi atingida. A

equipa da USF Planície esclarece que, decorreu no concelho de Évora no ano de 2007 o rastreio do cancro da mama realizado em colaboração com a Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC). Este rastreio faz a convocatória sistemática de todas as mulheres neste grupo etário. Nos anos anteriores em que este rastreio decorreu obteve no concelho de Évora uma resposta de 60 a 70 % das mulheres. Não há motivo para supor que as mulheres inscritas na USF Planície tenham uma adesão diferente ao rastreio, pelo que seria de esperar uma percentagem de mulheres com mamografia na mesma ordem de grandeza.

A possível explicação para esta diferença, entre o valor esperado e o registado, será a ausência de registo de todas as mamografias. Esta explicação tem alguma consistência porque muitas das mulheres foram convocadas para rastreio antes de estarem inscritas na USF Planície pelo que o resultado da mamografia não foi enviado para o seu Médico de Família e este não pode registar esse resultado no SAM.

Por outro lado devemos levantar a hipótese de haver alguma margem de erro no cálculo deste indicador pelo sistema informático. Devemos considerar as seguintes situações:

- As mamografias realizadas através do rastreio da LPCC não foram pedidas através do sistema informático (SAM) e podem por este motivo não ter sido registadas.
- O médico nem sempre regista a mulher a que pede mamografia no Programa de Rastreio Oncológico no SAM.
- O mesmo se passa ao registar o resultado da mamografia, nem sempre o médico regista a mulher no referido programa.
- O sistema informático (SAM) foi corrigido a meio do ano passando a registar automaticamente no Programa de Rastreio Oncológico as mamografias pedidas e realizadas. Esta correção poderá ter levado a perda de dados anteriormente inseridos. Mesmo que os dados anteriores não tenham sido perdidos poderão estar registadas as mamografias efetuadas após esta correção.
- O sistema informático não exclui do cálculo do indicador as mulheres não passíveis de rastreio. Por exemplo não exclui as mulheres com doença mamária já identificada (neoplásica ou não), as mulheres seguidas em consulta hospitalar e as mulheres mastetomizadas.

- Até 30 de Abril de 2007, segundo o sistema informático dos indicadores, a USF Planície tinha registado 14 mamografias. Este número corresponde a uma subavaliação flagrante das mamografias pedidas e registadas nesse período no SAM. Este fato corrobora a hipótese de erros no cálculo deste indicador (relatório sobre indicadores e metas contratadas pela USF Planície no ano de 2007).

- A meta contratualizada para o indicador “5.4 - Percentagem de diabéticos com pelo menos uma HbA<sub>1c</sub> nos últimos três meses”, foi (75%) e a registada foi (43%), (quadro 19). A meta para este indicador não foi atingida. Conforme justificação da equipa da USF Planície, o principal motivo desta meta não ser atingida prende-se com o intervalo de tempo considerado, (3 meses). Este é irrealista e muito difícil de implementar na prática. Para conseguir cumprir a meta seria necessário que cada diabético tivesse consultas (e fizesse análises) com uma periodicidade inferior a 3 meses, o que não tem sustentação técnica e é impraticável. Este indicador traduz apenas a situação dos diabéticos no dia 31-12-2007, isto é, a quantos diabéticos foi registada a HbA<sub>1c</sub> entre 01-10-2007 e 31-12-2007. Muitos diabéticos poderão ter feito a análise neste período e a mesma ter sido registada após esse dia 31-12-2007.

Considerando estas condições, embora não tenha sido atingida a meta, a equipa da USF Planície salienta que, o resultado alcançado é aceitável (relatório sobre indicadores e metas contratadas pela USF Planície no ano de 2007).

- A meta contratualizada para o indicador “5.10 - Percentagem de hipertensos c/ registo de pressão arterial nos últimos seis meses”, foi (70%) e a registada foi (90%), (quadro 19). A meta para este indicador foi atingida. O valor alcançado neste indicador traduz a atenção que é dada pela USF Planície aos doentes hipertensos e à sua vigilância. Este aspeto reveste-se da maior importância uma vez que as doenças cardiovasculares, para as quais a hipertensão arterial contribui, são a principal causa de mortalidade na nossa região e no país (relatório sobre indicadores e metas contratadas pela USF Planície no ano de 2007).

- A meta contratualizada para o indicador “6.1 - Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos”, foi (95%), (quadro 19). Conforme indicação da equipa da USF, não é possível fazer uma avaliação sobre o resultado deste indicador pelos seguintes motivos:



- O sistema informático não forneceu dados minimamente credíveis sobre este indicador. O valor apresentado aumentou e diminuiu de mês para mês, as variações chegam a ser na ordem dos 15 pontos percentuais de um, para outro, umas vezes aumentando, outras diminuindo.

- A vacinação estava centrada no Centro de Saúde de Évora, atribuída ao Gabinete de Vacinação. Este Gabinete fez a vigilância do cumprimento do Plano Nacional de Vacinação na população do concelho. A USF não tinha intervenção direta neste processo (relatório sobre indicadores e metas contratadas pela USF Planície no ano de 2007).

- A meta contratualizada para o indicador "6.1 - Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 6 anos", foi (95%), (quadro 19). Também neste caso, conforme indicação da equipa da USF, não foi possível fazer uma avaliação sobre o resultado deste indicador pelos seguintes motivos:

- O sistema informático não forneceu dados minimamente credíveis sobre este indicador. O valor apresentado tem aumentado e diminuído de mês para mês, variou no decorrer do ano entre 0% e 100%.

- A vacinação estava no Centro de Saúde de Évora, atribuída ao Gabinete de Vacinação. Este, fez a vigilância do cumprimento do Plano Nacional de Vacinação na população do concelho de Évora. A USF não teve intervenção direta neste processo (relatório sobre indicadores e metas contratadas pela USF Planície no ano de 2007).

- A meta contratualizada para o indicador "6.12 - Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias", foi (85%) e o alcançado foi (56%), (quadro 19). A meta deste indicador não foi conseguida. A equipa da USF Planície indica alguns fatores que contribuiram para este resultado:

- Não foram recebidas notícias do nascimento da maior parte das crianças. As que foram recebidas, chegaram já depois, ou perto dos 28 dias de vida da criança.

- Muitas crianças (e respetiva família) inscreveram-se na USF no primeiro ano de vida, mas já depois dos 28 dias. Estas crianças fizeram a sua 1ª consulta na vida inevitavelmente depois dessa idade.

- Na maternidade (e nos atendimentos hospitalares de pediatria) promove-se a ida a médico pediatra.

- Existe abundante oferta de consultas privadas de pediatria na cidade de Évora (relatório sobre indicadores e metas contratadas pela USF Planície no ano de 2007).

- A meta contratualizada para o indicador "6.9 - Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre", foi (75%) e o alcançado foi (56%), (quadro 19). A meta relativa a este indicador não foi alcançada. A equipa da USF Planície presume terem para isso contribuído os seguintes fatores:

- Quando a USF abriu, algumas utentes tinham já a gravidez a decorrer para lá do 1º trimestre. Estas utentes fizeram a primeira consulta de gravidez registada na USF já depois do 1º trimestre. Devido a este efeito, mesmo se todas as restantes grávidas no decorrer do ano fizessem a sua consulta no 1º trimestre, o melhor resultado possível para este indicador seria de 68%.

- Várias mulheres grávidas inscreveram-se ao longo do ano na USF já depois do 1º trimestre, ocorrendo por isso a sua primeira consulta já depois desta idade gestacional.

- Dificuldade na articulação com os cuidados hospitalares e na obtenção de exames complementares de diagnóstico. Por este motivo muitas grávidas recorrem a serviços particulares de obstetrícia, por vezes fora do distrito de Évora.

- Um dos fatores que levou muitas mulheres grávidas ou em idade fértil a inscrever-se nesta USF foi a existência do Programa Nascer e Crescer Saudável (relatório sobre indicadores e metas contratadas pela USF Planície no ano de 2007).

### **Indicadores de Eficiência:**

- A meta contratualizada para o indicador "7.6 - Custo estimado para medicamentos prescritos /Utilizador", foi (230€) e a registada foi (188€), (quadro 19). A meta proposta para este indicador foi alcançada. No entanto, salientam-se os seguintes aspetos:

- O valor considerado é o dos medicamentos prescritos em custo para o SNS. É sabido que uma parte das prescrições não chega a ser concretizada. Seria provavelmente mais correto utilizar o valor de medicamentos em custo para o SNS apurado na faturação de farmácias da ARS Alentejo.

- O valor deste indicador cresceu ao longo do ano de forma muito irregular levando a colocar dúvidas quanto à sua credibilidade. Como exemplo refira-se que, de Julho para

Agosto aumentou (40%) enquanto que, de Setembro para Outubro variou (2%) (relatório sobre indicadores e metas contratadas pela USF Planície no ano de 2007).

- A meta contratualizada para o indicador “7.7 - Custo estimado com meios complementares de diagnósticos e terapêutica prescritos /Utilizador”, foi (50€) e a registada foi (76€), (quadro 19). A meta proposta para este indicador não foi atingida. - Conforme indicação da equipa da USF Planície as causas para essa situação, devem-se aos seguintes fatores:

- O valor deste indicador corresponde aos exames complementares de diagnóstico prescritos e não aos efetivamente efetuados. A variação de mês para mês deste indicador apresenta divergências de tal ordem que se coloca em causa a sua credibilidade. Ao longo do ano a variação do crescimento de mês para mês oscilou entre (4%) e (83%), (relatório sobre indicadores e metas contratadas pela USF Planície no ano de 2007).

Com base na análise dos valores das metas alcançadas para os respectivos indicadores, verifica-se que a USF Planície não conseguiu cumprir algumas metas contratualizadas, sendo indicados pela sua equipa os seguintes fatores que influenciaram negativamente o seu cumprimento:

- Desconhecimento da lista de utentes. Cerca de (50%) dos utentes da USF fizeram a sua inscrição no decorrer do ano (iniciou-se com 5.949 utentes e em 31-12-2007, eram cerca de 12.164 utentes inscritos, ou seja mais 6.215<sup>17</sup> utentes com médico de família nesta USF.
- Falta de um elemento na equipa de enfermagem desde o dia 1 de Junho de 2007.
- Falhas do sistema informático (SAM) frequentes. Durante estas falhas não foi possível fazer registos no sistema informático e pode ter acontecido a perda de dados já introduzidos e não guardados.
- Ausência ou deficiência no funcionamento do sistema informático nas Extensões de Saúde.
- Em 31-12-2007, ainda não existia o sistema informático para a enfermeira em N<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup> de Guadalupe e a ligação do SAM em ambas as extensões era muito lenta.
- Não existia programa informático para a gestão clínica.

---

<sup>17</sup> A maioria destes utentes tinham médico de família no Centro de Saúde, ou Extensões, inscreveram-se nesta USF porque o seu médico de família se reformou ou mudou de serviço.

- Ausência de formação dos profissionais em várias áreas: programas informáticos (SAM, SAPE, aprovisionamento e outros), gestão do aprovisionamento, trabalho em equipa e gestão de conflitos.
- Várias aplicações informáticas, em muitos casos não compatíveis: SAM, SINUS, SAPE, BARCCU, aprovisionamento e ROR.

**Quadro 19 - Avaliação dos indicadores de desempenho da USF Planície em 2007**

***	*****	2007			
Nº SI	Indicador	Atingido	Metas	Estado	Pontuação
<b>ACESSO</b>					
3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	77,7%	75%	Atingida	2
3.15	Taxa de utilização global de consultas	65,8%	65%	Atingida	2
4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	13‰	8‰	Atingida	2
4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	44‰	180‰	Não atingida	0
<b>DESEMPENHO ASSISTENCIAL</b>					
5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e os 64 anos com colpocitologia atualizada (uma em três anos)	14,5%	35%	Não atingida	0
5.1	Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos	34%	50%	Não atingida	0
5.4	Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA1C registada nos últimos doze meses desde que abrangam dois semestres (considerar apenas diabéticos identificados até 30 de Junho)	43%	75%	Não atingida	0
5.10	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos seis meses	90%	70%	Atingida	2
6.1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos	***	95%	Não atingida	0
6.1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 6 anos	***	95%	Não atingida	0
6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	56%	85%	Não atingida	0
6.9	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	56%	75%	Não atingida	0
***	Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos	***	N/D	Nd	***
<b>EFICIÊNCIA</b>					
7.6	Custo estimado para medicamentos prescritos/Utilizador	188€	230€	Atingida	2
"	Custo SNS	---	---	Nd	***
7.7	Custo estimado com meios complementares de diagnósticos e terapêutica prescritos/Utilizador	76%	50€	Não atingida	0
Total	*****	*****	*****	*****	10

Fonte: Relatório sobre indicadores e metas contratualizadas pela USF Planície no ano de 2007

### 5.5. Avaliação e comparação dos indicadores de desempenho da USF Planície, entre os anos de 2007 a 2009

A avaliação dos indicadores de desempenho da USF Planície, referentes ao ano de 2007, já foi efetuada no capítulo anterior, porém, surge novamente neste capítulo com a finalidade de analisar e comparar graficamente os valores em termos de

evolução e melhorias, com os anos de 2008 e 2009. Assim, apresentam-se no quadro 20, valores contratualizados e alcançados nos referidos anos.

Entre o ano de 2007 e 2009, verifica-se que existem variações nos valores contratualizados das metas para os respetivos indicadores, a maioria são mais exigentes, mas também há ajustamentos em sentido inverso, porque, os valores inicialmente exigidos eram difíceis de alcançar.

Sendo o objetivo desta investigação identificar melhorias através dos resultados dos indicadores, procede-se, a seguir, à comparação dos valores atingidos nos três anos em análise, através de quadros e gráficos.

**Quadro 20 - Resumo dos valores contratualizados e alcançados 2007, 2008 e 2009**

Nº SI	Indicador	2007		2008		2009	
		Metas	Atingido	Metas	Atingido	Metas	Atingido
3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	75%	77,27%	75%	79,95%	80%	77%
3.15	Taxa de utilização global de consultas	65%	65,78%	70%	67,67%	70%	67%
4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	8	13,07	20	17,38	25	32
4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	180	43,6	120	98,1	130	154
5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e os 64 anos com colpocitologia atualizada (uma em três anos)	35%	14,49%	40%	32,9	60%	48%
5.1	Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos	50%	33,81%	45%	54%	65%	61%
5.4	Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA <sub>1c</sub> registada nos últimos doze meses desde que abranjam dois semestres (considerar apenas diabéticos identificados até 30 de Junho)	75%	43,22%	60%	47,5%	75%	54%
5.10	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos seis meses	70%	90,35%	80%	76,35%	90%	67%
6.1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos	95%	---	95%	73,85%	98%	Nd
6.1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 6 anos	---	---	---	---	97%	Nd
6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	85%	56,09	55%	82,9	80%	73%
6.9	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	75%	55,85	70%	68,18	80%	85%
----	Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos	N/D	---	---	---	---	***
7.6	Custo estimado para medicamentos prescritos/Utilizador	230€	188€	190€	194,79€	180€	195,44%
"	Custo SNS	---	---	---	---	---	
7.7	Custo estimado com meios complementares de diagnósticos e terapêutica prescritos/Utilizador	50€	76,45	70€	75€	42€	63,78€

Fonte: Relatório de atividades da USF Planície, 2009

Em conformidade com a métrica de avaliação das metas contratualizadas entre a USF Planície e o DCARS do Alentejo, são apresentados no quadro 21, os valores da pontuação obtida pela USF, entre os anos de 2007 a 2009. No ano de 2007, a USF obteve 10 pontos, quando poderia obter até ao máximo de 30 pontos, se fossem atingidos (100%) em cada indicador, ou o mínimo de 24 pontos se fossem atingidos (80%). Como a USF atingiu apenas 10 pontos, podemos aferir que não foram cumpridos os objetivos mas, houve melhorias na prestação de cuidados de saúde, até porque, conforme a explicação efetuada pela equipa da USF, sobre os motivos que impediram o registo de melhores resultados e, assim sendo, os resultados registados de alguns indicadores não correspondem efetivamente ao trabalho realizado.

No ano de 2008 a situação melhorou, foram atingidos 18 pontos mas, também não foram conseguidos os objetivos, conforme se pode confirmar na análise a seguir efetuada a cada indicador.

Em 2009, foram conseguidos 15 pontos, a situação piorou em relação a 2008, embora fosse melhor do que no ano de 2007. No entanto, a equipa da USF, entende que a mesma teve um bom desempenho em 2009, alegando que, em oito indicadores da carteira básica a meta foi atingida ou quase atingida. Nos indicadores em que a USF não atingiu a meta, a sua equipa não aceita a responsabilidade e atribui isso a erros que lhe são alheios, sendo alguns deles imputados ao sistema informático e a falta de meios, ausência de dados fiáveis em devido tempo, fornecidos pela ARS do Alentejo/sistemas informáticos e acentua que não devia ser penalizada por esse facto. O indicador de eficiência "7.7 - Custo estimado com meios complementares de diagnósticos e terapêutica prescritos/Utilizador", é o que apresenta o pior resultado, a equipa da USF, justifica que essa situação aconteceu porque não foram fornecidas ferramentas de diagnóstico permitissem detetar onde se devia atuar, por falta de informação pormenorizada sobre a prescrição de exames complementares de diagnóstico, por grupos de exames e por médico, que seria fundamental para se saber como estavam a ser efetuadas as prescrições e detetar eventuais pontos fracos e assim corrigi-los.

Em complemento à carteira básica a USF cumpriu as metas dos indicadores da carteira adicional, representando uma mais valia para os seus utentes, acrescentando

qualidade nas respostas às necessidades dos cuidados de saúde (Relatório de atividades da USF Planície, 2009).

**Quadro 21 – Pontuação obtida pela USF Planície, entre 2007 a 2009, conforme métrica de avaliação das metas contratualizadas**

		2007	2008	2009
Nº SI	Indicador	Pontuação	Pontuação	Pontuação
<b>ACESSO</b>				
3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	2	2	2
3.15	Taxa de utilização global de consultas	2	2	2
4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	2	2	2
4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	0	2	2
<b>DESEMPENHO ASSISTENCIAL</b>				
5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e os 64 anos com colpocitologia atualizada (uma em três anos)	0	2	1
5.1	Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos	0	2	2
5.4	Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA1C registada nos últimos doze meses desde que abrangem dois semestres (considerar apenas diabéticos identificados até 30 de Junho)	0	0	0
5.10	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos seis meses	2	2	0
6.1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos	0	***	***
6.1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 6 anos	0	0	0
6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	0	2	2
6.9	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	0	2	2
----	Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos	***	***	***
<b>EFICIÊNCIA</b>				
7.6	Custo estimado para medicamentos prescritos/Utilizador	2	0	0
"	Custo SNS	***	***	***
7.7	Custo estimado com meios complementares de diagnósticos e terapêutica prescritos/Utilizador	0	0	0
Total....	*****	10	18	15

Fonte: Relatório de atividades da USF Planície, 2009

De acordo com os resultados dos indicadores registados nos quadros e gráficos seguintes, procede-se à avaliação e comparação dos indicadores de desempenho da USF Planície nos anos de 2007, 2008 e 2009, considerando as metas contratualizadas com o DCARS e as efetivamente atingidas.

## Indicadores de Acesso:

• As metas para o indicador “3.12 - Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família”, foram contratualizadas por (75%) nos anos de 2007 e 2008, e (80%) no ano de 2009, sendo atingidos (77,3%), (77%) e (79%), respetivamente, pelo que, as metas para este indicador consideram-se atingidas (cf. quadro 22 e gráfico da figura 8).

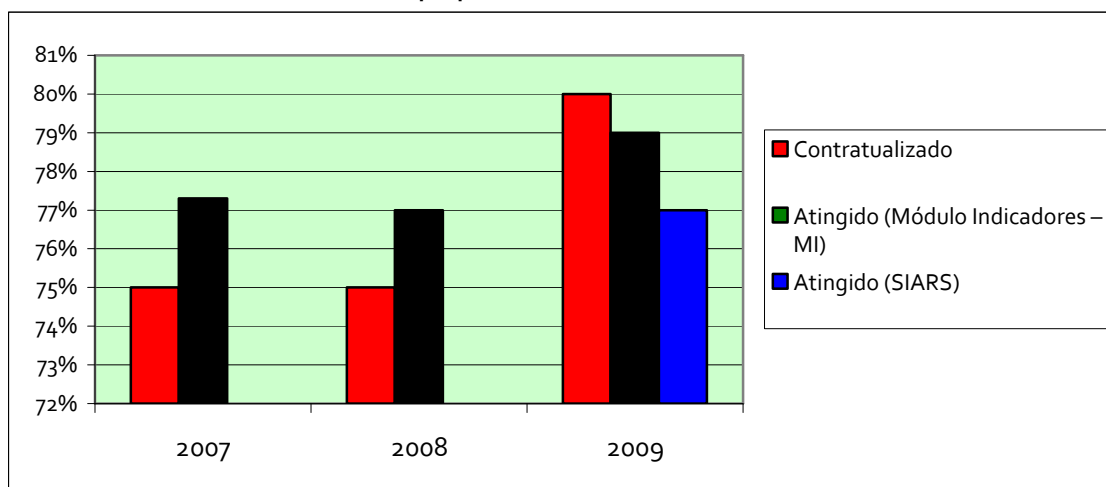
Durante os anos em análise, nota-se pouca evolução nos valores deste indicador, cerca de (2%), tendo até diminuído em 2008. Para a equipa da USF a meta e o valor atingido, consideram-se bons, pelo facto de traduzirem o equilíbrio entre a personalização dos cuidados médicos e a intersubstituição dentro da equipa, porque valores muito elevados podem conduzir a mau funcionamento da intersubstituição na equipa e valores muito baixos podem significar perda em termos de personalização de cuidados médicos (relatório de atividades USF Planície 2009).

**Quadro 22 - Indicador 3.12 – Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família**

Anos/metasp	2007	2008	2009
Contratualizado	75%	75%	80%
Atingido (Módulo Indicadores – MI)	77,7%	77%	79%
Atingido (SIARS)			77%

Fonte: Relatório de atividades da USF Planície, 2009

**Figura 8 – gráfico referente ao Indicador 3.12 – Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família**



• As metas para o indicador “3.15 Taxa de utilização global de consultas”, nos anos de 2007, 2008 e 2009, foram contratualizadas por (65%), (70%) e (70%)



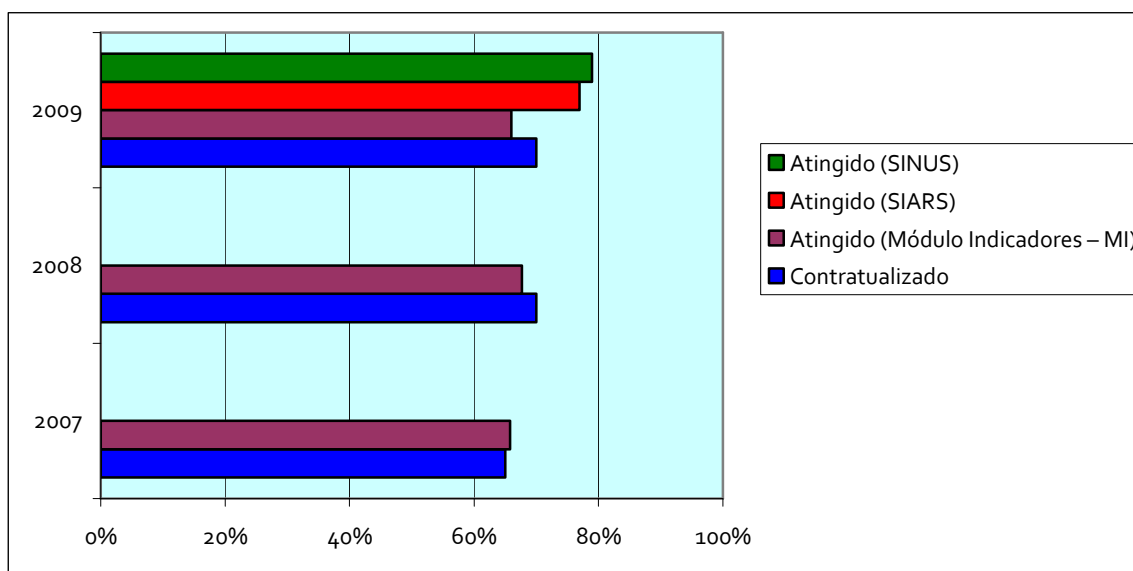
respetivamente, tendo sido atingidos nesses anos (65,8%), (67,7%) e (66%), (cf. quadro 23 e gráfico da figura 9). A meta para este indicador foi atingida nos três anos, embora nos anos de 2007 e 2009 apenas se considere atingida pelo SINUS, é de salientar que, para a meta ser atingida, será necessário obter 90% do valor contratualizado. Conforme explicação da equipa da USF Planície, esta taxa de utilização, no limite da contratualização, deve-se ao facto da existir muita oferta de serviços de saúde na cidade de Évora, desde algumas Clínicas com grande capacidade técnica e de recursos humanos, como a Clínica de Diagnósticos pela Imagem (CDI) Hospital da Misericórdia de Évora e do Hospital do Espírito Santo de Évora, da rede do SNS, prevendo-se que os utentes possam recorrer a esses serviços prestadores de cuidados de saúde (relatório de atividades USF Planície 2009).

Quadro 23 – Indicador 3.15 – Taxa de utilização global de consultas

Anos/metapas	2007	2008	2009
Contratualizado	65%	70%	70%
Atingido (Módulo Indicadores – MI)	65,8%	67,7%	66%
Atingido (SIARS)			67%
Atingido (SINUS)			79%

Fonte: Relatório de atividades da USF Planície, 2009

Figura 9 – gráfico referente ao indicador 3.15 – Taxa de utilização global de consultas



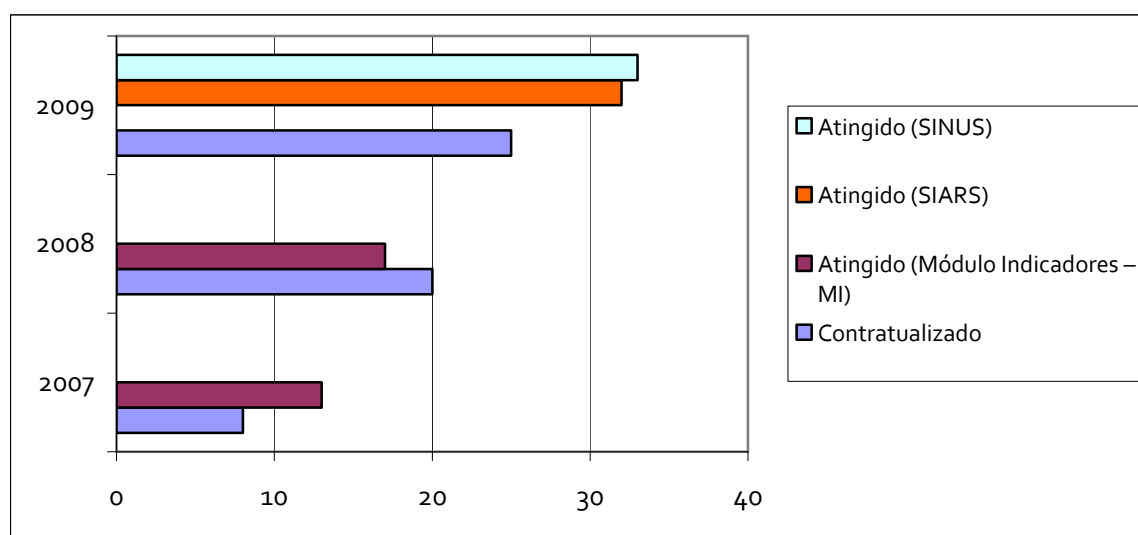
• As metas para o indicador “4.18 – Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos”, nos anos de 2007, 2008 e 2009, foram contratualizadas por (8‰), (20‰) e (25‰), sendo atingidos (13‰), (17‰) e (32‰), (cf. quadro 24 e gráfico da figura 10). As metas foram atingidas nos três anos em análise. No ano de 2009 a meta foi atingida com (32‰) pelo SIARS e (33‰) pelo SINUS. A equipa da USF Planície indica que, foram efetuadas todas as visitas domiciliárias pedidas pelos utentes, acrescidas pelas realizadas por iniciativa dos médicos de família. Considerando que, o número de visitas domiciliárias registadas, se enquadram no intervalo ideal para este indicador, estará assim atingida a meta (relatório de atividades da USF Planície, 2009).

**Quadro 24 – Indicador 4.18 – Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos**

Anos/metras	2007	2008	2009
Contratualizado	8	20	25
Atingido (Módulo Indicadores – MI)	13	17	n.d
Atingido (SIARS)			32
Atingido (SINUS)			33

Fonte: Relatório de atividades da USF Planície, 2009

**Figura 10 – gráfico referente ao indicador 4.18 – Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos**



• As metas para o indicador “4.30 – Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos”, nos anos de 2007, 2008 e 2009, foram contratualizadas por (180‰), (120‰) e (130‰), sendo atingidos os valores (44‰),

(98‰) e (153‰), (quadro 25 e gráfico da figura 11). Nos anos de 2007 e 2008 as metas não foram atingidas. No ano de 2009 a meta foi atingida com (153‰) pelo MI e (154‰) pelo SIARS.

Quanto aos valores obtidos nos anos de 2007 e 2008, a equipa da USF Planície salienta o facto do valor deste indicador estar subavaliado devido a um erro informático já devidamente identificado. Apesar do erro ser indicado nos relatórios destes anos e do erro informático ter sido identificado (pela própria USF), na avaliação desses anos não foi tido em consideração este problema pelo que a USF foi indevidamente penalizada neste indicador.

Para o valor alcançado pela USF neste indicador contaram a realização de todos os domicílios de enfermagem solicitados pelos utentes, os domicílios realizados por iniciativa do enfermeiro, sempre que tal estivesse indicado, e ainda os realizados por indicação médica.

As atividades de enfermagem que contribuíram para este indicador foram os cuidados curativos de enfermagem e as visitas de vigilância e promoção da saúde. Também estão incluídas as visitas de enfermagem realizadas aos Sábados, Domingos e feriados.

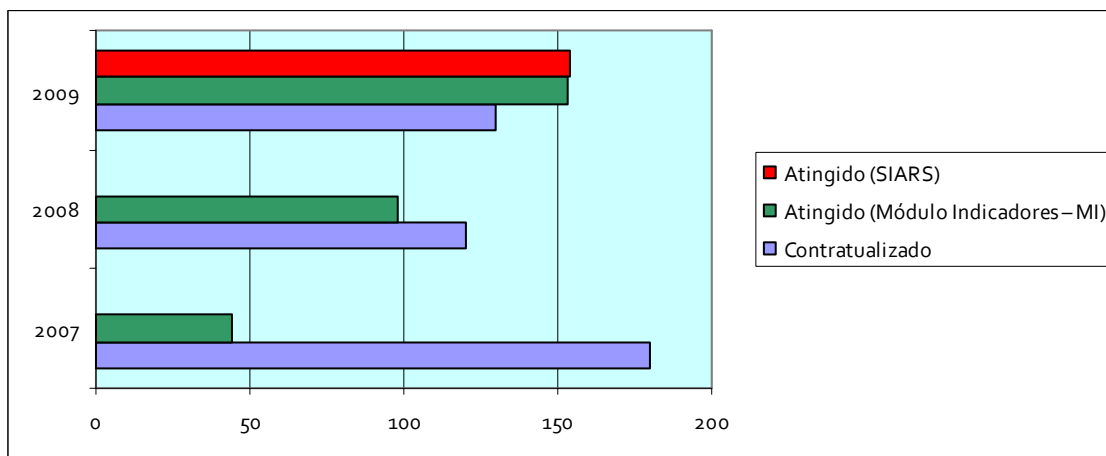
Tal como para os domicílios médicos, considera-se que a meta para este indicador está próxima do limite considerado razoável, uma vez que valores mais elevados podem induzir uma má gestão do tempo dedicado às diferentes atividades de enfermagem (relatório de atividades da USF Planície, 2009).

**Quadro 25 – Indicador 4.30 – Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos**

Anos/metasp	2007	2008	2009
Contratualizado	180	120	130
Atingido (Módulo Indicadores – MI)	44	98	153
Atingido (SIARS)			154

Fonte: Relatório de atividades da USF Planície, 2009

Figura 11 - gráfico referente ao indicador 4.30 – Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos



• As metas para o indicador “5.2 – Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada (uma em 3 anos)”, nos anos de 2007, 2008 e 2009, foram contratualizadas por (35%), (40% e (60%), sendo atingidos (14,5%), (32,9%) e (46,7%), (cf. quadro 26 e gráfico da figura 12). No ano de 2007 a meta não foi atingida. Nos anos de 2008 e 2009 a meta foi quase atingida, uma vez que os valores obtidos correspondem a 80% da meta contratada. A equipa da USF, contesta o elevado valor estabelecido para esta meta, pelos seguintes motivos:

- Este indicador considera no denominador todas as mulheres do grupo etário considerado, no entanto algumas delas não têm indicação para ser submetidas a colpocitologia e, como tal, não têm hipótese de ser consideradas no numerador.

- São o caso de mulheres histeretomizadas, mulheres que nunca tiveram atividade sexual, mulheres grávidas. Deste modo o denominador inclui mulheres que não são alvo do programa de rastreio, introduzindo um viés no cálculo deste indicador.

· Iniciou-se recentemente o programa de rastreio do cancro do colo, segundo este, as mulheres devem fazer duas citologias em anos consecutivos, pelo que uma parte do tempo dedicado a esta atividade no ano de 2009 foi para realização de segundas colpocitologias, diminuindo o tempo disponível para convocar e atender um maior número de mulheres.

- O tempo que cada médico tem para esta atividade é limitado pela disponibilidade de gabinete médico. A USF tem apenas um gabinete médico equipado para a saúde da mulher, o seu tempo de utilização é dividido pelos 8 médicos, pelo que cada médico

tem ao seu dispor um período (uma tarde ou uma manhã) por semana e ainda, uma tarde por semana, é ocupado pela Consulta do Adolescente.

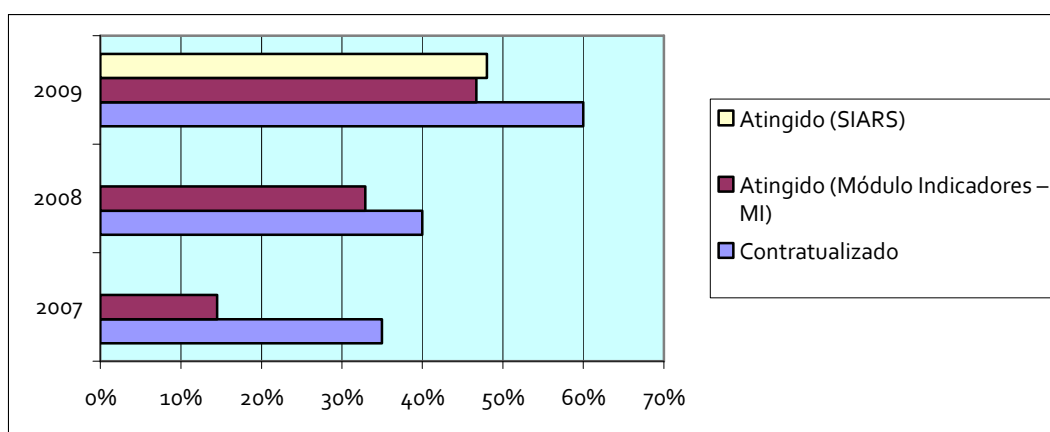
- Cada médico tem, no período que lhe cabe, de realizar as atividades de Saúde Materna, Planeamento Familiar e Rastreio do Cancro do Colo do Útero. Por esta razão não é possível aumentar o tempo e, portanto, o número de mulheres atendidas, para esta atividade (relatório de atividades da USF Planície, 2009).

**Quadro 26 – Indicador 5.2 – Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada (uma em 3 anos)**

Anos/metapas	2007	2008	2009
Contratualizado	35%	40%	60%
Atingido (Módulo Indicadores – MI)	14,5%	32,9%	46,7%
Atingido (SIARS)			48%

Fonte: Relatório de atividades da USF Planície, 2009

**Figura 12 - gráfico referente ao indicador 5.2 – Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada (uma em 3 anos)**



• As metas para o indicador “5.1 – Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos”, nos anos de 2007, 2008 e 2009, foram contratualizadas por (50%), (45%) e (65%), sendo atingidos (33,8%), (54%) e (59%), (cf. quadro 27 e gráfico da figura 13). No ano de 2007 a meta não foi atingida. Nos anos de 2008 e 2009 a meta foi atingida com os valores de (54%) e (59%) apesar deste valor, esta última considera-se atingida, porque para se considerar alcançada seria necessário obter (90%) do valor contratualizado. A equipa da USF Planície refere que, este indicador é influenciado pela realização do rastreio organizado e sistemático do cancro da mama realizado no distrito de Évora. Este rastreio é feito através da realização de mamografia com a periodicidade de cerca de

2 anos, com convocação por carta de todas as mulheres em idade alvo. O trabalho da USF é, em primeiro lugar, alertar, sensibilizar e motivar a adesão das suas utentes a esse rastreio e, em segundo lugar, detetar as mulheres não rastreadas às quais pede a realização de mamografia fora do âmbito do rastreio. No concelho de Évora a última edição do rastreio realizou-se em 2008 pelo que a próxima será em 2010. No ano de 2009 não se realizaram mamografias através deste rastreio. Por este motivo neste ano o número de utentes da USF submetidas a mamografia de rastreio foi menor.

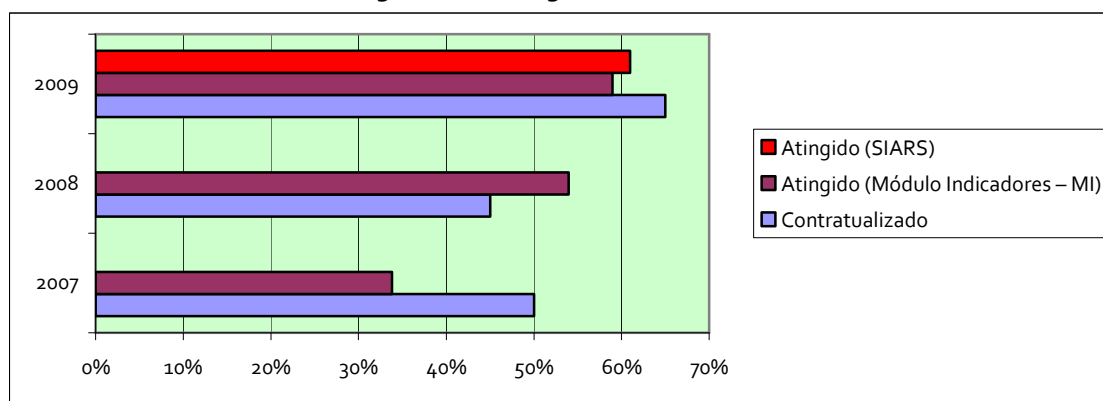
Como os sistemas informáticos colocados à disposição da USF não permitirem uma listagem das mulheres que não cumprem o programa de rastreio do cancro da mama, não é possível pôr em prática uma estratégia de convocação ou convite dessas mulheres de modo a melhorar este indicador (relatório de atividades da USF Planície, 2009).

**Quadro 27 – Indicador 5.1 – Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos**

Anos/metapas	2007	2008	2009
Contratualizado	50%	45%	65%
Atingido (Módulo Indicadores – MI)	33,8%	54%	59%
Atingido (SIARS)			61%

Fonte: Relatório de atividades da USF Planície, 2009

**Figura 13 - gráfico referente ao indicador 5.1 – Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos**



- As metas para o indicador "5.4 – Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA<sub>1c</sub> registada nos últimos doze meses, desde que abranjam dois semestres", no ano de 2009, foi contratualizada por (65%), sendo atingido (59%), (cf. quadro 28 e gráfico da figura 14). Nos anos de 2007 e 2008, este indicador não existia. No ano de 2009 a meta foi quase atingida (80% do valor contratualizado).

A equipa da USF, considera que o valor registado não está correto e não corresponde à realidade devido a fatores que lhe são alheios, entre os quais, a dificuldade do registo da atividade no sistema informático (relatório de atividades da USF Planície, 2009).

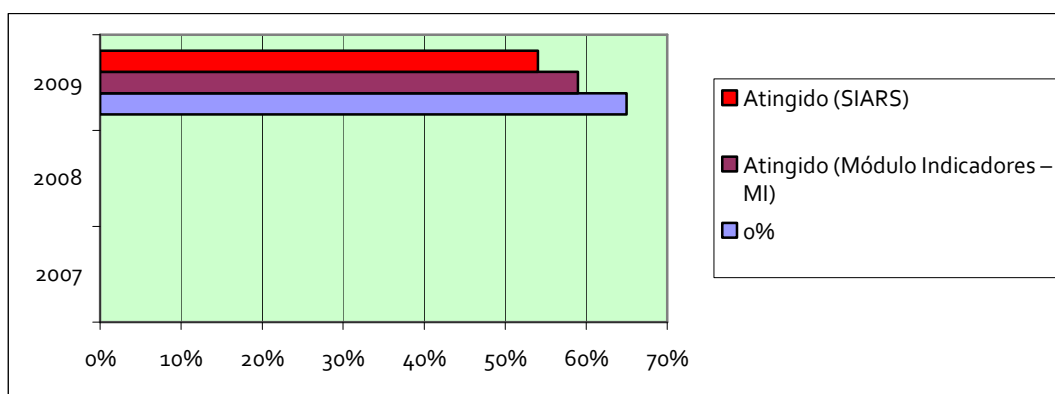
**Quadro 28 – Indicador 5.4 – Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA1C registada nos últimos doze meses, desde que abrangam dois semestres**

Anos/metapas	2007	2008	2009
Contratualizado	n.d	n.d	65%
Atingido (Módulo Indicadores – MI)	n.d	n.d	59%
Atingido (SIARS)			54%

n.d – não disponível, indicador não existente nos anos de 2007 e 2008

Fonte: Relatório de atividades da USF Planície, 2009

**Figura 14 - gráfico referente ao indicador 5.4 – Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA1C registada nos últimos doze meses, desde que abrangam dois semestres**



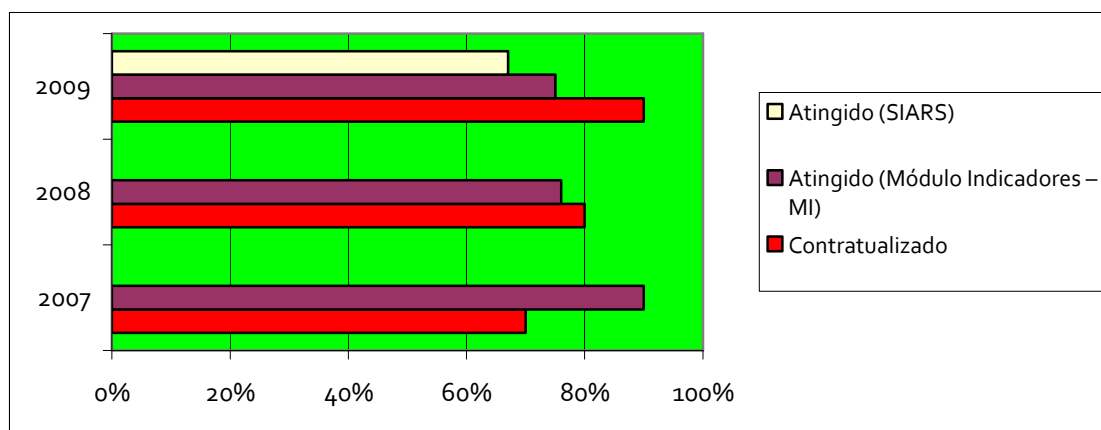
• As metas para o indicador “Indicador 5.10 – Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos seis meses”, nos anos de 2007, 2008 e 2009, foram contratualizadas por (70%), (80%) e (90%), sendo atingidos (90%), (76%) e (75%) (cf. quadro 29 e gráfico da figura 15). Nos anos de 2007 e 2008 as metas foram atingidas. No ano de 2009 a meta foi quase atingida. A equipa da USF considera que este valor não corresponde à realidade, encontrando-se errado, devido a deficiência no sistema informático e que não é da sua responsabilidade (relatório de atividades da USF Planície, 2009).

**Quadro 29 – Indicador 5.10 – Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos seis meses**

Anos/metasp	2007	2008	2009
Contratualizado	70%	80%	90%
Atingido (Módulo Indicadores – MI)	90%	76%	75%
Atingido (SIARS)			67%

Fonte: Relatório de atividades da USF Planície, 2009

**Figura 15 - gráfico referente ao indicador 5.10 – Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos seis meses**



• As metas para o indicador “6.1 – Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos”, nos anos de 2007, 2008 e 2009, foram contratualizadas por (95%), (95%) e (98%), (cf. quadro 30 e gráfico da figura 16). Nos anos de 2007 e 2008 não foi possível obter resultados. No ano de 2009 a meta foi quase atingida. No entanto, a equipa da USF indica que não dispõe de dados fidedignos relativos a este indicador, porque os valores colhidos através de um dos programas informáticos (MI) não são de confiança e no programa SIARS não se encontra qualquer registo (relatório de atividades da USF Planície, 2009).

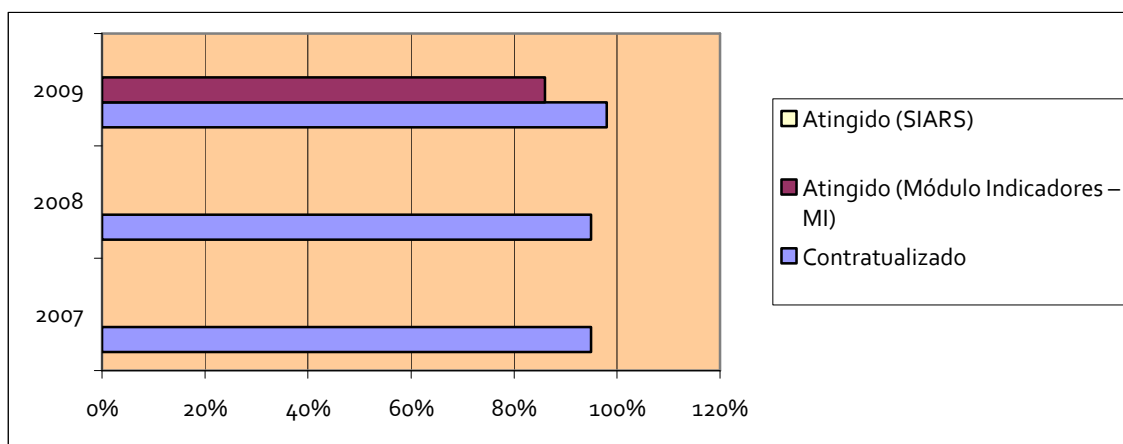
**Quadro 30 – Indicador 6.1 – Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos**

Anos/metasp	2007	2008	2009
Contratualizado	95%	95%	98%
Atingido (Módulo Indicadores – MI)	n.d	n.d	86%
Atingido (SIARS)			n.d

Fonte: Relatório de atividades da USF Planície, 2009



Figura 16 - gráfico referente ao indicador 6.1 – Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos



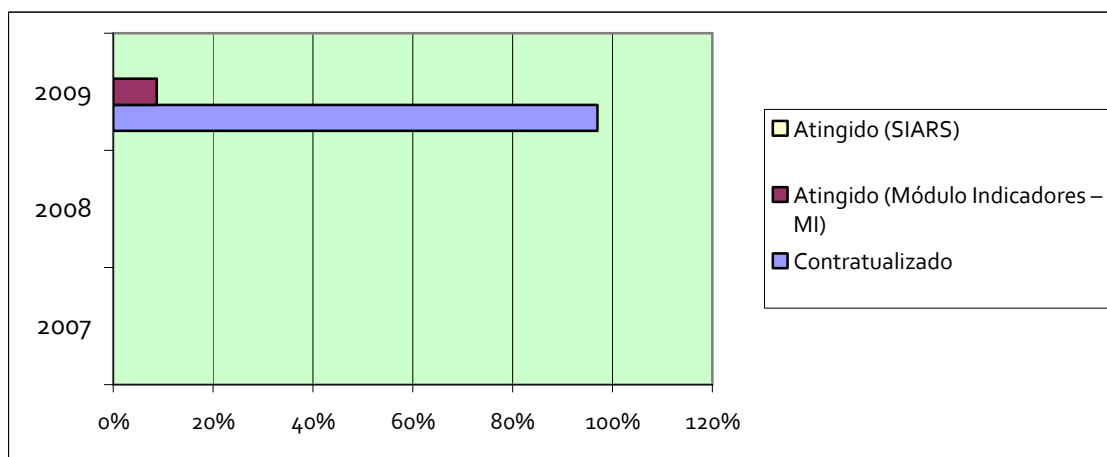
• As metas para o indicador “6.1 – Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 6 anos”. Nos anos de 2007 e 2008, não foi possível obter resultados. No ano de 2009 foi contratualizada por (97%), sendo alcançado (8,7%), (cf. quadro 31 e gráfico da figura 17). A meta não foi atingida. A equipa da USF indica que não dispõe de dados fidedignos relativos a este indicador, porque os valores colhidos através de um dos programas informáticos (SI) não são de confiança e no programa SIARS não se encontra qualquer registo (relatório de atividades da USF Planície, 2009).

Quadro 31 – Indicador 6.1 – Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 6 anos

Anos/metapas	2007	2008	2009
Contratualizado	nd	nd	97%
Atingido (Módulo Indicadores – MI)	nd	nd	8,7%
Atingido (SIARS)			nd

Fonte: Relatório de atividades da USF Planície, 2009

Figura 17 - gráfico referente ao indicador 6.1 – Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 6 anos



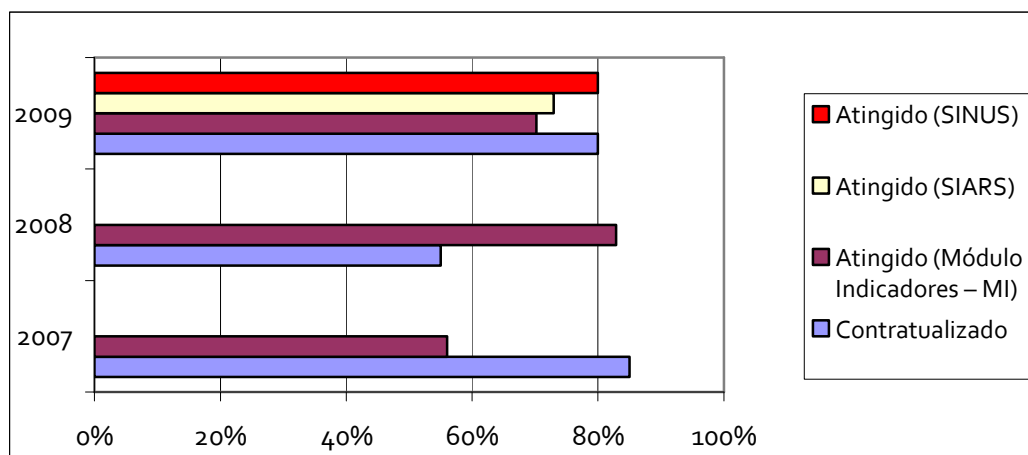
• As metas para o indicador “6.12 – Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias”, nos anos de 2007, 2008 e 2009 foram contratualizadas por (85%), (55%) e (80%) e foram atingidos (56%), (82,9%) e (70,2%), (cf. quadro 32 e gráfico da figura 18). Nos anos de 2007 e 2008, a meta não foi atingida. Em 2009 a meta para este indicador foi alcançada. A equipa da USF coloca em dúvida os valores registados pelos programas informáticos, SIARS, MI e SINUS, atribuindo-lhe duvidosa fiabilidade, mas dá maior credibilidade aos valores registados pelo SINUS, uma vez que resulta do registo direto das atividades e consultas realizadas (relatório de atividades da USF Planície, 2009).

Quadro 32 – Indicador 6.12 – Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias

Anos/metapas	2007	2008	2009
Contratualizado	85%	55%	80%
Atingido (Módulo Indicadores – MI)	56%	82,9%	70,2%
Atingido (SIARS)			73%
Atingido (SINUS)			80%

Fonte: Relatório de atividades da USF Planície, 2009

**Figura 18 - gráfico referente ao indicador 6.12 – Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias**



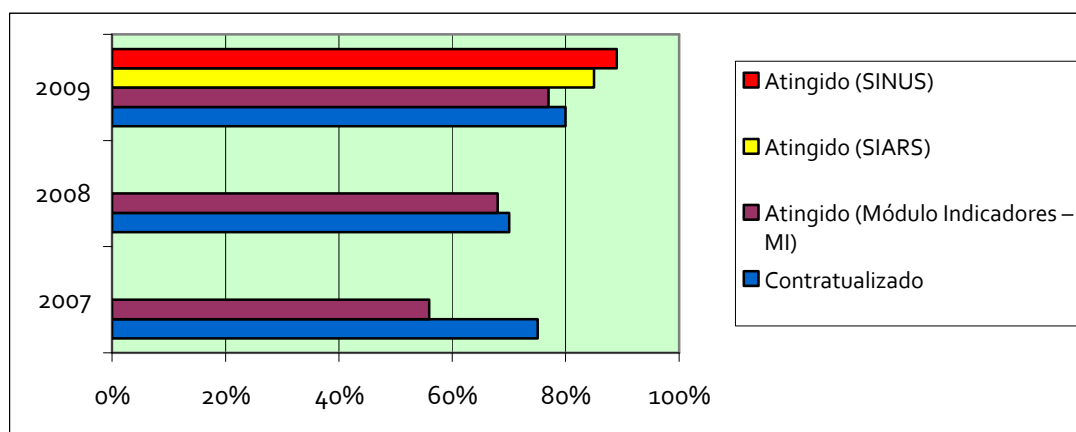
• As metas para o indicador “6.9 – Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre”, nos anos de 2007, 2008 e 2009, foram contratualizadas por (75%), (70%) e (80%), sendo atingidos (55,9%), (68%) e (77%), (cf. quadro 33 e gráfico da figura 19). No ano de 2007, a meta não foi atingida. Nos anos de 2008 e 2009 as metas foram alcançadas com as percentagens (77%) pelo MI, (85%) pelo SIARS e de (89%) pelo SINUS. Também neste caso, a equipa da USF salienta as diferenças dos dados obtidos em cada *software* informático, dando maior confiança aos recolhidos pelo SINUS (relatório de atividades da USF Planície, 2009).

**Quadro 33 – Indicador 6.9 – Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre**

Anos/metastas	2007	2008	2009
Contratualizado	75%	70%	80%
Atingido (Módulo Indicadores – MI)	55,9%	68%	77%
Atingido (SIARS)			85%
Atingido (SINUS)			89%

Fonte: Relatório de atividades da USF Planície, 2009

Figura 19 - gráfico referente ao indicador 6.9 – Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre



• As metas para o indicador “7.6 – Custo estimado para medicamentos prescritos/Utilizador”, nos anos de 2007, 2008 e 2009, foram contratualizadas por (230€), (190€) e (180€), sendo atingidos os valores (320€), (194€) e (163€), (cf. quadro 34 e gráfico da figura 20). A meta deste indicador de eficiência não foi alcançada em nenhum dos anos. No ano de 2009 está registado o valor de (163€) pelo MI, mas o valor válido é o do SIARS (195,44€). A equipa da USF indica que o resultado deste indicador é influenciado pelo preço de venda dos medicamentos, que tem tendência para subir e pelas inovações terapêuticas, com maior eficácia, mais seguras, mas também mais caras. Estas situações não são controladas pela USF.

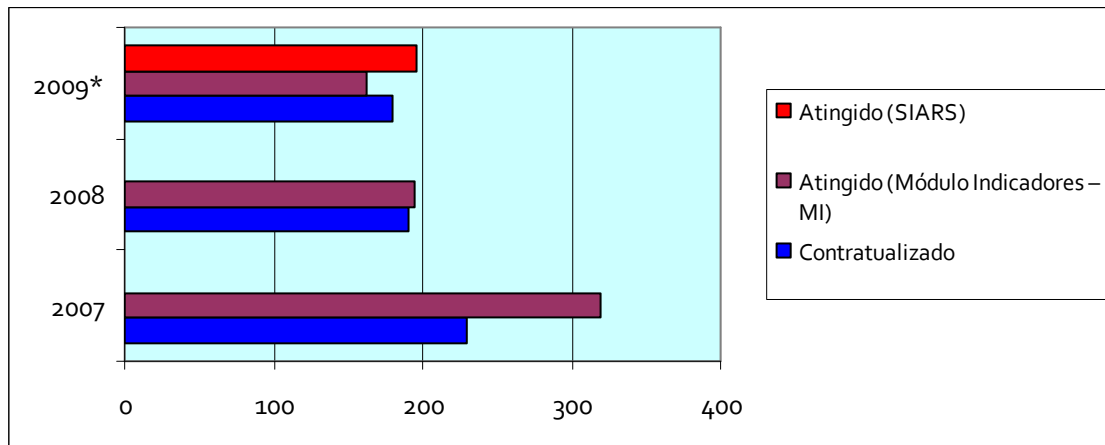
Salienta-se ainda, a variação nas políticas de comparticipação de medicamentos como fator que influencia o seu consumo. A comparticipação pelo SNS em 100% promove um maior consumo e maior desperdício de doses pelos utentes, sendo também uma situação não controlada totalmente, pela USF (relatório de atividades da USF Planície, 2009).

Quadro 34 – Indicador 7.6 – Custo estimado para medicamentos prescritos/Utilizador

Anos/metasp	euros		
	2007	2008	2009*
Contratualizado	230€	190€	180€
Atingido (Módulo Indicadores – MI)	320€	194€	163€
Atingido (SIARS)			195,44€
* Em 2009 contratualizou-se o custo de medicamentos PVP faturado.			
** O Módulo Indicadores (MI) contabiliza o valor de medicamentos prescritos por utilizador.			

Fonte: Relatório de atividades da USF Planície, 2009

Figura 20 - gráfico referente ao indicador 7.6 – Custo estimado para medicamentos prescritos/Utilizador



• As metas para o indicador “7.7 – Custo estimado com meios complementares de diagnósticos e terapêutica prescritos/Utilizador”, nos anos de 2007, 2008 e 2009, foram contratualizadas por (50€), (70€) e (42€), sendo atingidos os valores de (76€), (75€) e (63,78€), (cf. quadro 35 e gráfico da figura 21). A meta deste indicador de eficiência não foi alcançada em nenhum dos anos. A equipa da USF refere que, seria necessário um sistema informático diferente do existente, que pudesse ajudar a corrigir as deficiências na prescrição de exames complementares de diagnóstico e terapêutica (relatório de atividades da USF Planície, 2009).

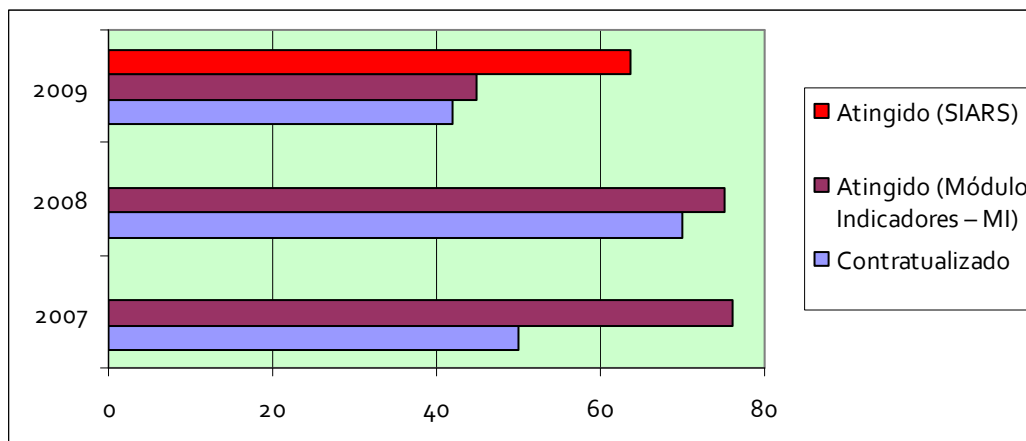
Quadro 35 – Indicador 7.7 – Custo estimado com meios complementares de diagnósticos e terapêutica prescritos/Utilizador

	<b>euros</b>		
Anos/metast	2007	2008	2009
Contratualizado	50	70	42
Atingido (Módulo Indicadores – MI)	76	75	45
Atingido (SIARS)			63,78

\* O Módulo Indicadores (MI) contabiliza o valor de MCD prescritos por utilizador.

Fonte: Relatório de atividades da USF Planície, 2009

Figura 21 - gráfico referente ao indicador 7.7 – Custo estimado com meios complementares de diagnósticos e terapêutica prescritos/Utilizador



Perante a análise efetuada, conclui-se que a USF Planície, desde 2007, continua com dificuldades no cumprimento de algumas metas. A equipa da USF atribui essa deficiência aos seguintes fatores exógenos:

- Plano para a Gripe A, SAG e vacinação. A participação de profissionais da USF no Serviço de Atendimento da Gripe, na vacinação contra a gripe A e na implementação do plano interno da USF para a gripe A, traduziu-se em consumo de tempo e na alteração da organização interna da USF, com implicação negativa nos restantes aspetos do funcionamento da USF e também nos indicadores.
- A ausência de dados fiáveis durante o ano, que permitissem a monitorização e a intervenção corretora para melhorar os resultados dos indicadores.
- Os dados para avaliação apenas disponíveis no início de Março de 2010. Depois de um ano em que as aplicações informáticas existentes não forneceram dados ou, quando forneceram foi com muito atraso e sem fiabilidade, a USF confrontou-se em Março de 2010, com os dados considerados válidos para a avaliação do ano de 2009. A apresentação de dados válidos apenas à posteriori, colocou a USF numa posição de "ato consumado" sem qualquer possibilidade de correção.
- A ausência de dados que permitam conhecer com mais pormenor o comportamento da USF relativamente a cada indicador; seria necessário conhecer as diversas variáveis que contribuem para o resultado final.
- A ausência de dados de outras USF, Regiões, Centros de Saúde ou mesmo média nacional, que permita comparar a USF Planície.

- A imposição de trabalho administrativo adicional.
- A imposição de serviços sem negociação ou contratualização: hipocoagulação, prestação de serviço no Serviço de Atendimento da Gripe, vacinação contra a gripe A.
- O mau funcionamento do sistema informático nas extensões. Nas extensões de N.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup> de Machede e N.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup> de Guadalupe a ligação à rede informática é de tal modo lenta que, em muitos dias, inviabiliza a utilização dos sistemas de registo médico (SAM) e de enfermagem (SAPE). Pela mesma razão, não é possível a utilização do Programa Consulta a Tempo e Horas, Base de Dados do Rastreo do Cancro do Colo do Útero (BARCCU). Esta situação, para além do consumo de tempo que representa, leva a que muitos dados, ao não serem registados nos sistemas informáticos, não sejam considerados para os indicadores.

É de salientar que desde 2007, a USF Planície nunca conseguiu cumprir as metas para os indicadores de eficiência.

## **5.6. Avaliação dos indicadores de desempenho da USF Planície em 2010**

No quadro 36, são apresentados os valores das metas alcançadas em 2010, pela USF Planície, para os respetivos indicadores e as contratualizadas, o estado e pontuação obtida em cada indicador. Verifica-se que, foram obtidos o total de 14 pontos, quando poderiam ser obtidos no máximo 30 pontos, correspondente a (100%) e no mínimo 24 pontos (80%), medidos pela (Metodologia de contratualização – USF modelo A e B – ACSS e Métrica de avaliação das metas contratualizadas). As metas para os indicadores de desempenho económico, ou eficiência, continuam inatingíveis em 2010.

- A meta para o indicador “3.12 - Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família”, foi contratualizada por (80%), sendo alcançada a percentagem de (79%), (quadro 36). A meta para este indicador foi considerada atingida. Conforme indicação da equipa da USF, atingiu a meta deste indicador, ou seja, (99%) da meta. O valor alcançado pela USF traduz por um lado a garantia do atendimento de cada utente pelo seu médico de família e, por outro lado, a garantia

do atendimento de cada utente mesmo quando o seu médico de família não está disponível.

Quer a meta, quer o valor atingido, encontram-se no valor ideal para este indicador. Valores mais altos podem indicar que a intersubstituição de médicos não está a funcionar corretamente. Valores mais baixos podem significar que não há atendimento preferencial pelo seu médico de família ou que têm dificuldade de acesso ao mesmo (Relatório de atividades da USF Planície, 2010).

- A meta contratualizada para o indicador “3.15 - Taxa de utilização global de consultas”, foi (72%) e a efetivamente conseguida foi (65%), (cf. quadro 36). Assim, a meta para este indicador foi, quase atingida, ou seja, (90%) da meta. A equipa da USF explica que, o valor obtido este ano, ficou semelhante ao dos anos anteriores, (67,7%) em 2008 e (67%, SIARS) em 2009. A relativa semelhança do valor deste indicador indicia que o resultado obtido está diretamente relacionado com as características das listas de utentes e do meio em que a USF se localiza. São exemplo deste fator a existência de utentes com subsistemas de saúde, oferta abundante de serviços privados (clínicas, consultórios, hospital) e a existência do Hospital do Espírito Santo, da Rede do SNS (Relatório de atividades da USF Planície, 2010).

- A meta contratualizada para o indicador “4.18 - Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos” foi (32‰) e a alcançada foi (32‰), (cf. quadro 36). A meta deste indicador foi atingida, correspondendo este valor a 100% da meta. A equipa da USF Planície salienta que, o resultado alcançado neste indicador está em grande parte relacionado com as situações que ocorram entre os utentes. A USF assegura a realização de consultas domiciliárias programadas pelos profissionais de saúde sempre que haja indicação e também de consultas domiciliárias a pedido dos utentes sempre que estes a solicitem. O número total de consultas domiciliárias está por este motivo dependente destas situações. Uma vez que a USF já cumpre estes dois critérios, o valor final depende do número de utentes que necessitem e desejem cuidados médicos domiciliários e esse número não é passível de controlo pela USF (Relatório de atividades da USF Planície, 2010).

- A meta contratualizada para o indicador “4.30 - Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos” foi (150‰) e a conseguida foi (217‰), (cf. quadro 36). A meta deste indicador foi superada, ficando muito acima do valor



contratualizado. A equipa da USF Planície indica que, atingiu e ultrapassou a meta deste indicador, conseguindo (145‰) da meta, com o valor de (217 ‰) de domicílios de enfermagem por 1.000 inscritos.

O valor conseguido pela USF para este indicador tem vindo a aumentar de ano para ano. Em 2007 foi de (100‰) e em 2009 foi de (154‰), sendo o valor máximo contratualizado pela ARS Alentejo em 2009 de (130‰) e os valores alcançados pelas USF do Alentejo em 2009 foram de 132‰, 128‰ e 43‰. Assim, o valor atingido pela USF Planície está acima de qualquer um destes valores.

A USF em 2010 prestou cuidados domiciliários de enfermagem sempre que houve indicação médica e sempre que os utentes o solicitaram. Por este motivo, a variação do número de visitas domiciliárias de enfermagem depende destes dois fatores (Relatório de atividades da USF Planície, 2010).

- A meta contratualizada para o indicador "5.2 - Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada (uma em 3 anos) foi (70%) e a registada foi (52%), (cf. quadro 36). A meta deste indicador não foi atingida. Conforme indicação da equipa da USF Planície, o valor atingido tem melhorado desde 2007, registando (33% em 2008, 48% em 2009 e 52% em 2010). Não houve possibilidade de negociação para a meta em 2010, sendo imposta por um valor excessivamente alto. Em termos de comparação, refira-se que o valor mais elevado contratualizado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo foi, em 2009, de 50%. Assim, o valor atingido pela USF Planície em 2010 é superior ao valor máximo contratualizado nesta ARS. Acrescente-se que, o valor máximo contratualizado em 2009 pela ARS Centro foi de 60% (mínimo de 35%, média 46,5%). Se fosse este o valor contratualizado pela USF Planície, esta ficaria no nível "Quase atingido" para este indicador (Relatório de atividades da USF Planície, 2010).

- A meta para o indicador "5.1 - Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos" foi contratualizada por (65%) e a conseguida foi (56%), (cf. quadro 36). A meta deste indicador foi, quase atingida, sendo conseguido o resultado de (86%) da meta contratualizada. A equipa da USF Planície esclarece que, o valor alcançado pela USF neste indicador está dependente da realização do ciclo de rastreio do cancro da mama realizado no distrito de Évora pela Liga Portuguesa Contra o Cancro. Este rastreio decorre com uma periodicidade de 2

em 2 anos, decorreu em Évora entre Setembro de 2010 e Abril de 2011. Por esta razão, o valor alcançado neste indicador apenas irá aumentar no ano de 2011 (Relatório de atividades da USF Planície, 2010).

- A meta contratualizada para o indicador “5.4 - Percentagem de diabéticos com pelo menos uma HbA1C nos últimos três meses”, foi (75%) e a registada foi (49%), (cf. quadro 36). A meta deste indicador foi atingida. A equipa da USF Planície, explica que, atingiu (65%) da meta neste indicador com (49%) de diabéticos, afirmando que cumpriu o indicador. A equipa da USF Planície não aceita o resultado deste indicador. Para avaliar a fiabilidade deste resultado a USF efetuou uma revisão de todos os utentes diabéticos de um dos médicos da USF. Apurou-se que havia uma diferença de 32% entre o valor real obtido por consulta dos processos um a um e o valor obtido pelo SIARS, sendo este último inferior.

Uma vez que não foram colocados à disposição da USF ferramentas que permitam a gestão clínica não é possível à USF uma melhor avaliação deste indicador, nem promover ações concretas e específicas que levem a melhor resultado.

Pelos motivos antes indicados, a equipa da USF considera a meta cumprida (Relatório de atividades da USF Planície, 2010).

- A meta contratualizada para o indicador “5.10 - Percentagem de hipertensos c/ registo de pressão arterial nos últimos seis meses”, foi (90%) e a registada foi (64%), (cf. quadro 36). A meta para este indicador não foi atingida, registando um desvio de (71%). A equipa da USF salienta que, não foram colocados à disposição da USF meios, nem foram fornecidos dados que permitam a monitorização e a análise deste resultado. Por esta razão não é possível identificar onde a USF pode ter falhado e quais são os aspetos a corrigir.

As hipóteses possíveis para explicar o não cumprimento desta meta, entre outras, são as seguintes:

- Erros de registo de doentes não hipertensos, com o diagnóstico de hipertensão, falta de registos dos valores de HTA<sup>18</sup> no programa de hipertensão arterial e, (por exemplo se o doente tiver em comum diabetes mellitus o valor da pressão arterial ser registado no programa de diabetes mellitus).

---

<sup>18</sup> Hipertensão Arterial

- Doentes que abandonam a vigilância, ausência de registo de valores de pressão arterial por falha do sistema informático, (como acontece frequentemente nas extensões rurais).
- Apesar destas hipóteses coloca-se ainda a possibilidade de erro no cálculo do indicador por parte da aplicação informática. Sobre este indicador é importante destacar que sem um programa informático de gestão clínica não é possível qualquer avaliação e estabelecimento de estratégias de correção. Na situação atual não é possível sequer a USF saber quantos e quais são os doentes com hipertensão arterial. Consideramos que a insuficiência de meios colocados à disposição da USF impede esta de obter melhores resultados.

Uma vez que esta situação não é da responsabilidade da USF, a sua equipa considera que, esta não deve, por este motivo ser penalizada e, como tal, a meta deve ser considerada atingida (Relatório de atividades da USF Planície, 2010).

- A meta contratualizada para o indicador "6.1 - Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos", foi (97%) sendo alcançada a percentagem de (83%), (cf. quadro 36). A meta deste indicador foi, quase atingida. Conforme indicação da equipa da USF, não foi fornecido o valor deste indicador corrigido através do programa SINUS Vacinação, por outro lado a vacinação só no final de 2010 passou a ser, parcialmente, realizada na USF Planície, pelo que esta não é responsável, este ano, pelo cumprimento deste indicador (Relatório de atividades da USF Planície, 2010).

- A meta contratualizada para o indicador "6.1 - Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 7 anos", foi (95%) e a alcançada foi (84%), (cf. quadro 36). A meta deste indicador foi, quase atingida. A equipa da USF salienta que, não conseguiu cumprir a meta deste indicador pelos mesmos motivos explicados no parágrafo anterior (Relatório de atividades da USF Planície, 2010).

- A meta contratualizada para o indicador "6.12 - Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias", foi (75%) e o alcançado foi (79%), (cf. quadro 36). A meta deste indicador foi atingida. A equipa da USF Planície destaca algumas dificuldades no cumprimento deste indicador, tais como:

- A numerosa oferta de consultas privadas de Pediatria na cidade de Évora.
- A tradição de acompanhamento das crianças por Pediatras na região de Évora.

- A prática habitual nas consultas de Pediatria, serviço de urgência de pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora.

A equipa desta USF tem procurado melhorar o resultado nesta área de prestação de cuidados através das seguintes estratégias:

- Melhorar a acessibilidade, todas as crianças que precisam da primeira consulta na vida têm esta consulta marcada no primeiro dia de consulta de saúde infantil do seu Médico de Família imediatamente a seguir ao pedido de consulta.
- Programação das consultas com hora e dia marcado.
- Diminuir o tempo em sala de espera até ao atendimento.

Todas as crianças que comparecem na USF para o rastreio de doenças metabólicas (Teste do pezinho), os pais são convidados a marcar consulta e, se assim aceitarem, esta é de imediato marcada.

A USF oferece ainda na área dos cuidados de saúde infantil as seguintes atividades:

- Apoio ao aleitamento materno, a USF tem profissionais com formação específica nesta área que prestam esclarecimentos, promovem e atuam resolvendo problemas. Estes profissionais acompanham diretamente as mães com problemas relacionados com o aleitamento materno ajudando a resolver os problemas e corrigindo as situações incorretas. Este programa articula-se e integra o programa da Direção Geral da Saúde sobre aleitamento materno.
- Programa nascer e crescer saudável, neste programa, com início ainda no decorrer da gravidez, os profissionais da USF envolvidos fazem educação para a saúde dos pais para o desenvolvimento de melhores competências parentais (Relatório de atividades da USF Planície, 2010).

• A meta contratualizada para o indicador "6.9 - Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre", foi (75%) e o alcançado foi (88%) (cf. quadro 36). A meta relativa a este indicador foi alcançada. A equipa da USF salienta as seguintes dificuldades para conseguir melhorar este indicador:

- A grande oferta de consultas e clínicas privadas de Obstetrícia em Évora.
- O hábito de, nas consultas hospitalares e privadas recomendarem o seguimento da gravidez por obstetra.

A equipa da USF tem procurado melhorar o resultado neste indicador através de:

- Melhorar a acessibilidade de forma que, qualquer utente grávida que procure marcar consulta tem a sua consulta marcada no dia de consulta de saúde de materna, do seu Médico de Família, mais próximo da marcação das consultas de Saúde Materna com hora e dia definido, programação das consultas de saúde materna: todas as grávidas saem da consulta de Saúde Materna com a/s consulta/s subsequentes marcadas.

A USF oferece ainda às suas utentes grávidas o programa Nascer e Crescer Saudável, que visa a preparação para a gravidez e parto, melhorar as competências para a parentalidade, nomeadamente a promoção do aleitamento materno (Relatório de atividades da USF Planície, 2010).

- A meta contratualizada para o indicador "7.6 - Custo estimado para medicamentos prescritos/Utilizador", foi (180€) e a registada foi (260,7€), (cf. quadro 36). A meta proposta para este indicador não foi alcançada, por esse motivo a equipa da USF, foca os seguintes aspetos:

- Não foram disponibilizados ao longo do ano de 2010 quaisquer dados que, permitissem à USF Planície conhecer a sua situação sobre este indicador e estabelecer uma estratégia de correção adequada.

- O único dado a que a USF teve acesso foi o do resultado final estimado, do qual teve conhecimento em Fevereiro de 2011.

- O valor obtido neste indicador variou de (195€) em 2009 para (260€) em 2010, correspondendo a um acréscimo de (33%), embora a percentagem correspondente à prescrição de medicamentos tenha diminuindo (10%) no mesmo período. Perante estas variações duvida-se da fiabilidade dos dados deste indicador uma vez que, parece não fazer sentido um aumento do valor faturado tão elevado (30%) de um ano para o outro, tanto mais que, o valor da medicação prescrita até diminuiu.

Apesar do esforço feito pelos médicos da USF em prescrever medicamentos genéricos e dentro destes, dando preferência aos menos dispendiosos, verifica-se que, frequentemente, o medicamento fornecido na farmácia não corresponde ao prescrito pelo médico, seja por opção do utente, seja devido à disponibilidade do mesmo na farmácia. Por este motivo, até certo ponto, o preço da medicação faturada não

corresponde ao prescrito pelo médico, escapando a este qualquer possibilidade de controlo sobre este fator (Relatório de atividades da USF Planície, 2010).

- A meta contratualizada para o indicador “7.7 - Custo estimado com meios complementares de diagnósticos e terapêutica prescritos /Utilizador”, foi (45€) e a registada foi (57,97€), (cf. quadro 36). A meta proposta para este indicador não foi atingida. Sobre o motivo do não cumprimento deste indicador de eficiência, a equipa da USF, apresenta o seguinte comentário:

- Embora não tenha atingido a meta, em 2010, a USF Planície atingiu o valor mais baixo de custo com meios complementares de diagnóstico por utilizador desde que iniciou as suas atividades. Este facto traduz o esforço dos profissionais em racionalizar os gastos e melhorar a eficiência do serviço prestado.

Com base na análise dos valores das metas alcançadas para os respetivos indicadores, verifica-se que a USF Planície continua com dificuldades em cumprir algumas metas contratualizadas, sendo indicados pela sua equipa os seguintes fatores que, influenciaram negativamente o cumprimento das metas:

- Ausência de Aplicação informática de apoio à gestão clínica.
- Ausência de dados em tempo útil sobre os indicadores, não permitindo o acompanhamento e a monitorização.
- Ausência de dados sobre o funcionamento da USF com detalhe suficiente para detetar os erros e pontos fracos e permitir a sua correção.
- Falhas do sistema informático, originando períodos sem que seja possível a consulta e o registo de dados.
- Lentidão da ligação à rede nas Extensões rurais, dificultando e frequentemente impossibilitando a utilização das aplicações informáticas.
- Aplicação informática de gestão do atendimento não sofreu qualquer correção desde a sua instalação, apesar do seu uso permitir detetar vários aspetos a melhorar.
- Aplicação informática de gestão do atendimento com avarias muito frequentes, condicionando dias ou períodos do dia de não funcionamento.
- Ao longo do ano não foram colocados à disposição meios de acesso aos dados relativos ao funcionamento da USF de modo a permitir a sua gestão em termos organizacionais e clínicos.

- Ao longo do ano a USF não teve acesso a dados que permitissem o acompanhamento e monitorização dos indicadores contratualizados.
- Esta falta de informação refere-se ao acesso a dados em tempo útil e à ausência de dados com o detalhe suficiente para detetar os pontos fracos permitindo planear alguma forma de intervenção e correção.
- Inexistência de dados que permitam a comparação da USF Planície com outras USF. A falta destes dados não permite à USF saber como são os seus resultados em comparação com outras realidades diferentes ou semelhantes.
- Para além do atendimento dos utentes relacionado com a prestação de cuidados de saúde, de forma presencial e telefónica, a equipa de Assistentes técnicos tem de assegurar uma enorme e crescente carga burocrática. Esta carga tem vindo a aumentar com a criação de novos serviços ou por transferência para a USF, muitas vezes sem consulta prévia desta. Esta carga burocrática inclui as seguintes tarefas: E-Agenda, programa de gestão de transporte de doentes, reembolsos, nova aplicação de gestão do aprovisionamento, vacinação, BARCCU, Programa Consulta a Tempo e Horas, cobrança de taxas moderadoras em dívida, emissão de cheque dentista, complemento solidário de idosos, processos de isenção de taxas moderadoras e de regime especial de comparticipação de medicamentos, gestão do correio, documentação relacionada com recursos humanos.

A USF Planície assegura a prestação de cuidados de saúde, para além da sua sede, em duas extensões situadas fora da cidade de Évora. Esta situação dificulta a gestão do tempo e dos recursos da USF, que tem de, em vários dias da semana prestar cuidados de saúde em simultâneo em mais de um local. As dificuldades agravam-se nos períodos de férias dos profissionais ou, como já aconteceu e, em caso de ausência ao trabalho por doença (Relatório de atividades da USF Planície, 2010).

**Quadro 36 - valores contratualizados e alcançados pela USF Planície em 2010**

***	*****	2010			
Nº SI	Indicador	Realizado	Contratualizado	Estado	Pontuação
*****	<b>ACESSO</b>	*****	*****	*****	*****
3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	79%	80%	Atingido	2
3.15	Taxa de utilização global de consultas	65%	72%	Quase atingido	1
4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	32	32	Atingido	2
4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	217	150	Atingido	2
	<b>DESEMPENHO ASSISTENCIAL</b>				
5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e os 64 anos com colpocitologia atualizada (uma em três anos)	52%	70%	Não atingido	0
5.1	Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos	56%	65%	Quase atingido	1
5.4	Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA <sub>1c</sub> registada nos últimos doze meses desde que abrangem dois semestres	49%	75%	Não atingido	0
5.10	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos seis meses	64%	90%	Não atingido	0
6.1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos*	83%	97%	Quase atingido	1
6.1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 7 anos*	84%	96%	Quase atingido	1
6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	79%	75%	Atingido	2
6.9	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	88%	75%	Atingido	2
----	Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos	***	***	***	***
	<b>EFICIÊNCIA</b>				
7.6	Custo estimado para medicamentos prescritos/Utilizador	260,7€	180,0€	Não atingido	0
"	Custo SNS			***	***
7.7	Custo estimado com meios complementares de diagnósticos e terapêutica prescritos/Utilizador	57,97€	45,00€	Não atingido	0
Total...	.....	.....	.....	.....	14

Fonte: Relatório de atividades da USF Planície, 2010

Com o objetivo de prestar melhores cuidados de saúde aos seus utentes e à comunidade local, a USF Planície no ano de 2010, contratualizou e realizou as seguintes carteiras adicionais (cf. quadro 37).



Quadro 37 – Carteiras adicionais

Carteira adicionais da USF Planície no ano de 2010	
Carteira adicional	Descrição
Alargamento de horário aos fins de semana e feriados	A USF cumpriu durante o ano de 2010 o alargamento de horário contratualizado.
Alargamento das listas de utentes por médico	Segundo os mapas obtidos no SIARSA Alentejo a USF Planície regista em 2010 o total de 13.993 utentes inscritos, acima dos 13.400 contratualizados.
Consulta do pé diabético	Foram registados 684 atendimentos na Agenda do SINUS para este Programa. Foram prestados tratamentos de podologia a 102 utentes.
Programa nascer e crescer saudável	Foram registados 691 atendimentos e presenças na Agenda do SINUS. No total foram atendidas 70 grávidas (12 delas eram utentes de outras USF) e 112 recém-nascidos.
Cuidados domiciliários de enfermagem ao fim de semana	Foram prestados cuidados domiciliários de enfermagem ao fim de se mana sempre que houve indicação para os mesmos se realizarem.
Intervenção comunitária das escolas/consultas de sexualidade	Na consulta de sexualidade dos jovens foram atendidos 108 utentes. As atividades desenvolvidas na Escola EB 2.3 Conde Vilalva foram as seguintes: Educação para a saúde; Rastreios de saúde; Projectos: "Um dia em forma"; Outros: "Marcha solidária contra o cancro da mama". Escola Severim de Faria: Educação sexual. Escola do 3º Ciclo e Secundária Rainha Santa Isabel de Estremoz: Educação sexual. Escola 2/3 Conde de Vilalva: Formação para os pais.
Terapia compressiva das úlceras das pernas	Foram tratados durante o ano 6 utentes com terapia compressiva de úlcera da perna
Atendimento de esporádicos	A USF assegurou durante o ano de 2010 o atendimento médico e de enfermagem dos utentes não inscritos na USF sempre que houve solicitação nesse sentido. No final de 2010 estavam registados no SINUS 275 utentes esporádicos. Foram realizados 46 atendimentos de enfermagem a utentes esporádicos.
Registo Oncológico Regional	Do total de 184 casos registados no ROR em Janeiro de 2011 pelo Centro de Saúde de Évora, 120 (65%) casos foram registados pela USF Planície.

Fonte: Relatório de atividades da USF Planície, 2010

## 5.7. Análise teórica–dinâmica das dimensões de acesso e satisfação dos utentes do SNS – CSP e USF Planície versus Centro de Saúde

No enquadramento do conceito de "acesso" dos utentes aos cuidados de saúde, para melhor perceção, cita-se a Declaração de Alma-Ata, "Os Cuidados de Saúde Primários são a chave para atingir o nível de saúde que permite a todos uma vida económica e socialmente produtiva. Os CSP, deverão ser cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas cientificamente bem fundamentadas e

*socialmente aceitáveis colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias e da comunidade, mediante a sua plena participação” (Declaração de Alma Ata, 1978).*

Neste contexto, o acesso pode ser considerado, a possibilidade que o utilizador do Sistema de Saúde tem em obter a prestação de cuidados de saúde no momento e no local em que necessita em quantidade e ao custo adequado, com a finalidade de obter ganhos em saúde (Justo, 2004).

No acesso, deve incluir-se a acessibilidade física, financeira e a acessibilidade à informação, considerando-se nesse caso:

- A percentagem de população abrangida pelo financiamento público do SNS;
- Os serviços disponíveis pelo SNS;
- Acesso ao seguro de saúde voluntário;
- Tempo de espera para obtenção de cuidados de saúde;
- Disponibilidade de serviços de boa qualidade;
- Preço dos cuidados de saúde;
- Nível de comparticipação de custos;
- Escolhas à disposição da população;
- Informação sobre os serviços (Comissão Europeia, 2003).

Existem vários estudos sobre o acesso, entre os quais, um trabalho realizado em 2006, pela Unidade de Sistemas de Saúde do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, da Universidade Nova de Lisboa, que sustenta “a acessibilidade aos serviços, em particular das consultas de ambulatório, para todos os estratos da população, é um aspeto fundamental, por se tratar de uma área de insatisfação dos utentes.

As principais dificuldades colocadas ao acesso são as seguintes:

- *Proximidade* – correspondência entre a distribuição geográfica dos serviços e a dos utentes, em termos de distância e tempo entre o local da sua residência e a localização da Unidade de Saúde Familiar;
- *Capacidade* – medida em que o serviço prestador dos cuidados detém os recursos necessários (humanos, tecnológicos e outros), para poder dar resposta às necessidades dos utentes;
- *Esforço financeiro* – disposição dos contribuintes para suportar os encargos com as prestações de saúde;

- *Aceitabilidade* – avalia se o ato da prestação de cuidados que é realizado pelo prestador corresponde às expectativas do utente e se representa a disposição dos utentes e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um.

- *Adequabilidade* – medida em que o trabalho do prestador está organizado para atender as restrições e preferências dos utentes, também avalia se a organização do prestador (horário, marcação de consultas) se ajusta ao utente (ERA, 2008).

A análise de todos estes fatores facilita medir o grau de ajustamento entre as necessidades do utente e a capacidade do sistema de saúde em satisfazer essas necessidades.

Em 2008, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) elaborou o “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS” com o propósito de detetar os pontos sensíveis que podem gerar barreiras de acesso aos cuidados de saúde. Nesse estudo, as barreiras de acesso foram agrupadas em cinco dimensões: Proximidade, Capacidade, Adequabilidade, Aceitabilidade e Esforço financeiro.

O estudo das dimensões de natureza espacial (proximidade e capacidade) foi baseado em informações de estatísticas do movimento assistencial dos Centros de Saúde de 2007.

Quanto à dimensão proximidade, chegou-se à conclusão que os CSP se encontram próximos dos utentes, uma vez que a população residente, mais afastada do Centro de Saúde ou suas Extensões (a mais de 30 minutos) não ultrapassa os 0,03 % da população do País.

No que se refere à dimensão capacidade, o rácio Médicos colocados nos Centros de Saúde é de 6,39 por 10.000 habitantes. Este rácio é muito semelhante ao verificado nos países mais desenvolvidos com padrões inferiores de capacidade (ERS, 2008).

A análise das dimensões do acesso, baseou-se em informação recolhida pela ERS através de inquérito aplicado aos utentes dos CS dos CSP, concluindo-se também com esse estudo que o esforço financeiro não representa uma barreira efetiva ao acesso aos cuidados de saúde prestados pelo SNS.

Sobre a dimensão adequabilidade, foi pedida a opinião dos utentes em relação ao horário de funcionamento das consultas no CS, ao tempo de espera pela consulta,

desde a marcação até ao dia da consulta, quer desde a chegada ao CS e o início dessa consulta, assim como, o procedimento para a sua marcação.

Os resultados obtidos registaram (84%) de respostas positivas sobre os horários de funcionamento das consultas. A maioria dos utentes inquiridos cerca de (75%) considerou que se verificou melhoria no horário de funcionamento dos CS em relação a alguns serviços públicos como os Correios. Relativamente ao tempo de espera para atendimento no dia da consulta, registaram-se (68%) de opiniões positivas (Bom ou Razoável), no entanto, alguns utentes classificaram negativamente o tempo de espera desde a marcação até ao dia da consulta, comparando com os serviços de saúde privados (ERS, 2008).

Também a dimensão aceitabilidade foi avaliada com base nas respostas dos utentes às perguntas do questionário sobre o conforto da sala de espera, a higiene das instalações e a utilização de consultas de recurso.

Quanto ao conforto da sala de espera dos CS, (88%) dos inquiridos atribuíram a classificação de "Bom ou Razoável". A questão sobre a higiene das instalações registou (94%) de respostas positivas.

Conclui-se que, a maioria dos utentes dos CS estão globalmente satisfeitos com o acesso aos cuidados de saúde, prestados no SNS, sem prejuízo de se terem registado alguns aspetos menos positivos, como a fraca percentagem de utentes que marcou a sua consulta pelo telefone e desconhecimento relativamente ao funcionamento de alguns serviços nos Centros de Saúde.

Na análise referente aos indicadores de acesso dos utentes da USF Planície, foram escolhidas as seguintes questões:

- Antes da abertura desta USF, tinha médico de família?
- Marcação de consultas não urgentes, USF Planície versus Centro de Saúde;
- Forma de marcação de consultas na USF Planície versus Centro de Saúde;
- Dias que decorreram entre a marcação e o dia da consulta na USF Planície versus Centro de Saúde;
- Marcação de consultas ao domicílio, USF Planície versus Centro de Saúde;
- Sistema de consulta aberta (urgência) na USF Planície versus Centro de Saúde;
- Atendimento dos utentes através do balcão eletrónico na USF Planície versus Centro de Saúde;

- Acesso geral dos utentes aos diversos compartimentos da USF Planície versus Centro de Saúde;
- Acesso dos utentes, em relação ao meio de transporte utilizado, ou a pé, à USF Planície versus Centro de Saúde;
- Acesso dos utentes para falar com o seu Médico de Família, sem consulta marcada, na USF Planície versus Centro de Saúde;
- Acesso dos utentes através do telefone para marcar consultas, ou para tratar de outro assunto, na USF Planície versus Centro de Saúde;
- Acesso dos utentes a informações prestadas pelos profissionais de saúde e assistentes técnicos, sobre os seus direitos e deveres como utilizadores dos cuidados de saúde na USF Planície versus Centro de Saúde.

Os resultados destas questões, são devidamente apresentados e analisados nos pontos 5.9 e 6 deste trabalho.

A satisfação baseia-se sobretudo na opinião dos utentes, sendo um dos indicadores de avaliação da atividade das USF e é cada vez mais importante para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde.

“A satisfação dos utentes é um termo sumário que numa perspetiva teórica se refere ao leque variado de reações do utente à experiência dos cuidados de saúde (...)” (Pereira et al., 2001).

A satisfação é uma das dimensões utilizadas para a medição da qualidade sendo fundamental para a credibilidade e confiança nos cuidados de saúde prestados (Negrão, 2003).

Para garantia da satisfação dos utentes, os CSP devem assegurar as necessidades objetivas e subjetivas dos utilizadores, contribuindo para a melhoria do seu estado de saúde e da sua qualidade de vida (Ferreira, et al., 2001).

No questionário aplicado aos utentes da USF Planície, com o objetivo de analisar as dimensões de acesso e satisfação, utilizaram-se os seguintes indicadores, para investigar as melhorias verificadas nessa USF versus Centro de Saúde:

Recursos humanos:

- A simpatia dos Médicos;
- O horário de atendimento dos Médicos;
- A preocupação com a sua saúde por parte dos médicos;

- O respeito com que foi tratado/a pelos Médicos;
- A rapidez com que foi atendido/a pelos Médicos;
- O tempo destinado à consulta;
- O serviço ao domicílio;
- Em termos globais, a sua satisfação em relação ao desempenho dos Médicos;
- Em termos globais, está satisfeito/a com o/a seu/sua Médico/a de Família?
- A simpatia dos enfermeiros/as;
- O horário de atendimento dos/as enfermeiros/as;
- A preocupação com a sua saúde por parte dos/as enfermeiros/as;
- O respeito com que foi tratado/a pelos/as enfermeiros/as;
- A rapidez com que foi atendido/a pelos/as enfermeiros/as;
- O serviço ao domicílio prestados pelos/as enfermeiros/as;
- Em termos globais, a sua satisfação em relação ao desempenho dos/as enfermeiro/as.
- A simpatia dos Assistentes Técnicos;
- O horário de atendimento dos Assistentes Técnicos;
- O respeito com que foi tratado/a pelos Assistentes Técnicos;
- A rapidez com que foi atendido/a pelos Assistentes Técnicos;
- Em termos globais, a sua satisfação em relação ao desempenho dos Assistentes Técnicos.

#### Instalações:

- A localização da USF;
- O horário de funcionamento da USF;
- O conforto das instalações;
- A limpeza e higiene das instalações;
- Em termos globais, a sua satisfação em relação à USF;
- Que valor monetário aceitaria para que os cuidados de saúde que lhe são prestados na USF Planície, lhe fossem prestados noutra USF em Évora.

Os resultados e análise destes indicadores são efetuados nos pontos 5.9 e 6.

## **5.8. População alvo e população em estudo**

A população, alvo deste estudo é o total dos utentes inscritos na USF Planície sendo este grupo constituído por 13.691 utentes, (dados verificados em 09-12-2011, cedidos pelos serviços administrativos da USF) e, colaboraram na aplicação dos questionários 223 utentes.

As características económicas, sociais, culturais e geográficas da população em análise, não foram propositadamente consideradas, uma vez que não se mostraram necessárias para o desenvolvimento deste trabalho. Também as condições socioeconómicas e, o nível de literacia, por não ser essencial para o trabalho e para não causar algum possível desconforto aos inquiridos que pudesse prejudicar a obtenção das respostas fiáveis, não foram incluídas.

Os utentes em estudo foram seleccionados aleatoriamente, correspondendo o número de inquiridos a uma parte dos que estiveram presentes na USF Planície nos dias em que decorreu a aplicação dos questionários e noutros locais.

## **5.9. Universo e amostra**

Nos trabalhos de investigação, o universo representa um conjunto definido de elementos que contêm determinadas características que o investigador pretende ter em conta para o desenvolvimento do estudo. Neste caso, o universo corresponde ao conjunto de utentes inscritos na Unidade de Saúde Familiar Planície.

Quanto à amostra, considera-se um subconjunto desse universo, através do qual se estabelecem ou estimam as características do referido universo. Assim, neste estudo, a amostra é constituída pelo conjunto dos utentes que foram inquiridos durante os dias em que foram contactados para aplicação do questionário. Foi utilizado um tipo de amostra não probabilística, por se achar mais conveniente, uma vez que a probabilidade de seleção/inclusão não deve ser pré-determinada (Carmo, 1998). *“Numa amostra de conveniência utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível, ou voluntários. (...) o estudo pode não ser generalizável, mas podem-se obter informações precisas”*. As vantagens deste tipo de amostra são os menores custos e a maior rapidez em efetuar o estudo. No entanto, também tem algumas desvantagens, como o facto do erro de amostragem não poder ser calculado. A amostra classifica-se

de conveniência, ou de facilidade, porque foram selecionados os indivíduos do universo com base num critério de facilidade

A amostra representa (1,63%) do universo, o que realmente em termos numéricos tem pouca representatividade. Mas devem considerar-se alguns aspetos como o número efetivo de utentes (por estarem inscritos na USF, não significa que utilizem os serviços prestados por esta) e a média de consultas efetuadas diariamente.

### **5.10. Inquérito através de questionário por entrevista, aos utentes da USF Planície**

O inquérito efetuado através de questionário é uma técnica de investigação constituída por um número relativamente elevado de questões, apresentadas por escrito aos inquiridos, com o objetivo de obter conhecimento sobre as opiniões, sentimentos, expectativas e situações da sua vida.

A utilização dos questionários, enquanto instrumento de medida exige o planeamento do trabalho, desde a sua fase do desenho de construção de aplicação e de análise. Este instrumento requer tempo para a sua execução e pode implicar alguns custos, nomeadamente em termos de transporte, material e recursos humanos. Os questionários são considerados meios privilegiados de recolha de dados, sejam qualitativos ou quantitativos, porque permitem trabalhar com amostras alargadas, desde que o investigador tenha competências para a redação, codificação e exploração das várias questões e para a construção das bases de dados em programas informáticos específicos e para a realização de análise de conteúdo, principalmente às respostas abertas (Quivy, 1992).

As principais vantagens deste instrumento são o facto de se conseguir chegar a um maior número de inquiridos, podendo envolver menores custos em termos de recursos humanos e garante o anonimato das respostas. No entanto, exige grande rigor na sua conceção, podendo correr-se o risco de não se conseguir o número de respostas necessárias e também de acontecer o caso de não poder ser aplicado a toda a população.

O questionário utilizado neste estudo foi baseado no EUROPEP do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (CEISUC), sendo feito o download do site da Associação Nacional de



Unidades de Saúde Familiar – <http://www.usf-an.pt>, porém, foram efetuadas algumas alterações, que se julgaram necessárias, no sentido de se conseguir obter dados mais relevantes para aplicação neste estudo, porque esta opção além de pretender medir as dimensões do acesso e satisfação dos utentes, também, os indicadores usados permitem comparar o grau de acesso e satisfação na USF Planície com o anterior no Centro de Saúde.

Os indicadores gerais do EUROPEP baseiam-se em aspetos como a relação e a comunicação, cuidados médicos, informação e apoio, continuidade e cooperação, organização dos serviços, marcação de consultas e acessibilidade, recursos humanos e condições das instalações.

No questionário utilizado neste estudo, recorreu-se a questões muito diretas de fácil entendimento e que a resposta permitisse rápido conhecimento da satisfação dos utentes e do nível de acesso, antes no Centro de Saúde e depois na USF, ou seja, depois das mudanças organizacionais.

O questionário utilizado neste estudo foi em suporte de papel, constituído por 43 questões e foi aplicado diretamente por entrevista, logo, não sendo de auto aplicação, permite evitar algumas limitações enfrentadas por vezes por esta técnica.

A aplicação deste questionário - entrevista foi efetuada da seguinte forma:

- Envolveram-se todos os utentes, independentemente da sua escolaridade;
- Facilitou-se a interpretação das questões, uma vez que foram aplicadas diretamente por entrevista;
- Permitiu maior objetividade, uma vez que a explicação efetuada aos utentes facilitou o entendimento das questões, evitando diferentes interpretações e respostas às mesmas.

As questões utilizadas na construção do questionário são sobretudo fechadas, com várias alternativas de resposta (Melhorou muito, Melhorou, Está igual, Piorou, Piorou muito, Não sabe/Não responde), embora se incluíssem algumas questões em que a resposta é, sim ou não, porque estão relacionadas com o problema em análise. As questões fechadas apresentam como vantagens a rapidez, uniformidade e facilidade de resposta e simplificação na análise. No entanto, podem apresentar algumas limitações, como a dificuldade em criar as possibilidades de resposta, o fato de não incentivarem a criatividade nas respostas por exigirem menor concentração ao

inquirido e por estes poderem optar por respostas que se aproximam mais da sua opinião, mesmo que não seja uma representação precisa da realidade.

As questões incluídas no questionário, embora baseadas no EUROPEP, foram pensadas de forma a estarem relacionadas com o problema em análise e que facilitassem a análise dos dados.

No final do questionário foi incluída uma questão, aberta, que se não é muito relevante para este estudo, poderá ser útil para a USF, foi deixado um espaço onde os utentes pudessem dizer o que entendessem, já que colaboraram na aplicação do questionário, dessa forma poderiam sentir-se mais envolvidos no trabalho.

Ao abordar os utentes na sala de espera, no átrio da entrada do edifício onde funciona a USF e noutros locais (nos locais de trabalho de colegas, casas de amigos, familiares e vizinhos, todos utentes da USF em análise), aos desconhecidos informava que era funcionário da ARS do Alentejo e a todos pedi a colaboração no preenchimento do questionário, também informava que se destinava a uma Dissertação de Mestrado e os resultados obtidos seriam entregues ao coordenador da USF em análise, sendo-lhe explicado o contexto e objetivos da investigação.

### **5.11. Recolha e tratamento dos dados em estudo**

A aplicação dos questionários efetuou-se entre os dias 30 de Novembro e 21 de Dezembro de 2011. Deu-se início no dia 30 de Novembro pelas 09:00 horas até às 17 horas, com intervalo das 12:30 e as 14:00 horas, quando geralmente se verifica um menor número de presenças de utentes na USF. Procurou-se não incomodar os utentes que aparentemente apresentavam um estado mais débil e sempre que possível efetuar a abordagem e fazer o preenchimento do questionário fora da sala de espera, também porque notava-se que os inquiridos estavam mais à vontade e provavelmente com maior sinceridade nas respostas dadas, porque na sala de espera notava-se alguma preocupação pela presença dos profissionais da USF e perguntavam várias vezes se não ficava lá o seu nome, apesar de em momento algum lhe ser perguntado o nome e de lhe ser explicado que era anónimo.

No dia 2 de Dezembro de 2011 continuou-se a aplicar os questionários por entrevista nas instalações da USF nas mesmas condições e no mesmo horário efetuado no dia 30 de Novembro de 2011. A partir desse dia a presença nas instalações

da USF foi só durante a manhã ou só durante a tarde, continuando no entanto a preencher questionários noutros locais.

Em conformidade com a natureza e as características dos dados recolhidos através do questionário por entrevista, estes foram tratados através de técnicas descritivas. Depois de terminada a fase da aplicação, as respostas foram copiadas manualmente para mapas elaborados através do software Microsoft Excel durante quatro etapas para facilitar o cálculo das frequências de 9.589 respostas, ou seja, 223 questionários multiplicados por 43 respostas cada.

O conjunto de procedimentos estatísticos efetuado foi realizado com o auxílio do *software* Excel, tendo sido construídos quadros de resultados das respostas referentes a cada questão a partir dos quais foram elaborados gráficos, depois copiados para este ficheiro, no software Microsoft Word.

Os dados recolhidos encontram-se guardados em versão eletrónica, mas os originais em papel, encontram-se arquivados.

## **5.12. Análise dos resultados do questionário por entrevista**

A finalidade deste estudo consiste em analisar as dimensões de acesso e de satisfação dos utentes, no universo de conteúdos e dos contextos, aos cuidados de saúde prestados pela USF Planície vs Centro de Saúde, com o objetivo de identificar melhorias e consequentemente ganhos em saúde.

A análise efetuada centra-se na auscultação dos inquiridos através de questionários por entrevista, aplicados entre os dias 30 de Novembro de 2011 e o dia 21 de Dezembro de 2011.

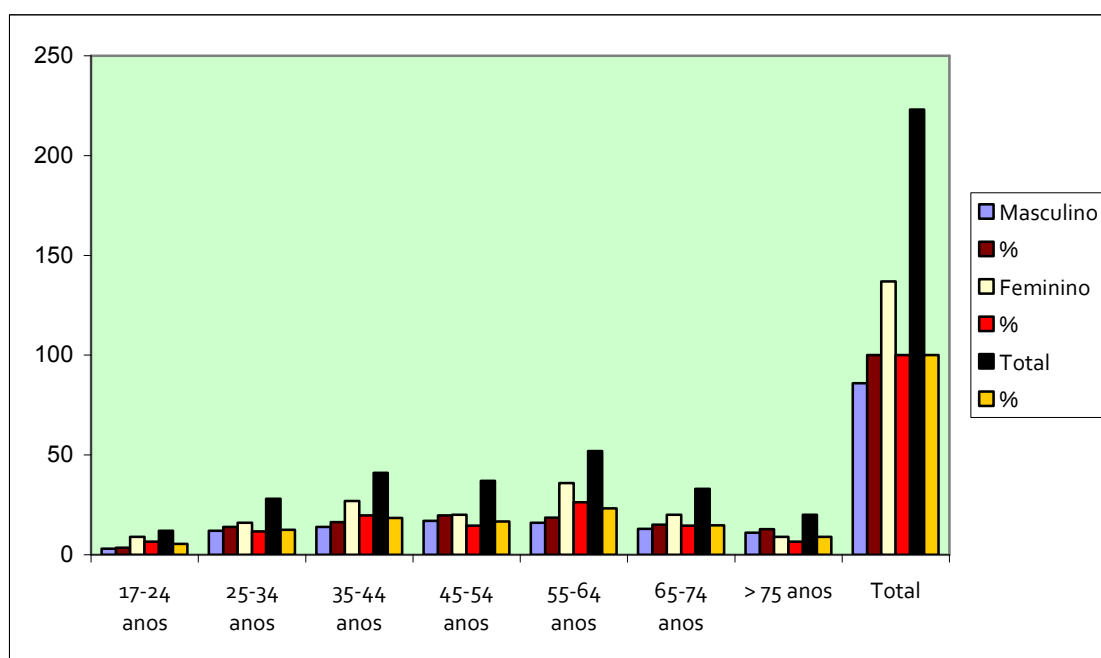
O estudo contém um conjunto de resultados empíricos aplicados aos cuidados de saúde prestados pela USF em avaliação.

Foram abordados 226 utentes e apenas três se recusaram a colaborar, “por receio de terem problemas na USF”, no entanto, adiantaram: “está tudo muito bom e só desejo que isto não acabe”. Assim, foram validados 223 questionários, o que corresponde a uma taxa global de respostas de (98,7%), apresentando os inquiridos estudados as seguintes características: 137 (61,4%) do sexo feminino e 86 (38,6%) do sexo masculino, conforme se pode observar nos quadros 38, 39 e gráficos das figuras 22 e 23.

Quadro 38 – Distribuição dos inquiridos, por grupo etário e género

Grupo etário	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
17-24 anos	3	3,5	9	6,6	12	5,4
25-34 anos	12	14,0	16	11,7	28	12,5
35-44 anos	14	16,3	27	19,7	41	18,4
45-54 anos	17	19,8	20	14,6	37	16,6
55-64 anos	16	18,6	36	26,3	52	23,3
65-74 anos	13	15,1	20	14,6	33	14,8
> 75 anos	11	12,8	9	6,6	20	9,0
<b>Total</b>	<b>86</b> (38,6%)	<b>100</b>	<b>137</b> (61,4%)	<b>100</b>	<b>223</b>	<b>100</b>

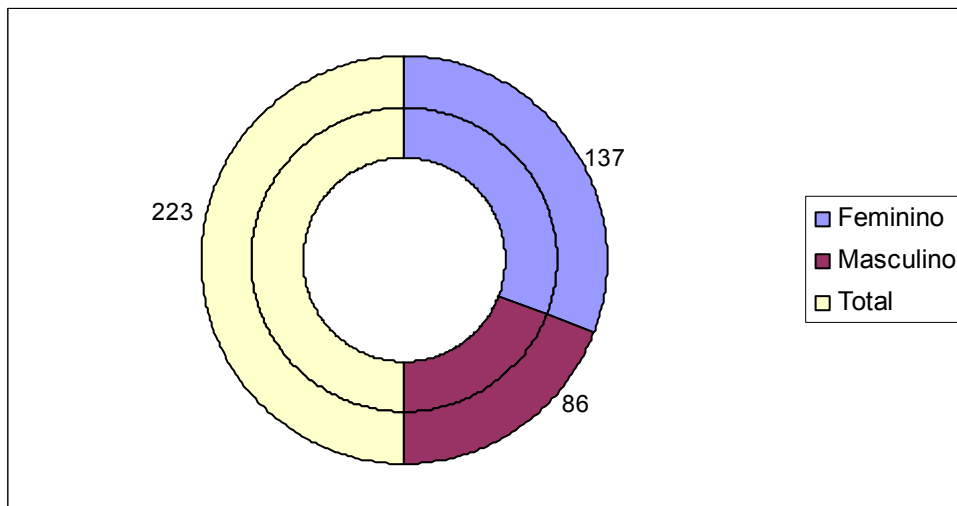
Figura 22 – Gráfico referente à distribuição dos inquiridos, por grupo etário e género



Quadro 39 – Género dos inquiridos

Género	Nº de inquiridos	%
Feminino	137	61,4
Masculino	86	38,6
<b>TOTAL</b>	<b>223</b>	<b>100</b>

Figura 23 – Gráfico referente aos inquiridos por género



Os utentes que participaram no preenchimento dos questionários, foram escolhidos de forma aleatória mas, verifica-se que em quase todos os grupos etários predomina o sexo feminino, apenas no grupo etário superior aos 75 anos, responderam mais utentes do sexo masculino, mas apenas mais dois. O maior número de inquiridos do sexo feminino, verifica-se no grupo etário entre os 55-64 anos (36 = 26,3%) e o maior número de inquiridos do sexo masculino foram do grupo etário 45-54 anos (17 = 19,8%).

Procurou-se não incluir nenhuma questão que pudesse provocar desconforto, ou que pudesse prejudicar a relação de confiança entre o inquirido e o inquiridor. Na maioria das entrevistas isso foi bem conseguido porque criou-se uma empatia ao ponto de alguns contarem ao pormenor a sua vida desde crianças.

O questionário iniciou-se com as perguntas mais acessíveis, sobre a simpatia dos profissionais da USF em relação aos do Centro de Saúde, ficando para o final a questão sobre a idade, por se compreender que a mesma era sensível para alguns inquiridos.

Como medidas de acesso e de satisfação dos utentes, podemos considerar válidas as respostas obtidas nos níveis: "melhorou muito" e "melhorou", porque são válidas para o objetivo. Neste caso, como há melhorias na USF em relação ao Centro de Saúde, considera-se que houve ganhos em saúde e, assim, contributo para o desenvolvimento económico local.

Quanto às respostas: “está igual” considera-se que os efeitos da reforma foram neutros e não se consideram ganhos em saúde.

Assim, quanto às oito questões sobre o desempenho dos Médicos na USF Planície versus Centro de Saúde, (cf. quadro 40) as respostas às questões foram as seguintes:

- “A simpatia dos Médicos na USF versus CS” regista os seguintes resultados: “melhorou muito” (4,9%), “melhorou” (31,8%), “piorou” (2,7%) e, “piorou muito” (0,4%), nesta questão, as respostas consideradas como melhoria foi de (36,7%), mas, destaca-se a resposta “está igual” com (60,1%). A explicação mais repetida pelos inquiridos para justificação deste último resultado foi: *“se os médicos são os mesmos não existem razões para serem mais ou menos simpáticos para os doentes, somente porque mudaram de instalações”* e, acrescentavam: *“os profissionais deviam ser mais simpáticos, porque um sorriso não custa nada e alguns doentes bem precisam dele”*.

- “O horário de atendimento dos médicos na USF versus CS” apresenta os seguintes resultados: “melhorou muito” (3,1%) e, “melhorou” (48,9%), sendo o total destes dois itens, (52,0%), “está igual” (48%), a maioria dos inquiridos concorda que existe melhoria no horário de atendimento dos médicos na USF em relação ao horário de atendimento, antes no Centro de Saúde.

Antes da abertura da USF, o atendimento de consultas urgentes era efetuado no Centro de Urgências do Centro de Saúde de Évora (CUCSE), noutras instalações, alguns são os mesmos Médicos, logo, talvez fosse menos notada a sua presença no CS.

- “A preocupação com a sua saúde por parte dos Médicos na USF versus CS” regista os seguintes valores: “melhorou muito” (6,71%), “melhorou” (39,5%), “está igual” (49,3%), piorou” (3,6%) e, não responderam a esta questão (0,9%). A maioria dos inquiridos acrescentou: *“o meu médico/a preocupa-se com a minha saúde”*.

- “o respeito com que foi tratado(a) pelos Médicos da USF versus CS” apresenta os seguintes valores: “melhorou” (5,4%), “está igual” (92,8%) e, “piorou” (1,8%). Nesta questão, a maioria dos inquiridos asseguraram que sempre foram muito respeitados pelo seu médico e vice – versa e não se verificou nenhuma alteração na USF, porém, ainda 4 utentes responderam que o médico/a lhe faltou ao respeito.

- “A rapidez com que foi atendido/a pelos Médicos da USF, versus CS” regista os seguintes valores: “melhorou muito” (0,9%), “melhorou” (27,4%), “está igual” (62,3%) e, não responderam a esta questão (2,7%). A maioria dos inquiridos acha que espera muito tempo, entre a hora de chegada à USF e a hora em que é chamado/a para a consulta, existe grande desfasamento entre a hora marcada para a consulta médica e a hora efetiva da consulta.

- “O tempo destinado à consulta pelos Médicos da USF, versus CS” regista os seguintes valores: “melhorou muito” (5,8%), “melhorou” (52,9%) “está igual” (34,5%) e, “piorou” (6,7%), nesta questão, a maioria dos inquiridos consideram que há melhoria no tempo destinado à consulta pelos Médicos na USF.

- “o serviço ao domicílio (em sua casa) prestado pelos Médicos da USF, versus CS” regista os seguintes valores: “melhorou” (0,9%), “está igual” (49,8%) e, não responderam (49,3%). Esta questão é a que apresenta os piores resultados e a que mais embaraço causou porque, a maioria dos inquiridos desconhecem que o seu Médico em situações que o justifiquem pode fazer consultas ao domicílio.

- “Em termos globais, a satisfação em relação ao desempenho dos Médicos da USF, versus CS” apresenta os seguintes resultados: “melhorou muito” (14,8%), “melhorou” (56,5%), “está igual” (23,8%), “piorou” (3,6%), “piorou muito” (0,9%) e, não responderam a esta questão (0,4%). Existe heterogeneidade entre as respostas a cada questão individual e a geral mas, a maioria dos inquiridos responderam que o desempenho dos Médicos na USF em termos globais “melhorou muito” ou “melhorou” (71,3%) em relação ao Centro de Saúde. No entanto, 2 inquiridos acham que o desempenho dos Médicos na USF piorou e 1 inquirido acha que piorou muito (cf. quadro 40).

No (quadro 41 e gráfico da figura 24), apresentam-se de forma mais explícita os resultados desta questão.

**Quadro 40 – Satisfação quanto ao desempenho dos Médicos, USF Planície versus Centro de Saúde**

**“ Satisfação ”**

**Médicos**

**Número de registos e % em relação ao total**

	Melhorou Muito	Melhorou	Está Igual	Piorou	Piorou Muito	N/S N/R	Total
A simpatia dos Médicos da USF	11 (4,9 %)	71 (31,8 %)	134 (60,1%)	6 (2,7%)	1 (0,4%)	0 (0,0%)	223 (100%)
O horário de atendimento dos Médicos da USF	7 (3,1%)	109 (48,9%)	107 (48,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	223 (100%)
A preocupação com a sua saúde por parte dos Médicos da USF	15 (6,7%)	88 (39,5%)	110 (49,3%)	8 (3,6%)	0 (0,0%)	2 (0,9%)	223 (100%)
O respeito com que foi tratado(a) pelos Médicos da USF	0 (0,0%)	12 (5,4%)	207 (92,8%)	4 (1,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	223 (100%)
A rapidez com que foi atendido(a) pelos Médicos da USF	2 (0,9%)	61 (27,4%)	139 (62,3%)	15 (6,7%)	0 (0,0%)	6 (2,7%)	223 (100%)
O tempo destinado à consulta, pelos Médicos da USF	13 (5,8%)	118 (52,9%)	77 (34,5%)	15 (6,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	223 (100%)
O serviço ao domicílio (em sua casa) prestado pelos Médicos da USF	0 (0,0%)	2 (0,9%)	111 (49,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	110 (49,3%)	223 (100%)
Em termos globais, a sua satisfação em relação ao desempenho dos Médicos da USF	33 (14,8%)	126 (56,5%)	53 (23,8%)	8 (3,6%)	2 (0,9%)	1 (0,4%)	223 (100%)
Total.....	81 (4,5%)	587 (32,9%)	938 (52,6%)	56 (3,1%)	3 (0,2%)	119 (6,7%)	1784 (100%)

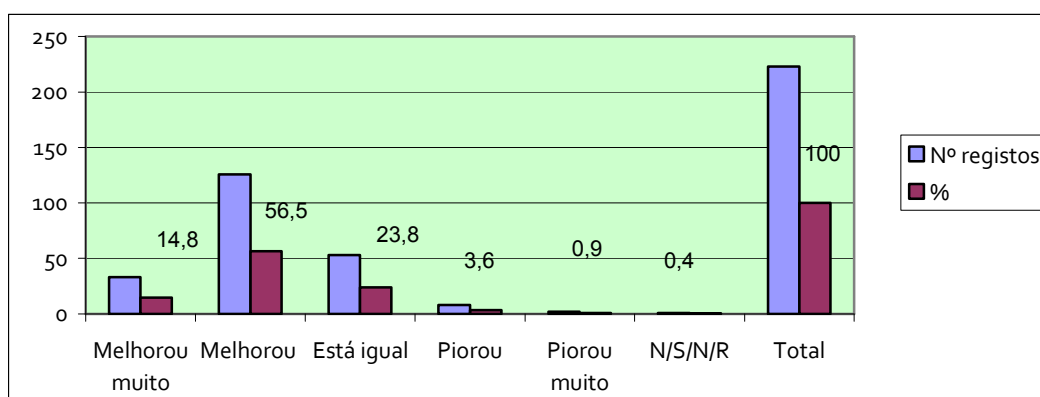
Fonte: Questionário por entrevista, aplicado aos utentes da USF Planície

**Quadro 41 - Satisfação em termos globais quanto ao desempenho dos médicos, USF Planície versus Centro de Saúde**

Satisfação global quanto ao desempenho dos Médicos na USF	Nº de registos	%
<b>Melhorou Muito</b>	<b>33</b>	<b>14,8</b>
<b>Melhorou</b>	<b>126</b>	<b>56,5</b>
<b>Está Igual</b>	<b>53</b>	<b>23,8</b>
<b>Piorou</b>	<b>8</b>	<b>3,6</b>
<b>Piorou Muito</b>	<b>2</b>	<b>0,9</b>
<b>N/S/N/R</b>	<b>1</b>	<b>0,4</b>
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>100</b>



**Figura 24 – Gráfico referente à satisfação dos utentes sobre o desempenho dos Médicos, USF Planície versus Centro de Saúde**

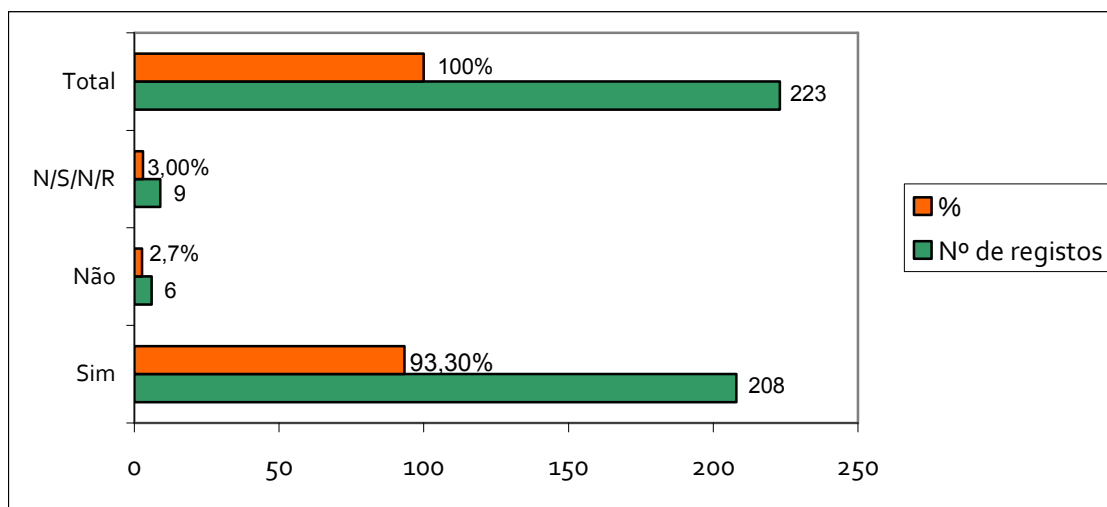


• Sobre a questão: “Em termos globais, está satisfeito/a com o/a seu/sua Médico/a de Família?” os resultados foram os seguintes: sim (93,3%), não (2,7%) e, não responderam por terem algumas dúvidas (3,0%). Pelos valores verificados no quadro (42 e gráfico da figura 25), está bem claro que, a maioria dos inquiridos se encontram satisfeitos com o seu Médico de Família, mas 10 inquiridos desejam mudar de Médico por não se encontrarem satisfeitos e pediram informações como deviam proceder.

**Quadro 42 - Satisfação em termos globais quanto ao seu(a) médico(a) de família na USF Planície**

Satisfação em termos globais quanto ao seu(a) médico(a) de família na USF	Nº de registos	%
Sim	208	93,3
Não	6	2,7
N/S/N/R	9	3,0
Total	223	100

Figura 25 – Gráfico referente à satisfação em termos globais quanto ao seu(a) médico(a) de família na USF Planície



Quanto às questões sobre o desempenho dos Enfermeiros/as na USF Planície versus Centro de Saúde, (cf. quadro 43), as respostas às questões foram as seguintes:

- “A simpatia dos/as Enfermeiros/as da USF, versus CS” apresenta os seguintes valores: “melhorou muito” (5,8%), “melhorou” (32,3%), “está igual” (51,6%), “piorou” (7,6%), “piorou muito” (0,4%) e, não responderam a esta questão (2,2%).
- “O horário de atendimento dos/as Enfermeiros/as da USF versus CS” regista os seguintes valores: “melhorou muito” (1,8%), “melhorou” (48,9%), “está igual” (45,7%) e, não responderam a esta questão (3,6%).
- “A preocupação com a sua saúde por parte dos/as Enfermeiros/as da USF versus CS” apresenta os seguintes resultados: “melhorou muito” (7,2%), “melhorou” (29,1%), “está igual” (55,6%), “piorou” (4,0%), “piorou muito” (0,9%) e, não responderam a esta questão (3,1%).
- “O respeito com que foi tratado/a pelos/as Enfermeiros/as da USF versus CS” regista os seguintes valores: “melhorou muito” (0,4%), “melhorou” (4,9%), “está igual” (88,8%), “piorou” (2,7%) e, não responderam a esta questão (3,1%).
- “A rapidez com que foi atendido/a pelos/as enfermeiros/as da USF versus CS” regista os seguintes valores: “melhorou muito” (0,9%), “melhorou” (31,8%), “está igual” (62,3%), “piorou” (1,8%) e, não responderam a esta questão (3,1%).
- “O serviço ao domicílio (em sua casa) prestado pelos/as Enfermeiros/as da USF versus CS” apresenta os seguintes resultados: “melhorou” (2,7%), “está igual” (35,9%) e, não responderam a esta questão (61,4%). O motivo dos inquiridos não

responderem a esta questão deve-se ao facto de nunca terem necessitado de serviços de enfermagem em sua casa, por isso, optaram por não responder sobre um aspecto que na realidade não conhecem.

• “Em termos globais a sua satisfação em relação ao desempenho dos/as Enfermeiros/as na USF versus CS” regista os seguintes valores: “melhorou muito” (12,2%), “melhorou” (39,9%), “está igual” (40,8%), “piorou” (2,7%), “piorou muito” (0,5%) e, não responderam a esta questão (2,2%), (cf. quadro 48 e gráfico da figura 26).

**Quadro 43 – Satisfação quanto ao desempenho dos Enfermeiros/as, USF Planície versus Centro de Saúde Enfermeiros**

Número de registos e % em relação ao total

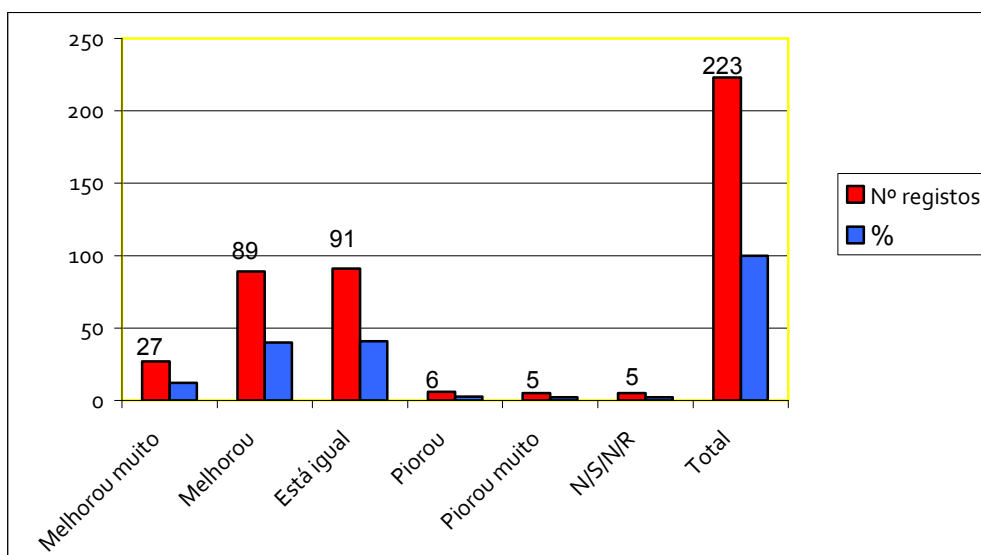
	"SATISFAÇÃO"						Total
	Melhorou Muito	Melhorou	Está Igual	Piorou	Piorou Muito	N/S N/R	
A simpatia dos(as) Enfermeiros/as da USF	13 (5,8%)	72 (32,3%)	115 (51,6%)	17 (7,6%)	1 (0,4%)	5 (2,2%)	223 (100%)
O horário de atendimento dos/as Enfermeiros/as da USF	4 (1,8%)	109 (48,9%)	102 (45,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (3,6%)	223 (100%)
A preocupação com a sua saúde por parte dos/as Enfermeiros/as da USF	16 (7,2%)	65 (29,1%)	124 (55,6%)	9 (4,0%)	2 (0,9%)	7 (3,1%)	223 (100%)
O respeito com que foi tratado/a pelos/as Enfermeiros/as da USF	1 (0,4%)	11 (4,9%)	198 (88,8%)	6 (2,7%)	0 (0,0%)	7 (3,1%)	223 (100%)
A rapidez com que foi atendido/a pelos/as enfermeiros/as da USF	2 (0,9%)	71 (31,8%)	139 (62,3%)	4 (1,8%)	0 (0,0%)	7 (3,1%)	223 (100%)
O serviço ao domicílio (em sua casa) prestado pelos/as Enfermeiros/as da USF	0 (0,0%)	6 (2,7%)	80 (35,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	137 (61,4%)	223 (100%)
Em termos globais, a sua satisfação em relação ao desempenho dos/as Enfermeiros/as na USF	27 (12,2%)	89 (39,9%)	91 (40,8%)	6 (2,7%)	5 (2,2%)	5 (2,2%)	223 (100%)
Total.....	63 (4,0%)	423 (27,1%)	849 (54,4%)	42 (2,7%)	8 (0,5%)	176 (11,3%)	1561 (100%)

Fonte: Questionário por entrevista, aplicado aos utentes da USF Planície

**Quadro 44 - Satisfação em termos globais quanto ao desempenho dos/as Enfermeiros/as, da USF Planície versus Centro de Saúde**

Satisfação em termos globais quanto ao desempenho dos Enfermeiros/as na USF	Nº de registos	%
Melhorou Muito	27	12,2
Melhorou	89	39,9
Está Igual	91	40,8
Piorou	6	2,7
Piorou Muito	5	2,2
N/S/N/R	5	2,2
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>100</b>

**Figura 26 – Gráfico representativo da Satisfação em termos globais quanto ao desempenho dos Enfermeiros/as, da USF Planície versus Centro de Saúde**



Foram elaborados o (quadro 44 e o gráfico da figura 26), para ilustrar as respostas à questão: “em termos globais, qual a sua satisfação em relação ao desempenho dos/as Enfermeiros/as na USF versus CS”. Neste caso, a satisfação demonstrada em termos globais pelos inquiridos, não está em linha com a verificada nas questões individualizadas, talvez pelo motivo de os Enfermeiros/as, quase todos, já prestarem serviço no CS, sendo Enfermeiro/as de Família da maioria dos inquiridos, logo, no caso das questões sobre simpatia, respeito, preocupação com a sua saúde, são princípios que já se verificavam no CS, não sofrendo alterações de relevo na USF. A resposta a esta questão aos níveis de “melhorou muito” e melhorou” apresenta a soma de (52,1%), podemos, assim, aferir que no global em relação ao desempenho

dos Enfermeiro/as na USF, a maioria dos inquiridos responderam que houve melhorias.

As respostas às questões sobre a satisfação dos inquiridos em relação aos Assistentes Técnicos, na USF versus CS foram as seguintes: (cf. quadro 45)

- “A simpatia dos Assistentes Técnicos na USF versus CS” regista os seguintes resultados: “melhorou muito” (4,9%), “melhorou” (32,3%), “está igual” (38,6%), “piorou” (18,8%), “piorou muito” (5,4%). São bons resultados, uma vez que, os Assistentes Técnicos são os profissionais que primeiro contactam com os utentes, fazem a cobrança das polémicas taxas moderadoras, dão as boas e as más notícias, como, “hoje não tem a consulta que estava marcada há mais de um mês, com o seu médico” e, por vezes surgem diálogos mais exaltados. No entanto, (37,2%) dos inquiridos responderam que houve melhoria na simpatia destes profissionais na USF versus CS.

- “O horário de atendimento dos Assistentes Técnicos na USF versus CS” apresenta os seguintes resultados: “melhorou muito” (0,9%), “melhorou” (43,0%), “está igual” (56,1%). Nesta questão a resposta “está igual” é a que apresenta o valor mais elevado e compreende-se porque, antes da criação das USF, os Centros de Saúde já praticavam o horário das 08:00 horas às 20:00 horas, trabalhando os profissionais por turnos de forma rotativa. Para os inquiridos é irrelevante o horário praticado por cada um destes profissionais, desde que a USF se encontre a funcionar durante o melhor horário possível mas, (43,09%) dos inquiridos responderam que houve melhoria.

- “O respeito com que foi tratado/a pelos Assistentes Técnicos na USF versus CS” regista os seguintes valores: “melhorou muito” (0,9%), “melhorou” (6,7%), “está igual” (79,8%), “piorou” (10,3%), “piorou muito” (2,2%). Também nesta questão a resposta “está igual” regista o valor mais elevado, no entanto, não se pode deixar de referir que (10,3%) dos inquiridos responderam que “piorou” e, para (2,2%) “piorou muito”.

- “A rapidez com que foi atendido/a pelos Assistentes Técnicos na USF versus CS” apresenta os seguintes valores: “melhorou muito” (1,3%), “melhorou” (61,0%), “está igual” (37,2%), “piorou” (0,4%). Confirma-se que a maioria dos inquiridos estão de acordo quanto à melhoria na rapidez no atendimento e ainda mais, desde que foi

instalado o balcão eletrónico, a partir daí é incomparável a rapidez de agora e a que se verificava no Centro de Saúde.

• “Em termos globais, a sua satisfação em relação ao desempenho dos Assistentes Técnicos na USF versus CS” apresenta os seguintes valores (cf. quadro 46 e gráfico da figura 26): “melhorou muito” (8,5%), “melhorou” (43,9%), “está igual” (36,8%), “piorou” (7,7%), “piorou muito” (3,1%). Nesta questão, as respostas dos inquiridos que referem melhorias em termos globais quanto ao desempenho destes profissionais foi (52,4%).

**Quadro 45 – Satisfação quanto ao desempenho dos Assistentes Técnicos, Centro USF Planície versus Centro de Saúde**

**Assistentes Técnicos**

**Número de registos e % em relação ao total**

**“SATISFAÇÃO”**

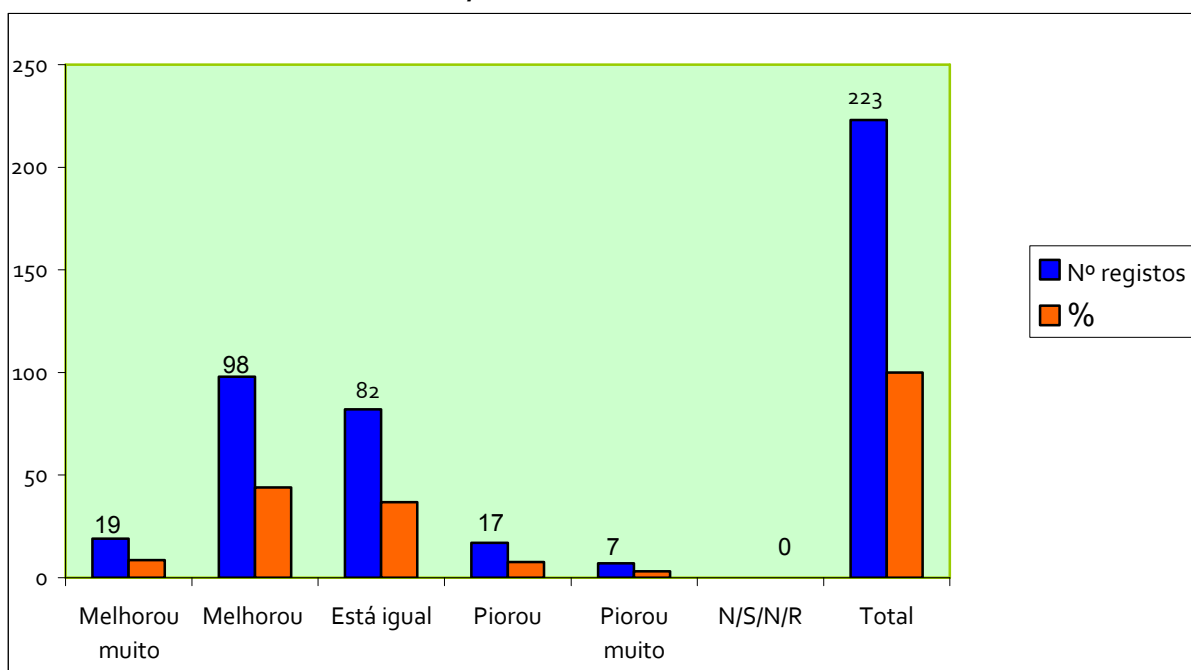
	Melhorou Muito	Melhorou	Está Igual	Piorou	Piorou Muito	N/S N/R	Total
A simpatia dos Assistentes Técnicos da USF	11 (4,9%)	72 (32,3%)	86 (38,6%)	42 (18,8%)	12 (5,4%)	0 (0,0%)	223 (100%)
O horário de atendimento dos Assistentes Técnicos da USF	2 (0,9%)	96 (43,0%)	125 (56,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	223 (100%)
O respeito com que foi tratado(a) pelos Assistentes Técnicos da USF	2 (0,9%)	15 (6,7%)	178 (79,8%)	23 (10,3%)	5 (2,2%)	0 (0,0%)	223 (100%)
A rapidez com que foi atendido(a) pelos Assistentes Técnicos da USF	3 (1,3%)	136 (61,0%)	83 (37,2%)	1 (0,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	223 (100%)
Em termos globais, a sua satisfação em relação ao desempenho dos Assistentes Técnicos da USF	19 (8,5%)	98 (43,9%)	82 (36,8%)	17 (7,7%)	7 (3,1%)	0 (0,0%)	223 (100%)
Total.....	37 (3,3%)	417 (37,4%)	554 (49,7%)	83 (7,4%)	24 (2,2%)	0 (0,0%)	1115 (100%)

Fonte: Questionário por entrevista, aplicado aos utentes da USF Planície

**Quadro 46 – Satisfação em termos globais quanto ao desempenho dos Assistentes Técnicos, USF Planície versus Centro de Saúde**

Satisfação em termos globais quanto ao desempenho dos Assistentes Técnicos, USF versus C. Saúde	Nº de registos	%
Melhorou Muito	19	8,5
Melhorou	98	43,9
Está Igual	82	36,8
Piorou	17	7,7
Piorou Muito	7	3,1
N/S/N/R	0	0
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>100</b>

**Figura 27 – Gráfico correspondente à satisfação em termos globais quanto ao desempenho dos Assistentes Técnicos, USF Planície versus Centro de Saúde**



As questões sobre as melhorias das instalações e localização da USF Planície versus CS registam os seguintes resultados (cf. quadro 47):

- A localização da USF em relação à situação anterior no Centro de Saúde, apresenta os seguintes valores: "melhorou muito" (4,9%), "melhorou" (32,3%), "está igual" (38,6%), "piorou" (18,8%), "piorou muito" (5,4%). Estas respostas estão em linha com o esperado, porque antes da criação das duas primeiras USF (Planície e

Eborae) existiam duas Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde no Centro Histórico de Évora, o antigo Centro de Saúde, no Largo do Paraíso e a Extensão da Rua D' Avis 154, que foram encerradas. A população residente dentro das muralhas na cidade de Évora, são na maioria idosos, geralmente mais necessitados de cuidados médicos e de enfermagem, que tinham o seu Médico de Família numa destas Unidades de Saúde. Com o encerramento e deslocação dos Médicos para as USF, são obrigados a deslocarem-se para mais longe e, muitos têm dificuldade no transporte. Alguns utentes inscritos na Unidade de Saúde do Bairro da Cruz da Picada, por motivo do seu Médico de Família ter passado a prestar serviço na USF Planície, têm que se deslocar em autocarro às consultas e queixam-se porque, os horários não são compatíveis com os das consultas. Para os inquiridos que estão nessa situação a localização da USF "pioorou" ou "pioorou muito" mas, o valor em conjunto (17,9%) não sendo muito elevado, não deixa de ser negativo em termos de acesso aos cuidados de saúde.

- "O horário de funcionamento da USF versus CS" regista os seguintes resultados: "melhorou muito" (4,5%), "melhorou" (63,2%), "está igual" (31,8%) e, 1 inquirido não respondeu a esta questão (0,4%). A maioria dos inquiridos (67,7%) responderam que houve melhoria no horário de funcionamento da USF, não pelo horário semanal das 08:00 às 20:00 horas, já praticado pelo CS mas, pelo horário aos sábados, domingos e feriados das 08:00 às 14:00 horas.

- "O conforto das instalações da USF versus CS" regista os seguintes resultados: "melhorou muito" (12,5%), "melhorou" (73,1%), "está igual" (14,3). A maioria dos inquiridos responderam que o conforto das instalações da USF apresenta melhorias em todos os compartimentos, porque, são instalações novas planeadas para o funcionamento de serviços de saúde e estão integradas no edifício do Hospital do Patrocínio. A alguns inquiridos, antes, eram-lhe prestados cuidados de saúde em Unidades de Saúde com poucas condições em termos de acessibilidades, assim, apreciam melhor as novas instalações da USF.

- "A questão referente à limpeza e higiene das instalações da USF versus CS" apresenta os seguintes valores: "melhorou muito" (5,8%), "melhorou" (40,4%), "está igual" (46,6%), "pioorou" (7,2%). Sobre esta questão (46,2%) dos inquiridos responderam que houve melhoria mas, para (46,6%) "está igual" e (7,2%)



responderam que “piorou” e, o motivo indicado foi: “são empresas a limpar, pagam mal às empregadas sendo diferente de quando eram a empregadas do CS, o problema principal parece estar nas casas de banho porque, são frequentadas por muitas pessoas e não é fácil mantê-las sempre limpas, alguns inquiridos sugeriram “deviam ser feitos raids mais frequentes às casas de banho pelas empregadas de limpeza porque, alguns utentes depois de as usarem não as deixam nas melhores condições”.

• A questão, “em termos globais a satisfação em relação à USF versus CS” regista os seguintes resultados: “melhorou muito” (8,1%), “melhorou” (72,2%), “está igual” (17,9%), “piorou” (1,8%). Esta questão, acaba por englobar todas as outras sobre este aspeto. Os inquiridos responderam que existe melhoria em termos de localização, horário, conforto e limpeza na USF Planície em relação ao Centro de Saúde.

As respostas a esta questão, ou seja em termos globais são apresentadas no quadro 48 e gráfico da figura 28, no sentido de se conseguir melhor análise.

**Quadro 47 - Satisfação quanto à localização e instalações, USF Planície versus Centro de Saúde**

**Localização e instalações da USF Planície**

**Número de registos e % em relação ao total**

**“SATISFAÇÃO”**

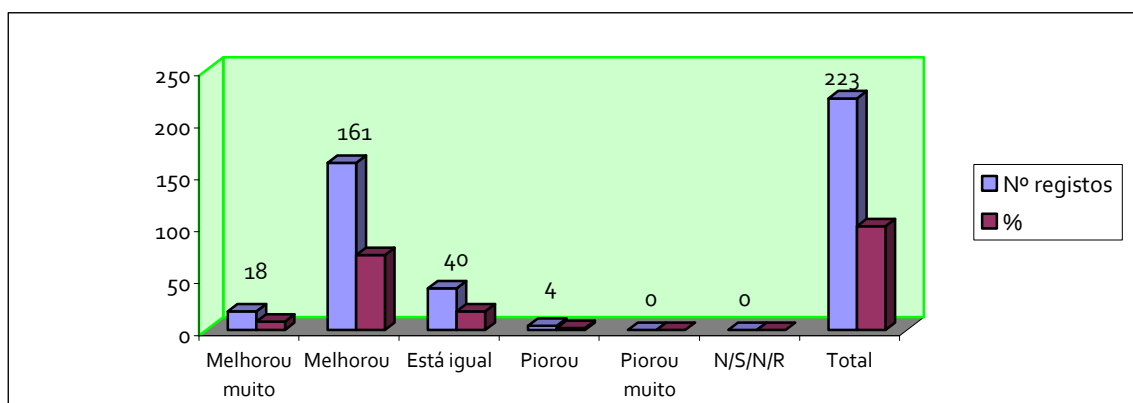
	Melhorou Muito	Melhorou	Está Igual	Piorou	Piorou Muito	N/S N/R	Total
A localização da USF em relação à situação anterior no Centro de Saúde	18 (8,1%)	51 (22,9%)	107 (48,0%)	42 (18,8%)	2 (0,9%)	3 (1,3%)	223 (100%)
O horário de funcionamento da USF	10 (4,5%)	141 (63,2%)	71 (31,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,4%)	223 (100%)
O conforto das instalações da USF	28 (12,5%)	163 (73,1%)	32 (14,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	223 (100%)
A limpeza e higiene das instalações da USF	13 (5,8%)	90 (40,4%)	104 (46,6%)	16 (7,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	223 (100%)
Em termos globais a satisfação em relação à USF	18 (8,1%)	161 (72,2%)	40 (17,9%)	4 (1,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	223 (100%)
Total.....	87 (7,8%)	606 (54,4%)	354 (31,7%)	62 (5,6%)	2 (0,2%)	4 (0,4%)	1115 (100%)

Fonte: Questionário por entrevista, aplicado aos utentes da USF Planície

Quadro 48 - Satisfação em termos globais quanto à localização e instalações da USF Planície vs Centro de Saúde

Satisfação em termos globais quanto à localização e instalações da USF Planície	Nº de registos	%
Melhorou Muito	18	8,1
Melhorou	161	72,2
Está Igual	40	17,9
Piorou	4	1,8
Piorou Muito	0	0
N/S/N/R	0	0
Total	223	100

Figura 28 - Gráfico referente à satisfação em termos globais quanto à localização e instalações da USF Planície vs Centro de Saúde



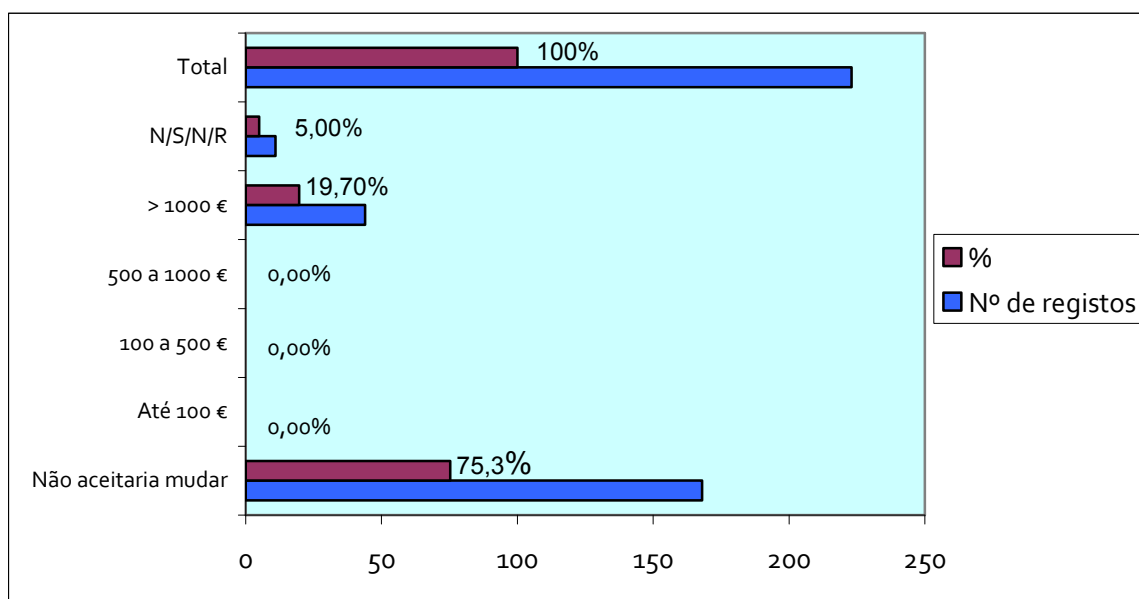
• A questão sobre: “que valor monetário aceitaria para que os cuidados de saúde que lhe são prestados na USF Planície lhe fossem prestados noutra USF em Évora” (quadro 49 e gráfico da figura 29), foi aplicada no sentido de testar a fidelidade dos inquiridos ao seu Médico de Família e fundamentalmente à USF Planície. Foram obtidas as seguintes respostas: “Não aceitaria mudar” (75,3%), “aceitaria mudar mediante o recebimento de mais de 1.000 euros” (19,7%). Os inquiridos que responderam, “aceitaria mudar de USF se me pagassem mais de 1.000 euros” pertencem ao grupo etário dos [17-45] anos. Os inquiridos pertencentes aos grupos etários com mais de 45 anos, geralmente responderam, “mudar para onde? como isto está tão mau (...) prefiro ficar nesta USF, que já conheço e não aceitava mudar por

*dinheiro nenhum*". Assim, verifica-se que (75,3%) dos inquiridos não aceitavam qualquer valor monetário para mudar de USF.

**Quadro 49 – Respostas à questão: "Que valor monetário aceitaria para que os cuidados de saúde que lhe são prestados na USF Planície lhe fossem prestados noutra USF em Évora?"**

Respostas à pergunta 27 do questionário	Nº de registos	%
Não aceitaria mudar	168	75,3
Até 100 €	0	0,0
100 a 500 €	0	0,0
500 a 1000 €	0	0,0
> 1000 €	44	19,7
N/S/N/R	11	5,0
Total	223	100

**Figura 29 – Gráfico referente à questão sobre: "Que valor monetário aceitaria para que os cuidados de saúde que lhe são prestados na USF Planície lhe fossem prestados noutra USF em Évora?"**

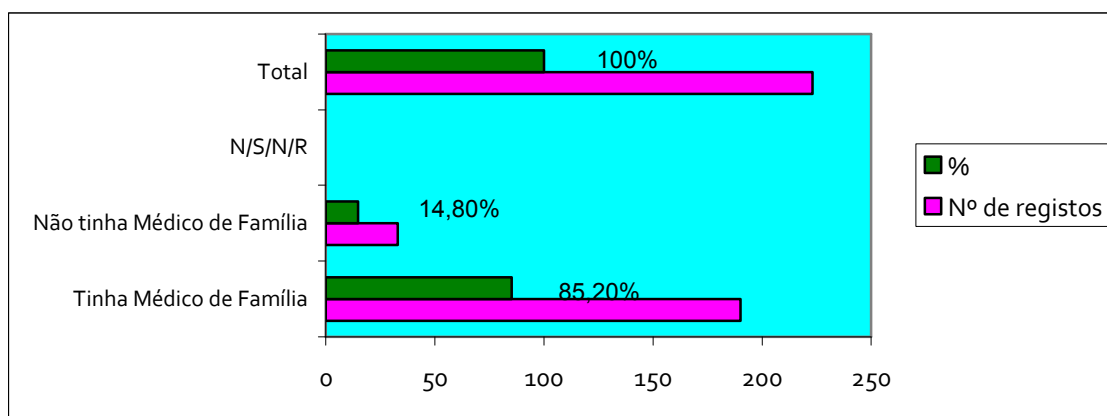


- Relativamente à questão: "antes da abertura desta USF, tinha Médico de Família?" (quadro 50 e gráfico da figura 30), as respostas foram as seguintes: sim (85,2%) e, não (14,8%), verifica-se que a maioria dos inquiridos (85,2%) já tinha Médico de Família antes da abertura da USF Planície, ou na área geográfica da responsabilidade do Centro de Saúde de Évora, ou noutros Centros de Saúde.

Quadro 50 – Respostas à questão: “antes da abertura desta USF, tinha Médico de Família?”

Registo de utentes com e sem médico de família quando ingressaram na USF Planície	Nº de registos	%
Tinha Médico de Família	190	85,2
Não tinha Médico de Família	33	14,8
N/S/N/R	0	0
Total	223	100

Figura 30 – Gráfico referente ao número de inquiridos com e sem Médico de Família antes da abertura da USF Planície

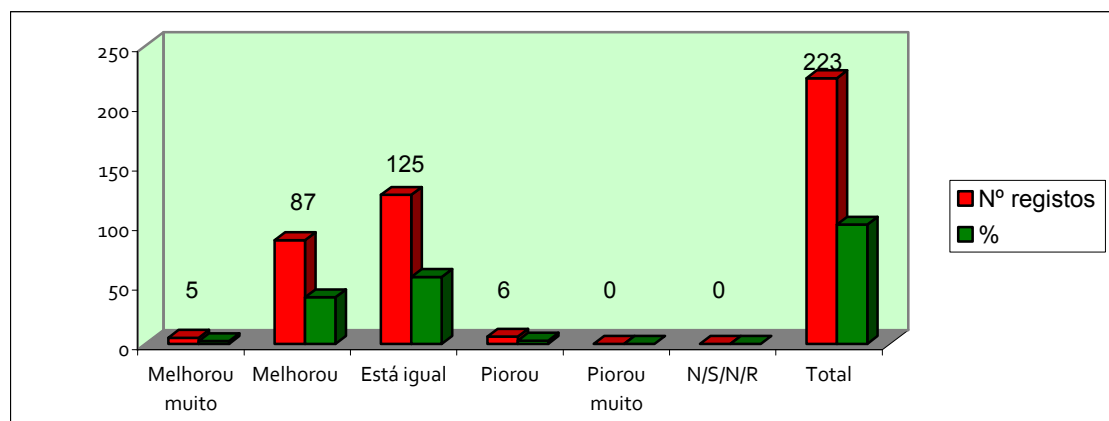


• Relativamente à questão: “marcação de consultas na USF vs CS” (quadro 51 e gráfico da figura 31), as respostas foram as seguintes: “melhorou muito” (2,2%), “melhorou” (39,0%), “está igual” (56,1%) e “piorou” (2,7%). Nesta questão o maior número de respostas foi “está igual” (56,1%), porque, pelos comentários dos inquiridos “é mais fácil marcar consulta na USF mas, continuam a esperar imenso tempo entre o dia da marcação e o dia da consulta para o seu médico”, acabando por anular essa facilidade.

Quadro 51 – Acesso e satisfação quanto à marcação de consultas na USF Planície vs Centro de Saúde

Acesso e satisfação quanto à marcação de consultas na USF vs Centro de Saúde	Nº de registos	%
Melhorou Muito	5	2,2
Melhorou	87	39,0
Está Igual	125	56,1
Piorou	6	2,7
Piorou Muito	0	0,0
N/S/N/R	0	0,0
Total	223	100

Figura 31 – Gráfico referente ao acesso e satisfação quanto à marcação de consultas na USF vs Centro de Saúde

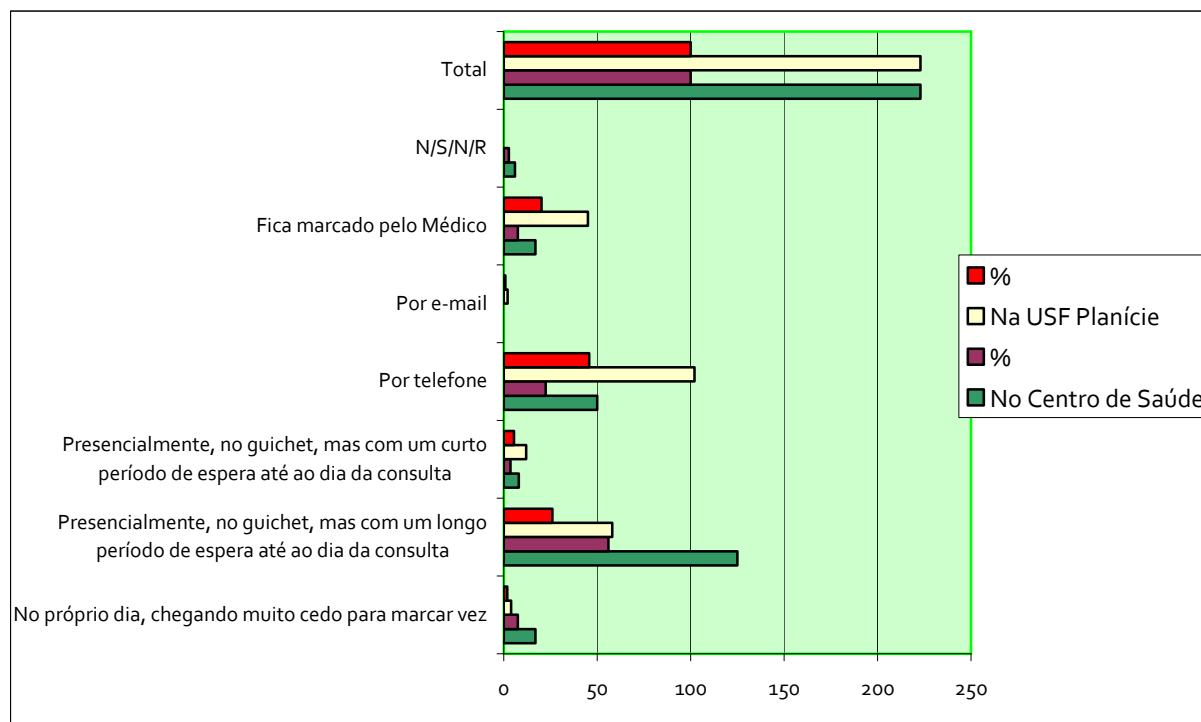


- O resultado das respostas à questão "Forma de marcação de consultas no Centro de Saúde e na USF" (quadro 52 e gráfico da figura 32) permite verificar que houve melhoria na forma de marcação de consultas, comparando a situação na USF com o Centro de Saúde. Verifica-se que existe diminuição nos casos em que os inquiridos chegavam cedo no próprio dia, de (7,6%) para apenas (1,8%), incluindo neste último valor as marcações feitas diariamente por motivo de urgência. A marcação de consultas presencialmente no guichet, com longo período de espera até ao dia da consulta, também diminuiu de (56%) para (26,0%). As marcações de consultas presencialmente no *guichet*, com curto período de espera até ao dia da consulta, apresentam ligeira melhoria, de (3,6%) para (5,6%). Também existe melhoria na situação das marcações de consultas pelo telefone, de (22,4%) no CS, para (45,7%) na USF. O número de consultas programadas que ficam marcadas pelo Médico de Família, geralmente para doentes portadores de doenças crónicas, aumentaram de (7,6%) para (20,2%). A marcação de consultas por e-mail, apresenta valores pouco significativos.

Quadro 52 – Forma de marcação de consultas, USF Planície vs Centro de Saúde

Forma de marcação de consultas na USF vs Centro de Saúde	No Centro de Saúde	%	Na USF Planície	%
No próprio dia, chegando muito cedo para marcar vez	17	7,6	4	1,8
Presencialmente, no guichet, mas com um longo período de espera até ao dia da consulta	125	56,0	58	26,0
Presencialmente, no guichet, mas com um curto período de espera até ao dia da consulta	8	3,6	12	5,4
Por telefone	50	22,4	102	45,7
Por e-mail	0	0	2	0,9
Fica marcado pelo Médico	17	7,6	45	20,2
N/S/N/R	6	2,7	0	0
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>100</b>	<b>223</b>	<b>100</b>

Figura 32 – Gráfico referente à forma de marcação de consultas, USF Planície versus Centros de Saúde



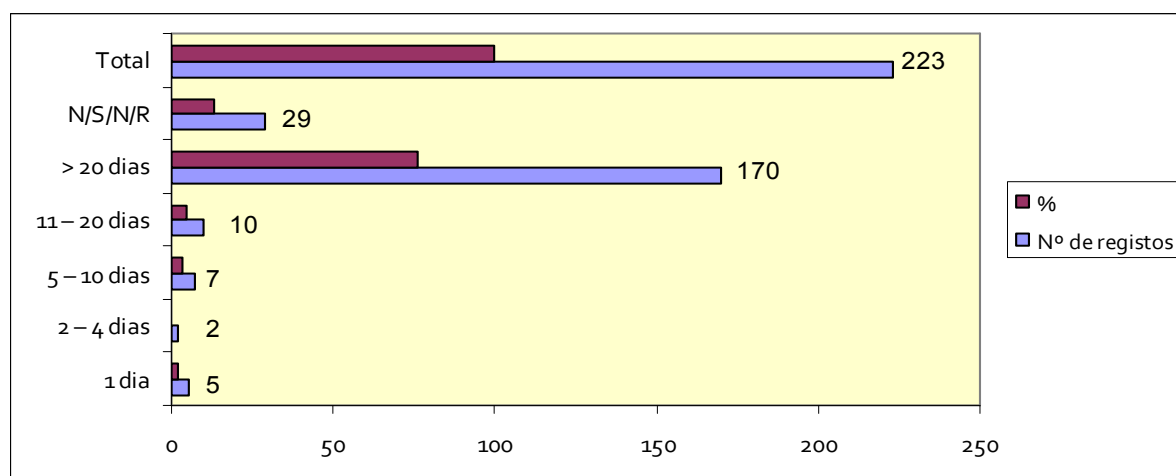
• Na questão sobre, “ o intervalo de dias entre a marcação e o dia da consulta” (quadro 53 e gráfico da figura 33). A resposta de maior relevo é a do período superior a 20 dias entre a marcação e o dia da consulta. Foram proferidas algumas queixas dos inquiridos sobre esta situação mas, isso pode estar relacionada, não com dificuldades de acesso, mas sim, pelo facto de (20,2%) das consultas serem marcadas pelo Médico de Família, para acompanhamento periódico da situação clínica dos inquiridos e

também porque, são consideradas consultas não urgentes, existindo marcação diária para algumas consultas urgentes e conforme consta na página da internet da USF Planície: *“Se o utente tiver uma situação urgente para resolver com o seu Médico de Família, deve contactá-lo no início dos seus períodos de consulta. Todos os Médicos no início dos seus períodos de consultas disponibilizam um período de tempo para atender estes casos. No caso de se tratar de situação urgente, imprevisível e inadiável será de imediato consultado, caso contrário o médico combinará com o utente uma data e hora para a consulta”*.

Quadro 53 – Intervalo de dias entre a marcação e o dia da consulta não urgente

Intervalo de dias entre a marcação e o dia da consulta não urgente	Nº de registos	%
1 dia	5	2,2
2 – 4 dias	2	0,9
5 – 10 dias	7	3,2
11 – 20 dias	10	4,5
> 20 dias	170	76,2
N/S/N/R	29	13,0
Total	223	100

Figura 33 – Gráfico referente ao intervalo de dias entre a marcação e o dia da consulta não urgente



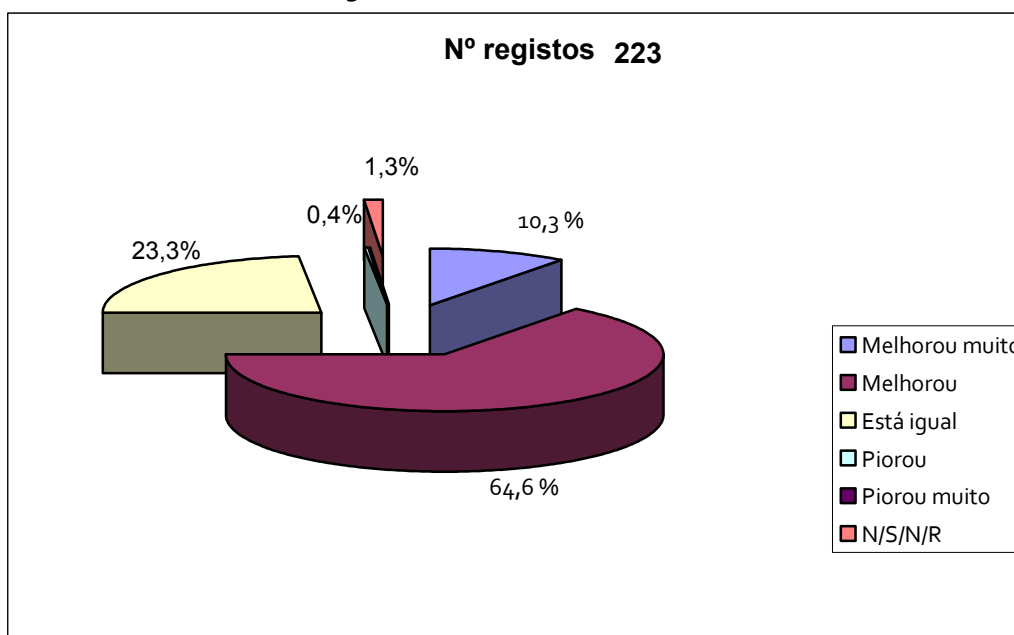
- A questão sobre, “a marcação de consultas urgentes na USF versus CS” (quadro 54 e gráfico da figura 34) apresenta as seguintes percentagens: “melhorou muito” (10,3%), “melhorou” (64,6%), “está igual” (23,3%), “piorou” (0,4%), não responderam a esta questão (1,3%) dos inquiridos. A maioria dos inquiridos (74,9%), responderam que existe melhoria na marcação de consultas urgentes na USF em

relação ao CS. As respostas estão em linha com o esperado porque, “nenhum utente fica por atender se for caso urgente”, talvez por esse motivo, o resultado da satisfação que se verifica, seja tão elevado.

Quadro 54 – Acesso e satisfação em relação à marcação de consultas urgentes, para o Médico de Família, USF Planície vs Centro de Saúde

Acesso e satisfação em relação à marcação de consultas urgentes	Nº de registos	%
Melhorou Muito	23	10,3
Melhorou	144	64,6
Está Igual	52	23,3
Piorou	1	0,4
Piorou Muito	0	0,0
N/S/N/R	3	1,3
Total	223	100

Figura 34 – Gráfico referente ao acesso e satisfação dos inquiridos em relação à marcação de consultas urgentes na USF Planície vs Centro de Saúde



- Relativamente à questão sobre, “a marcação de consultas ao domicílio na USF versus CS” (quadro 55 e gráfico da figura 35) foram registados os seguintes resultados: “melhorou” (2,2%), “está igual” (31,4%), “piorou” (0,4%), não responderam a esta questão (66,0%) dos inquiridos. A razão indicada pelos inquiridos que não responderam a esta questão foi, “nunca marcaram consultas ao domicílio, por isso, não se pronunciavam sobre uma situação que desconheciam, mas pensavam não

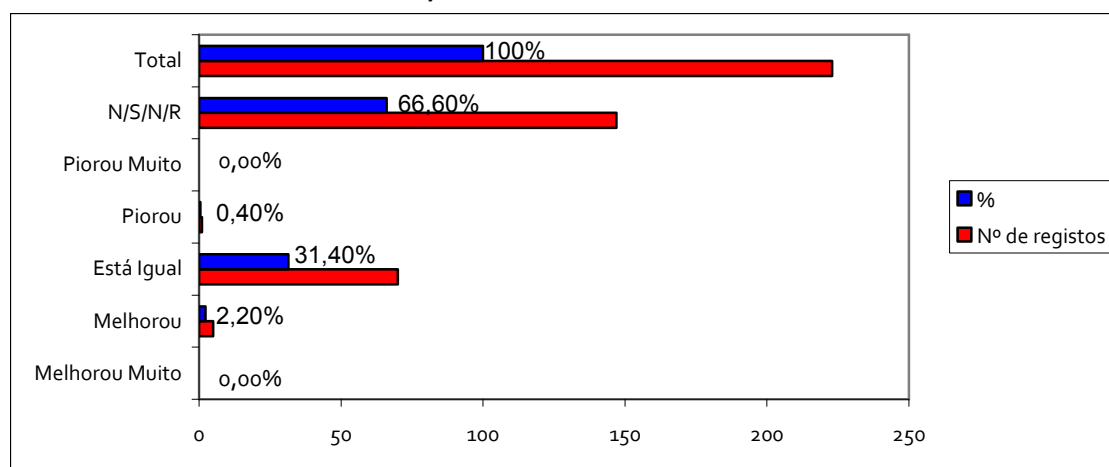


ser fácil conseguir essa marcação”. Ainda assim, houve cinco inquiridos (2,2%) que responderam existir melhoria na marcação de consultas ao domicílio, na USF versus CS.

**Quadro 55 – Acesso e satisfação em relação à marcação de consultas ao domicílio, USF Planície vs Centro de Saúde**

Acesso e satisfação em relação à marcação de consultas ao domicílio, USF Planície vs Centro de Saúde	Nº de registos	%
Melhorou Muito	0	0,0
Melhorou	5	2,2
Está Igual	70	31,4
Piorou	1	0,4
Piorou Muito	0	0,0
N/S/N/R	147	66,0
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>100</b>

**Figura 35 – Gráfico referente ao Acesso e satisfação em relação à marcação de consultas ao domicílio, USF Planície vs Centro de Saúde**



- As respostas referentes à questão sobre, “o sistema de consultas urgentes, chamada consulta aberta na USF vs CS” (quadro 56 e gráfico da figura 36), foram as seguintes: “melhorou muito” (46,3%), “melhorou” (48,0%), “está igual” (4,9%), “piorou” (0,4%), não responderam a esta questão (0,4%) dos inquiridos. A resposta a esta questão apresenta o valor de satisfação muito elevada (94,3%), verifica-se quase unanimidade dos inquiridos sobre a melhoria no sistema de atendimento nas urgências.

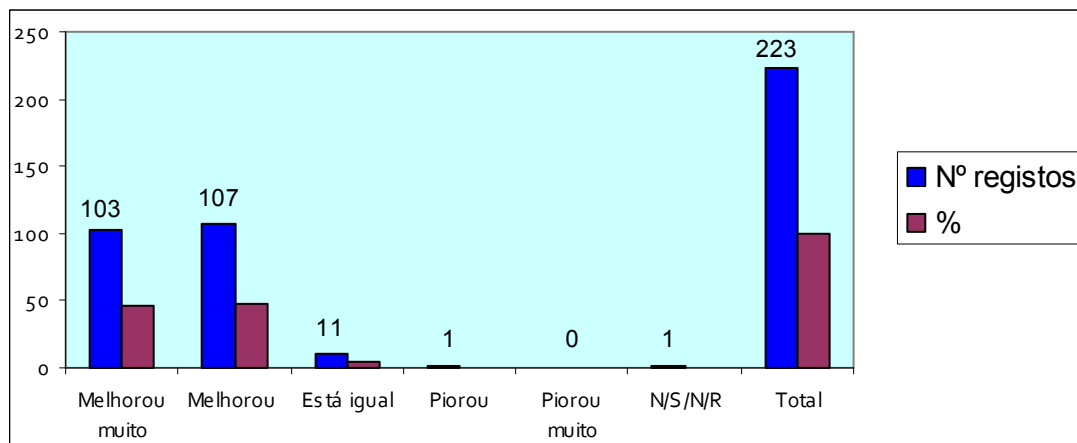
Alguns inquiridos lembraram o antigo sistema de atendimento na urgência do Centro de Urgências do Centro de Saúde de Évora, CUCSE, a funcionar no

perímetro do Hospital do Espírito Santo, mas onde os doentes de Évora estavam impedidos de recorrer diretamente entre as 08:00 e as 24:00 horas, a não ser que os doentes fossem referenciados pelo Médico/a em serviço no CUCSE, o qual, funcionava em deficientes instalações acrescido da ausência de humanização, apesar de existir boa vontade de alguns profissionais.

**Quadro 56 – Acesso e satisfação em relação ao sistema de serviço de urgência em consulta aberta, USF Planície vs Centro de Saúde**

Acesso e satisfação em relação ao sistema de serviço de urgência em consulta aberta, USF Planície vs Centro de Saúde	Nº de registos	%
Melhorou Muito	103	46,3
Melhorou	107	48,0
Está Igual	11	4,9
Piorou	1	0,4
Piorou Muito	0	0,0
N/S/N/R	1	0,4
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>100</b>

**Figura 36 – Gráfico referente ao acesso e satisfação em relação ao sistema de serviço de urgência em consulta aberta, USF Planície vs Centro de Saúde**



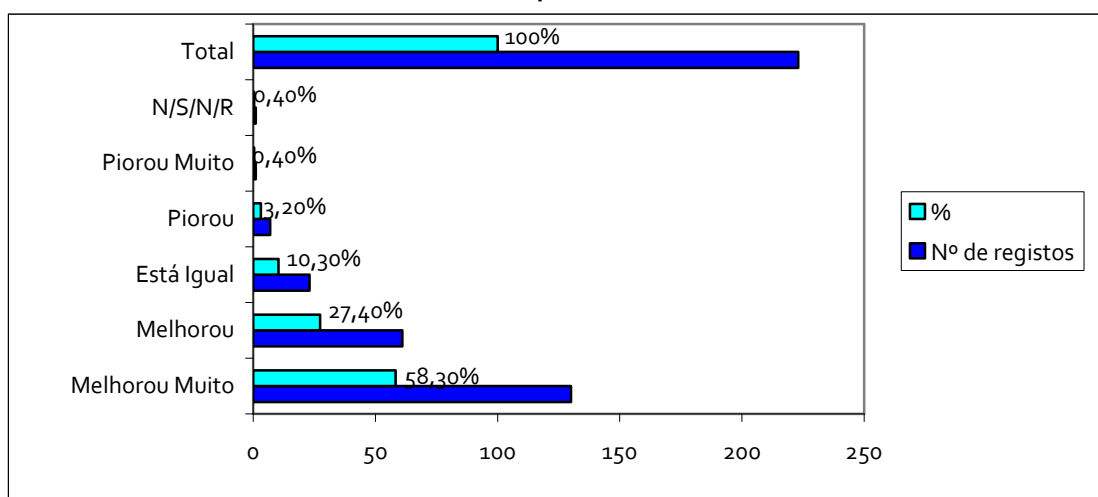
- A questão sobre, “o sistema de atendimento na USF, incluindo o balcão eletrónico, versus Centro de Saúde” (quadro 57 e gráfico da figura 37), regista os seguintes resultados: “melhorou muito” (58,3%), “melhorou” (27,4%), “está igual” (10,3%), “piorou” (3,2%), “piorou muito” (0,4%), não responderam a esta questão (0,4%). A elevada satisfação (85,7%) referente a esta questão, segundo a maioria dos inquiridos deve-se à instalação do balcão eletrónico, uma disciplina aceite por quase todos, que obriga a respeitar a sua vez de atendimento sem atropelos e maior rapidez

no atendimento pelos profissionais, porém, os mais idosos têm dificuldade na sua utilização, embora os profissionais (administrativos) estejam sempre dispostos a ajudar (conforme se assistiu).

Quadro 57 – Acesso e satisfação em relação ao atendimento, incluindo o sistema do balcão eletrónico, USF Planície vs Centro de Saúde

Acesso e satisfação em relação ao atendimento, USF Planície vs Centro de Saúde	Nº de registos	%
Melhorou Muito	130	58,3
Melhorou	61	27,4
Está Igual	23	10,3
Piorou	7	3,2
Piorou Muito	1	0,4
N/S/N/R	1	0,4
Total	223	100

Figura 37 – Gráfico referente ao acesso e satisfação em relação ao atendimento, incluindo o sistema do balcão electrónico, USF Planície vs Centro de Saúde



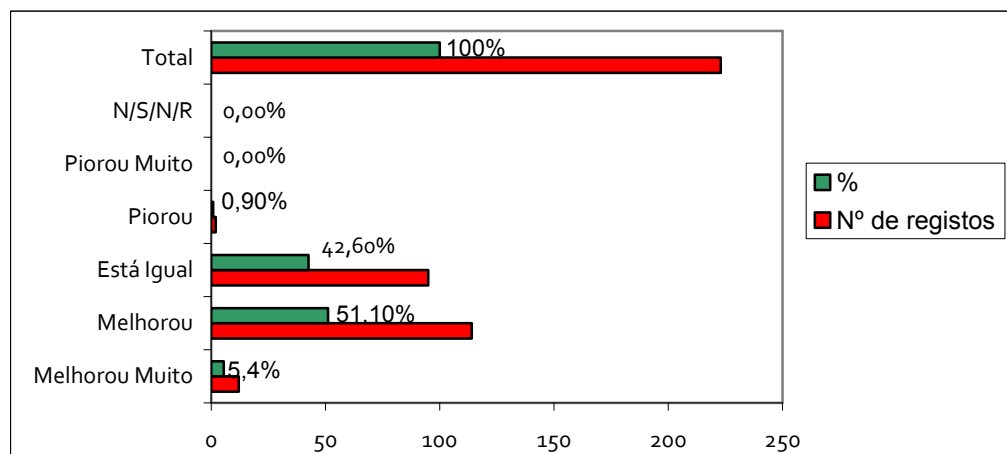
• Relativamente à questão sobre, “o acesso aos diversos compartimentos na USF, versus CS” (quadro 58 e gráfico da figura 38), apresenta os seguintes valores: “melhorou muito” (5,4%), “melhorou” (51,1%), “está igual” (42,6%), “pioorou” (0,9%). A soma das respostas “melhorou muito” e “melhorou” foi (56,5%), significa que, a maioria dos inquiridos encontra melhoria no acesso aos diversos compartimentos na USF em relação ao Centro de Saúde. As respostas foram em função das condições das instalações das Unidades de Saúde onde antes estavam inscritos, algumas funcionavam ao nível de 1º andar, sem elevadores, com muitas escadas estreitas,

onde não se conseguia subir com cadeiras de rodas e dificilmente de outras formas com doentes com dificuldade de mobilidade, como era o caso da Unidade de Saúde da Rua D' Avis 154. Os inquiridos que estavam inscritos no antigo Centro de Saúde no Largo do Paraíso, na Extensão do Chafariz D' El-Rei ou Cruz da Picada, frequentavam instalações mais adequadas, logo nem todos responderam que houve melhoria no acesso aos diversos compartimentos na USF.

Quadro 58 – Satisfação e acesso aos diversos compartimentos, USF Planície vs Centro de Saúde

Satisfação e acesso aos diversos compartimentos, USF Planície versus Centro de Saúde	Nº de registos	%
Melhorou Muito	12	5,4
Melhorou	114	51,1
Está Igual	95	42,6
Piorou	2	0,9
Piorou Muito	0	0,0
N/S/N/R	0	0,0
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>100</b>

Figura 38 – Gráfico referente à satisfação e acesso aos diversos compartimentos, USF Planície vs Centro de Saúde



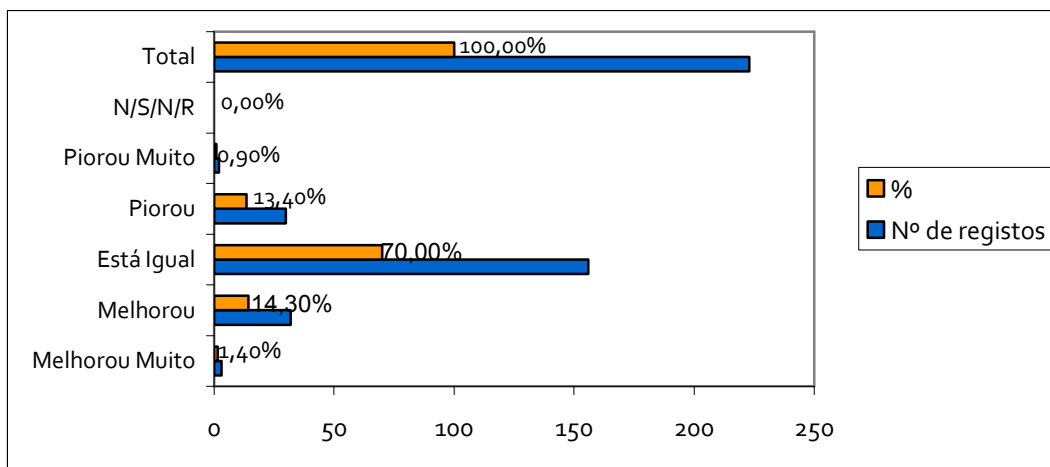
- A questão sobre, “o meio de transporte que utiliza para acesso à USF versus CS” (quadro 59 e gráfico da figura 39), regista as percentagens: “melhorou muito” (1,4%), “melhorou” (14,3%), “está igual” (70,0%), “piorou” (13,4%), “piorou muito” (0,9%). Constatou-se que, esta mudança de instalações agradou mais aos que residem próximo da USF mas, os inquiridos que residem dentro do Centro Histórico, na Cruz da Picada ou em Bairros em que os autocarros fazem as carreiras para a Praça do

Geraldo ou Largo Luís de Camões, depois têm que tomar outro autocarro para a USF, é complicado, também devido aos horários dos autocarros, assim, (70,0%) dos inquiridos responderam “está igual” e, para (13,4%) “piorou”. Os inquiridos que utilizam automóvel próprio, são indiferentes, embora existam mais problemas com o estacionamento neste local, principalmente em relação à Porta D’ Avis.

Quadro 59 – Acesso e satisfação em relação ao meio de transporte que utiliza, USF Planície vs Centro de Saúde

Acesso e satisfação em relação ao meio de transporte que utiliza, USF Planície vs Centro de Saúde	Nº de registos	%
Melhorou Muito	3	1,4
Melhorou	32	14,3
Está Igual	156	70,0
Piorou	30	13,4
Piorou Muito	2	0,9
N/S/N/R	0	0,0
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>100</b>

Figura 39 – Gráfico referente ao acesso e satisfação em relação ao meio de transporte que utiliza, USF Planície versus Centro de Saúde

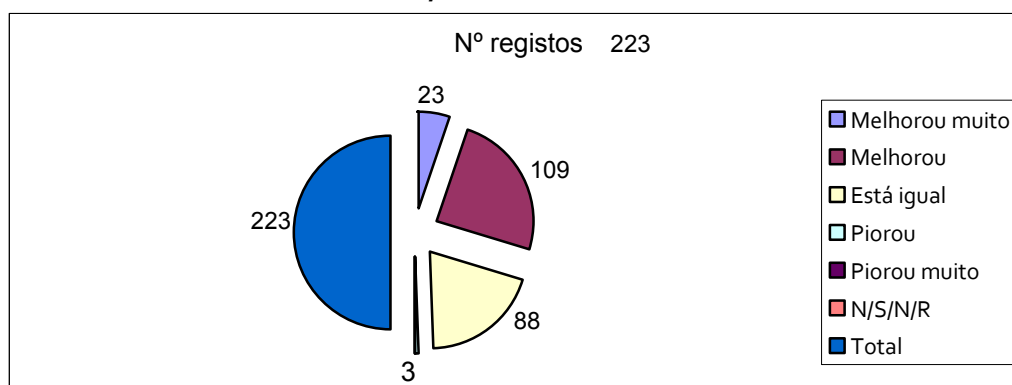


• A questão sobre, “a satisfação e acesso para falar com o Médico de Família na USF Planície versus CS” (quadro 60 e gráfico da figura 40) obteve os seguintes resultados: “melhorou muito” (10,3%), “melhorou” (48,9%), “está igual” (39,5%), “piorou” (1,3%). Verifica-se que, a maioria dos inquiridos (59,2%) encontram melhorias no acesso para falar com o seu Médico de Família na USF, em relação ao CS.

Quadro 6o – Satisfação e acesso para falar com o Médico de Família, sem consulta marcada, USF Planície vs Centro de Saúde

Satisfação e acesso para falar com o Médico de Família, sem consulta marcada, USF Planície vs Centro de Saúde	Nº de registos	%
Melhorou Muito	23	10,3
Melhorou	109	48,9
Está Igual	88	39,5
Piorou	3	1,3
Piorou Muito	0	0,0
N/S/N/R	0	0,0
Total	223	100

Figura 4o – Gráfico referente à satisfação e acesso para falar com o Médico de Família, sem consulta marcada, USF Planície vs Centro de Saúde

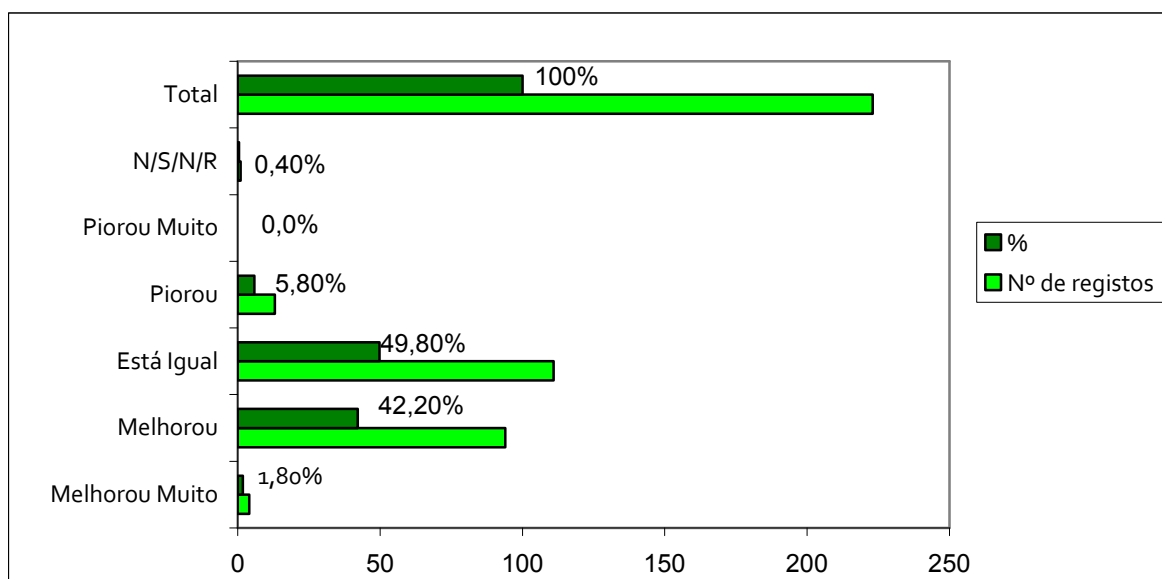


• A questão sobre, “ Satisfação e acesso através de telefone para marcar consulta, ou tratar de outro assunto, USF Planície vs Centro de Saúde” (quadro 61 e gráfico da figura 41) obteve os seguintes resultados: “melhorou muito” (1,8%), “melhorou” (42,2%), “está igual” (49,8%), “piorou” (5,8%). Não respondeu a esta questão um inquirido que representa (0,4%). Verifica-se que, a maioria dos inquiridos (49,8%) responderam “está igual”. É de salientar que (44,0%) responderam que houve melhorias no acesso através do telefone para marcar consulta ou tratar de outro assunto na USF, em relação ao CS.

**Quadro 61 – Satisfação e acesso através de telefone para marcar consulta ou tratar de outro assunto, USF Planície vs Centro de Saúde**

Satisfação e acesso através de telefone para marcar consulta ou tratar de outro assunto na USF vs Centro de Saúde	Nº de registos	%
Melhorou Muito	4	1,8
Melhorou	94	42,2
Está Igual	111	49,8
Piorou	13	5,8
Piorou Muito	0	0,0
N/S/N/R	1	0,4
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>100</b>

**Figura 41 – Gráfico referente à satisfação e acesso através de telefone para marcar consulta ou tratar de outro assunto, USF Planície vs Centro de Saúde**



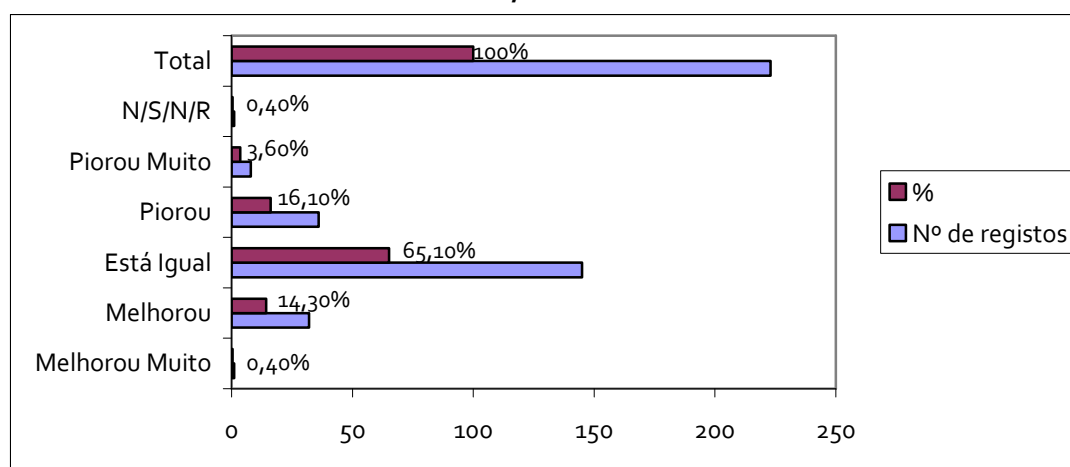
• A questão sobre, "o acesso e satisfação em relação a informações prestadas pelos profissionais (Médicos, Enfermeiros e Administrativos) sobre os seus direitos e deveres como utilizador de cuidados de saúde, USF Planície versus CS" (quadro 62 e gráfico da figura 42), regista as seguintes percentagens: "melhorou muito" (0,4%), "melhorou" (14,3%), "está igual" (65,1%), "piorou" (16,1%), "piorou muito" (3,6%), não responderam a esta questão (0,4%) dos inquiridos. Não se pode considerar um bom resultado em termos de acesso e satisfação, no entanto, (14,7%) dos inquiridos responderam que houve melhoria quanto às informações prestadas pelos

profissionais da USF Planície em relação ao Centro de Saúde, sobre os seus direitos e deveres como utilizadores de cuidados de saúde mas, a resposta “está igual” foi a que registou o resultado mais relevante, ouviram-se algumas queixas sobre a insuficiência de informação relativa a este tema, é de referir que (16,1%) dos inquiridos responderam “piorou” e oito inquiridos (3,6%) responderam “piorou muito”.

**Quadro 62 – Acesso e satisfação em relação a informações prestadas pelos profissionais (Médicos, Enfermeiros e Administrativos) sobre os seus direitos e deveres como utilizador de cuidados de saúde na USF Planície vs Centro de Saúde**

Informações prestadas pelos profissionais	Nº de registos	%
Melhorou Muito	1	0,4
Melhorou	32	14,3
Está Igual	145	65,1
Piorou	36	16,1
Piorou Muito	8	3,6
N/S/N/R	1	0,4
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>100</b>

**Figura 42 – Gráfico referente ao acesso e satisfação em relação a informações prestadas pelos profissionais (Médicos, Enfermeiros e Administrativos) sobre os seus direitos e deveres como utilizador de cuidados de saúde, USF Planície versus Centro de Saúde**



O objetivo desta análise era identificar melhorias nos cuidados de saúde prestados na USF Planície versus Centro de Saúde tradicional, através do inquérito por entrevista aos utentes. Assim, conclui-se que, em todas as questões colocadas aos inquiridos foram encontradas melhorias mais ou menos acentuadas.



### **5.13. Suportes de informação**

Para a elaboração do presente trabalho foram investigados e utilizados vários suportes de informação relacionados com a área dos Cuidados de Saúde Primários, naturalmente com o objetivo de alcançar a melhor evidência disponível sobre o tema em análise. Foram utilizados suportes de informação em formato papel, concretamente de livros temáticos e publicações periódicas, como jornais e revistas da área económica e da saúde, entre os quais o Jornal de Negócios, revista portuguesa de saúde pública, revista portuguesa de clínica geral, que publica vários artigos científicos na área da medicina familiar e, revista da Missão para os Cuidados de Saúde Primários, com publicações técnicas muito interessantes dedicadas aos cuidados primários, com abordagem a práticas inovadoras de gestão, de governação clínica de qualidade e com indicações de visibilidade às boas práticas em cuidados primários.

A maior parte do suporte de informação foi através da Internet, no portal do Ministério da Saúde e em sites de Instituições de alguma forma ligadas aos serviços públicos de saúde e à reforma dos CSP. Também foram efetuadas consultas à Wiki Health Action <sup>21</sup>, uma plataforma organizacional onde estão disponíveis vários conteúdos sobre os CSP e sobre a mudança organizacional dos mesmos, em (<http://healthaction21.eu/>). Foram efetuadas várias consultas ao site do Observatório Português do Sistema de Saúde ([www.observaport.org](http://www.observaport.org)), onde se encontra disponível muita informação sobre os CSP, nomeadamente, um relatório anual, intitulado “relatório da Primavera” referente a cada ano, desde 2001, onde de forma sintética é feita uma avaliação dos serviços prestados pelos CSP e são apresentadas sugestões de melhorias para o ano seguinte.

Conforme é indicado nas páginas da bibliografia consultada, foi efetuada pesquisa noutros sites, onde se encontra publicada matéria de interesse sobre o caso em estudo, assim como, listas de publicações que incluem livros, revistas, dissertações de mestrado, teses de doutoramentos, trabalhos de pós-graduações e de especializações na área da saúde, Economia e ciências sociais.

Recorreu-se ao site da USF Planície, ([www.usfplanície.no.sapo.pt](http://www.usfplanície.no.sapo.pt)) para se efetuar a caracterização sumária da unidade de observação, da população alvo, do universo de estudo e da amostra.

Os dados necessários à elaboração do estudo de caso, foram gentilmente cedidos pelo Coordenador da USF Planície, através dos relatórios de atividades dos anos de 2007 a 2010.

## **6. Análise e discussão dos resultados**

O principal objetivo desta pesquisa é identificar melhorias na prestação de cuidados de saúde, ou seja, ganhos em saúde, resultantes do efeito da descentralização do SNS, promovida pela reforma dos CSP, iniciada em 2005 e o seu contributo para o desenvolvimento económico e social a nível local.

Esta análise incide nos aspetos positivos e negativos da referida reforma, da qualidade - eficiência e ganhos em saúde, na definição de "ganhos em saúde", nos indicadores de desempenho da USF Planície entre 2007 e 2010 e nos indicadores de acesso e satisfação que integram o questionário por entrevista, aplicado aos utentes da referida USF.

Considera-se que, as melhorias identificadas se expressam em ganhos em saúde, que por sua vez, podem contribuir para o desenvolvimento económico e social a nível local.

Após a análise dos efeitos da descentralização do SNS, motivada pela reforma dos CSP, são de salientar os ganhos na cobertura da população, 472.800 novos utentes conseguiram médico de família. São ainda de salientar a evidente melhoria dos cuidados de saúde prestados, com destaque para o aumento da acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde, os ganhos de eficiência e efetividade, bem como, ao nível da satisfação dos utilizadores e profissionais com o modelo organizacional assente nas USF.

Regista-se ainda o desenvolvimento de processos de governação clínica e da saúde, a atividade das Unidades de Cuidados Continuados (UCC), e o desenvolvimento de conceitos, metodologias e instrumentos, com apoio multiprofissional.

Embora existam alguns aspetos negativos, eles são claramente superados pelos ganhos em saúde.

Os ganhos em saúde, são avaliados pelos resultados positivos de indicadores da saúde e contêm referências sobre a respetiva evolução. O conceito mais comum de ganhos em saúde é a diminuição da mortalidade infantil, o aumento da esperança média de vida à nascença e a melhoria dos resultados que, significa ganhos de anos de vida e redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, a diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, devidas à doença, a

traumatismos ou às suas sequelas, ao aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, à redução do sofrimento evitável pela melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde.

Os principais indicadores para cálculo de ganhos em saúde são, a mortalidade - número de anos de vida potenciais perdidos. Os indicadores de mortalidade são tradicionalmente os mais fáceis de obter e, também por isso, dos mais utilizados nas análises do estado de saúde de uma população. No entanto, a acompanhar as tradicionais taxas de mortalidade, é fundamental a análise dos Anos de Vida Potenciais Perdidos (AVPP). Este indicador permite avaliar não só o número de mortes mas, também o momento de ocorrência das mesmas, em termos de idade do óbito.

Nas últimas décadas a esperança média de vida à nascença, em Portugal, aumentou cerca de oito anos, registando em 1979 a média de (71,03 anos) e em 2008 (78,70 anos).

Também se verificam ganhos relevantes, relativos à esperança de vida aos 35 anos e aos 65 anos. Os indivíduos que, entre 1979 e 1981 completaram os 35 anos, esperavam viver mais 41,2 anos e os que completaram essa mesma idade em 2006-2008, mais 44,7 anos.

A taxa de mortalidade prematura, vem diminuindo nas últimas décadas, por cada 100.000 indivíduos com idade inferior a 65 anos, verificaram-se em 1979 (343 óbitos) e, em 2008 (214 óbitos), o que em percentagem no total dos óbitos corresponde a (42,1 %) e em 2008 a (27,6 %), existindo nesse período um ganho em saúde igual a (14,5%).

O indicador de causas de morte "evitáveis" inclui os casos de mortes selecionadas como resultado de investigações efetuadas sobre um conjunto de doenças, incapacidade e óbitos prematuros considerados como "evitáveis" no caso de serem tomadas em consideração as possibilidades existentes na altura, tanto ao nível preventivo, como curativo. A interpretação deste indicador permite verificar quais as causas de morte que poderiam ter sido "evitadas" se tivessem acesso em devido tempo aos serviços de saúde (médicos e outros), ou comportamentos e atitudes saudáveis, despertando para o desenvolvimento de políticas adequadas à resolução das causas detetadas. Este indicador caracteriza-se, ainda, pela relação percentual das

mortes “evitáveis” no total dos óbitos que aconteceram na população com menos de 65 anos e nos períodos de 1989/93 e 2003/05, os valores passaram de (47 %) para (34 %), respetivamente, verificando-se grandes “ganhos em saúde”, concretamente, (13%).

Na mortalidade prematura, destaca-se a mortalidade infantil (que inclui a neonatal e perinatal), a mortalidade materna e a de crianças com idade inferior a 5 anos por serem indicadores utilizados na avaliação da situação sanitária de um país, porque, estão muito relacionados com a acessibilidade aos cuidados em saúde e o contexto socioeconómico do País e das Famílias.

A variação da mortalidade infantil foi muito interessante, porque, passou de 38,9 ‰ para 3,4 ‰ nados – vivos entre 1979 e 2008. Verificaram-se em simultâneo diminuições acentuadas nas taxas de mortalidade neonatal e perinatal, ou seja, de 15,5 ‰ e 23,9 ‰ em 1979, passou-se para 2,1 ‰ e 4 ‰ em 2008, respetivamente, verificando-se grandes “ganhos em saúde”.

A melhoria nos valores destes indicadores já se verifica desde a década de 70 (cf. quadros 10 e 11), porém, pelos valores registados em 2006-2008, podemos comprovar que são mais acentuados nestes anos, depois da reforma dos Cuidados de Saúde Primários, quando os cuidados de saúde, mais se aproximaram das populações.

Comparando o resultado obtido em 2010 com o de 2007, nos indicadores de desempenho da USF Planície, que integram cada uma das três áreas, “Acesso”, “Desempenho Assistencial” e “Eficiência”, verifica-se a existência de melhorias e por consequência ganhos em saúde (cf. quadro 63).

Com base na métrica de avaliação das metas contratualizadas instituídas pela ACSS IP, para a área acessibilidade foram contratualizados quatro indicadores, sendo possível a obtenção máxima de oito pontos se a USF cumprir (100%) da meta e, mínimo de sete pontos se for conseguido (90%) da respetiva meta.

No ano de 2010, na área “acesso” foram obtidos (7 pontos), sendo atingido o máximo em três metas e o mínimo (quase atingido) na meta do indicador “3.15 – Taxa de utilização global de consultas”.

Em 2007, nesta mesma área foram obtidos (6 pontos), sendo atingido o máximo em três metas. A meta do indicador “4.30 – Taxa de visitas domiciliárias

médicas por 1.000 utentes inscritos”, não foi atingida. Assim, verifica-se a existência de melhorias no desempenho em 2010, por consequência, ganhos em saúde.

Na área “Desempenho Assistencial”, em 2010, foram obtidos (7 pontos), sendo atingidos o valor máximo (meta atingida) em dois indicadores, o mínimo (meta quase atingida) em três, e (meta não atingida) em três indicadores, “5.2 Percentagem de mulheres entre os 25 e os 64 anos com colpocitologia atualizada (uma em três anos)”, “5.4 Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA<sub>1c</sub> registada nos últimos doze meses desde que abrangam dois semestres”, e “5.10 Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos seis meses”. No ano de 2007, esta área regista (2 pontos), apenas a meta referente ao indicador “5.10 Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos seis meses”, foi atingida. As restantes metas que integram os respetivos indicadores desta área, não foram atingidas. Também na área “Desempenho Assistencial” se verificaram ganhos em saúde, uma vez que, em 2010 atingiu (7 pontos) e em 2007 (2 pontos).

Na área “Eficiência”, em 2010, nenhuma das metas foi atingida mas, é de salientar que a USF atingiu o valor mais baixo de custos em meios complementares de diagnóstico e terapêutica por utilizador desde o início da sua atividade. Em 2007, apenas a meta referente ao indicador “7.6 Custo estimado para medicamentos prescritos/Utilizador”, foi atingida. Neste caso, perdeu-se eficiência no ano 2010, em relação ao ano de 2007.

Na análise geral dos indicadores, verifica-se que há melhoria em 2010, foram atingidos (14 pontos) e no ano de 2007 foram atingidos (10 pontos), como existe uma diferença de (4 pontos) verificam-se assim, evidentes ganhos em saúde e com base nos estudos anteriores, contribuição para o desenvolvimento económico e social a nível local.

**Quadro 63 – Evolução dos resultados dos indicadores de desempenho 2007 e 2010**

Nº SI	Indicador	Realizado 2007	Contrat. 2007	Pontuação	Realizado 2010	Contrat. 2010	Pontuação
<b>ACESSO</b>							
3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	77,7%	75%	2	79%	80%	2
3.15	Taxa de utilização global de consultas	65,8%	65%	2	65%	72%	1
4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	13% <sup>00</sup>	8% <sup>00</sup>	2	32	32	2
4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	44% <sup>00</sup>	180% <sup>00</sup>	0	217	150	2
<b>DESEMPENHO ASSISTENCIAL</b>							
5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e os 64 anos com colpocitologia atualizada (uma em três anos)	14,5%	35%	0	52%	70%	0
5.1	Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos	34%	50%	0	56%	65%	1
5.4	Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA <sub>1c</sub> registada nos últimos doze meses desde que abrangam dois semestres	43%	75%	0	49%	75%	0
5.10	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos seis meses	90%	70%	2	64%	90%	0
6.1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos*	***	95%	0	83%	97%	1
6.1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 7 anos*	***	95%	0	84%	96%	1
6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	56%	85%	0	79%	75%	2
6.9	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	56%	75%	0	88%	75%	2
----	Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos	***	***	0	***	***	***
<b>EFICIÊNCIA</b>							
7.6	Custo estimado para medicamentos prescritos/Utilizador	188€	230€	2	260,7€	180,0€	0
7.7	Custo estimado com meios complementares de diagnósticos e terapêutica prescritos/Utilizador	76€	50€	0	57,97€	45,00€	0
Total	*****	*****	*****	10	*****	*****	14

Fonte: Relatório de atividades da USF Planície, 2007 e 2010

A aplicação do questionário por entrevista aos utentes da USF Planície, consiste na análise das dimensões do acesso e da satisfação, com o objetivo de identificar melhorias nestes aspetos na USF em relação ao Centro de Saúde, onde antes eram prestados os cuidados de saúde aos inquiridos e, conseqüentemente ganhos em saúde.

Sendo o relacionamento com os profissionais, um indicador essencial para avaliar a satisfação dos utentes, estes foram questionados se notavam melhorias nas

relações com os profissionais (médicos, enfermeiros e assistentes técnicos) da USF em análise.

Relativamente às questões sobre a simpatia, horário de atendimento, preocupação com a sua saúde, respeito, rapidez no atendimento, tempo destinado à consulta e, serviço ao domicílio, todas apresentam melhorias, embora, algumas mais acentuadas do que outras.

As questões sobre a satisfação em termos globais, no que se refere ao desempenho dos médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, na USF vs CS, as respostas: “melhorou muito” e “melhorou”, atingiram os seguintes valores:

- Quanto ao desempenho dos médicos foi registado o valor total de (71,3%);
- A satisfação sobre o desempenho dos enfermeiros atingiu o valor total de (52,1%);
- Em relação do desempenho dos assistentes técnicos foi alcançado o valor de (52,4%).

De acordo com estes resultados, são reconhecidas pelos inquiridos, grandes melhorias no desempenho dos profissionais da USF.

Relativamente às questões sobre a melhoria no “acesso”, comparando a situação na USF vs Centro de Saúde (41,2%) dos inquiridos responderam que a situação melhorou muito ou melhorou.

A forma de marcação de consultas na USF vs Centro de Saúde, regista melhorias, a situação da marcação de consultas no próprio dia chegando muito cedo foi reduzida de (7,8%) para apenas (1,8%), a marcação no guichet com um longo período de espera até ao dia da consulta, melhorou, reduzindo de (56%) para (26%), a melhoria que mais se destaca é a marcação de consultas pelo telefone, de (22,4%) no Centro de Saúde, para (45,7%) na USF.

Quanto à situação referente à situação da marcação de consultas urgentes para o médico de família (74,9%) dos inquiridos responderam que na USF, melhorou muito ou melhorou.

O serviço de urgência em consulta aberta na USF, foi das questões que registou maior unanimidade, registando os níveis, melhorou muito e melhorou, (96,3%).



A receção e atendimento na USF regista a melhoria de (85,7%) entre as respostas melhorou muito e melhorou, neste caso, concluiu-se que também se deve ao funcionamento do balcão eletrónico, por permitir maior rapidez e credibilidade na ordem de atendimento dos utentes.

O acesso aos diversos compartimentos da USF vs Centro de Saúde, regista (56,5%) entre melhorou muito ou melhorou.

O acesso para falar com o seu médico de família na USF vs CS, apresenta o valor de (59,2%), nos níveis melhorou muito ou melhorou.

O acesso através de telefone para marcar consulta ou tratar de assuntos na USF vs CS, registou (44%) de respostas, melhorou muito ou melhorou.

Nesta comparação, são evidentes as melhorias em todas as situações na USF Planície em relação às situações no Centro de Saúde tradicional, o que justifica aceitar que isso se traduziu em ganhos em termos do desenvolvimento económico e social a nível local.

## **7. Conclusão**

A missão do Serviço Nacional de Saúde, através dos Cuidados de Saúde Primários, centra-se na obtenção de mais e melhores cuidados de saúde para as populações, no aumento na acessibilidade, proximidade, qualidade e fundamentalmente o aumento da satisfação dos utentes e dos profissionais, melhorando a organização, promovendo a contenção de custos, a eficiência e sustentabilidade do sistema nacional de saúde.

O estudo efetuado teve como objetivo verificar se a reforma dos Cuidados de Saúde Primários, iniciada em 2005, baseada nas Unidades de Saúde Familiar (USF), como forma de proximidade dos cidadãos, produziu melhorias nos cuidados de saúde, ganhos em saúde, contribuindo para o desenvolvimento económico e social, principalmente nas regiões mais desfavorecidas do nosso país.

Sobre a evolução dos Cuidados de Saúde Primários, concluiu-se que, até 2005, foi muito lenta, burocrática e não produziu os efeitos esperados. Apesar da publicação de muita legislação sobre a organização e funcionamento do sistema de saúde, alguma dessa legislação, nem chegou a ser executada, como o caso do DL nº 60/93, que devia criar a Rede de Cuidados de Saúde Primários.

A maioria das tentativas de mudança no sistema de saúde, não alcançaram o sucesso esperado, devido a diversas falhas, não foram atendidas as necessidades reais, no terreno, porque se minimizou o papel da avaliação, assistiu-se a uma ausência de discussão e informação transparente sobre as intenções das reformas e não houve o suficiente envolvimento dos agentes sociais.

A reforma dos CSP é assumida como fator chave de modernização e prevê a criação de instrumentos legais e operacionais que permitam reorganizar o sistema de saúde nos CSP e no desenvolvimento de uma matriz organizativa que conduza à reconfiguração dos Centros de Saúde, reestruturando-os em unidades funcionais, com especial importância para as USF, orientadas para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade.

Em 2010, já são reconhecidos pelo (OPSS)<sup>19</sup> os aspetos positivos e negativos desta reforma, sendo de destacar como positivo, o elevado número de profissionais

---

<sup>19</sup> Observatório Português do Sistema de Saúde

de saúde envolvidos; os ganhos na cobertura da população; a maturidade e espírito crítico dos profissionais; melhoria dos cuidados de saúde prestados, aumento da acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde, ganhos de eficiência e efetividade e satisfação dos utilizadores e profissionais com o modelo organizacional USF; desenvolvimento de processos de governação clínica e da saúde; início da atividade das Unidades de Cuidados Continuados (UCC); formalização dos Conselhos da Comunidade nos ACES; projetos de investigação em serviços de saúde nos CSP; desenvolvimento de conceitos, metodologias e instrumentos, com apoio multiprofissional, dos diversos técnicos.

Perante este cenário é de acreditar nos resultados positivos desta reforma mas, esta situação foi aferida no terreno, conforme seguidamente se apresenta no estudo de caso.

Também são enunciados alguns aspetos negativos da reforma, como as lacunas e insuficiências do sistema de informação, entre os quais a largura de banda insuficiente, a inexistência de um modelo de gestão do parque informático, a falta de interoperabilidade entre as novas aplicações informáticas e as já existentes, ausência de um plano de contingência relativo a backups dos sistemas de informação a incapacidade de resolução dos problemas da mobilidade de recursos humanos e pouca incorporação da Administração Pública dos exemplos de inovação e transformação da reforma dos CSP, que também se verificam nos relatórios anuais da USF em estudo.

Quanto às "estratégias de saúde" concluiu-se que, são o pilar do desenvolvimento do sistema de saúde. O desenvolvimento de estratégias locais necessita da convergência de várias fontes de iniciativas, ou seja, agentes e fatores de mudança, com prudência, na medida e tempo certos. É de fato incompreensível como em pequenas localidades onde existem vários parceiros sociais, como os Bombeiros, Cruz Vermelha, Santa Casa da Misericórdia, Autarquias, Cuidados de Saúde Públicos, Associações de Solidariedade Social, e outras IPSS, se verificarem tantas carências de apoio social, porque, todas essas entidades estão de costas voltadas, preocupadas com o que cada uma faz individualmente e com os seus orçamentos, entrando muitas vezes em choque por não saberem qual o papel de cada uma e acabam por fazer

menos do necessário. Se existisse uma estratégia comum de entendimento entre todos, seria mais fácil conseguir maior eficiência nos seus objetivos.

Nos locais onde foi possível implementar estratégias locais de saúde com base no estabelecido no PNS<sup>20</sup> foram obtidos resultados dignos de registo, pelo que, deverá apoiar-se e incentivar projetos no âmbito das ELS.

O estudo sobre a evolução da despesa em saúde, após a comparação dos gastos em saúde entre os países da UE-15, efetuada pela OCDE e, pela representação gráfica da evolução da despesa do Estado em saúde em percentagem (1972-2009), da PORDATA, concluiu-se que, são muito elevados em relação aos outros países da UE e, em relação ao PIB. É uma situação preocupante na medida que poderá colocar o atual sistema de saúde em risco. No entanto, já estão em andamento algumas políticas do XIX Governo Constitucional, das quais se esperam bons resultados e que não prejudiquem o enunciado na reforma dos CSP.

A sustentabilidade do atual sistema de saúde continua a ser motivo de discussão política e dos economistas da saúde, entre os que defendem que se pode manter e, os que pensam o contrário. Pelo estudo efetuado conclui-se que, será necessário tomar algumas medidas no sentido de controlar o aumento das despesas, sem se perder a qualidade, uma vez que, não é possível recorrer a outras fontes de financiamento, além dos impostos dos contribuintes, contribuições dos beneficiários de subsistemas e das taxas moderadoras.

Pensa-se ser necessário efetuar um levantamento, trabalho sério, sobre a capacidade existente, dos recursos técnicos, humanos e instalações necessários ao bom funcionamento do sistema nacional de saúde e eliminar os desperdícios, como a aquisição de sofisticados equipamentos que não têm o adequado aproveitamento, não se rentabilizam porque funcionam apenas algumas horas diárias e outros ficam armazenados vários anos sem nunca funcionar. Conforme estudo efetuado pela ERS, será necessária a reestruturação de alguns hospitais, porque existem hospitais em excesso, em algumas regiões, estando mal equipados mas, com custos muito elevados.

---

<sup>20</sup> Plano Nacional de Saúde (2004-2010)

A qualidade, eficiência e ganhos em saúde, não se podem dissociar, assim, foi elaborada a análise de cada um destes fatores em termos do seu papel no sistema de saúde, concluindo-se que, existe mais qualidade nos cuidados de saúde do que eficiência. A maioria dos estudos sobre a eficiência dos serviços de saúde, apresentaram resultados negativos, principalmente ao nível dos CSP.

A investigação sobre as melhorias, ou ganhos em saúde, foi efetuada através de um estudo de caso que se caracterizou pela avaliação dos indicadores de desempenho da USF Planície e de um questionário por entrevista, aplicado aos utentes da USF em estudo.

Os resultados obtidos demonstraram que algumas metas contratualizadas pela USF, junto do DCARS, nem sempre foram atingidas mas, no âmbito global registaram-se de facto melhorias.

Em relação aos indicadores incluídos no questionário por entrevista, as respostas à questão “antes da abertura desta USF, tinha médico de família?”, revelaram-nos que a USF conseguiu um ganho total de (14,8%), correspondente a 33 utentes sem médico de família, dos 223 inquiridos, que passaram a ter. Os restantes indicadores parecem sugerir melhorias na perceção em relação ao acesso e à satisfação dos utentes. A sua opinião foi positiva relativamente a todas as questões. Estes resultados são comprovados por outros estudos, entre os quais, “monotorização da satisfação dos utilizadores das USF – Sondagem às primeiras 146 USF” realizado pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, Maio de 2009. As 12713 respostas obtidas indicam que o maior nível de satisfação está relacionado com a comunicação e relação humana com os profissionais e com os cuidados prestados, informação e apoio, organização e oferta de serviços.

Após esta análise conclui-se que, a descentralização do Serviço Nacional de Saúde, promovida pela reforma dos Cuidados de Saúde Primários iniciada em 2005, baseada nas Unidades de Saúde Familiar, implicou ganhos em saúde, contribuindo para o desenvolvimento económico e social a nível local.

Este tema não se encerra com este estudo, ficando em aberto a sua continuação, por exemplo com a investigação dos motivos do crescimento das despesas em saúde, da sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde, das taxas moderadoras e da continuação dos efeitos da reforma dos Cuidados de Saúde

Primários no desenvolvimento local, uma vez que em 2010 apenas se atingiu a primeira fase, estando em execução a segunda fase e muito há ainda a fazer. Um outro exemplo de continuação poderá ser aquele que se baseia numa outra possibilidade de exploração da informação estatística aqui obtida, no sentido da sua utilização como fonte de explicação para algumas variáveis de interesse.

## **Bibliografia**

- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE - ACSS – Relatório de Contas 2010. Lisboa, 2010.
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE - ACSS – Lógica das Contas Nacionais 2008. [www.acss.pt](http://www.acss.pt), (acesso em 05 de Maio de 2011).
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – ACSS - Metodologia de Contratualização – USF Modelo A e Modelo B. Lisboa, 2009.
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – ACSS - Metodologia de Contratualização – USF Modelo A e Modelo B. Lisboa, 2010.
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – ACSS - Metodologia de Contratualização – CSP - 2011. Lisboa, 2011.
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – ACSS - Cálculo de Indicadores de Desempenho. Lisboa, 2009.
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – ACSS - Unidades de Saúde Familiar - Análise de atividade realizada em 2008 - <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublicações/CuidadosdeSaúdePrimários/tabid/118/language/pt-PT/Default.aspx> (acesso em 05-01-2012)
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – ACSS - Unidades de Saúde Familiar - Análise de atividade realizada em 2009 - <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublicações/CuidadosdeSaúdePrimários/tabid/118/language/pt-PT/Default.aspx> (acesso em 05-01-2012)
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – ACSS - Indicadores Nacionais, Regionais e Locais 2011 - <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublicações/CuidadosdeSaúdePrimários/tabid/118/language/pt-PT/Default.aspx>, (acesso 30-01-2012).
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR. [www.usf-an.pt](http://www.usf-an.pt), (acesso em 05 de Maio de 2011).
- BANCO MUNDIAL – Indicadores de Desenvolvimento – [data.worldbank.org/](http://data.worldbank.org/) - (acesso em 05-09-2011)
- BARROS, P. - Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos, p.p. 31,201,221. Edições Almedina, SA. Coimbra, 2006.

- BARROS, P. – Eficiência e qualidade: mitos e contradições – Colóquio-debate “Eficiência e Justiça em Cuidados de Saúde” Academia das Ciências. Lisboa, 1999.
- BARROS, P. – Sustentabilidade do Sistema de Saúde – Garantir o Futuro – trabalho apresentado na segunda Tertúlia da Saúde do Meeting Healthcare Future (MHF). Lisboa, 2010.
- BISCAIA, A., et al. – Cuidados de Saúde Primários em Portugal: reformar para novos sucessos, 2ª edição. Lisboa, Fundação Astrazeneca, 2005.
- BISCAIA, A., et al. – Cuidados de Saúde Primários em Portugal: reformar para novos sucessos, 2ª edição. Lisboa, Fundação Astrazeneca, 2008.
- CAMPOS, A. – Saúde. O custo de um valor sem preço. Editorial Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, Lda. Lisboa, 1983.
- CAMPOS, A., RAMOS, F. - Seminário - contas e ganhos na saúde em Portugal. Dez anos de percurso, in Desafios para Portugal. Seminário da Presidência da República. Casa das Letras/Editorial Notícias. Abril de 2005.
- CARMO, H. et al. – Metodologia de investigação: guia para autoaprendizagem. Lisboa Universidade Aberta, 1998.
- CLARA, C., CHAVES, J. - O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal. Revista Portuguesa de Educação, 15(1). pp. 221-244 CIED – Universidade do Minho, 2002.
- COMISSÃO PARA A SUSTENTABILIDADE DO FINANCIAMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE. Relatório final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, Fevereiro de 2007.
- DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, (acesso em 30-04-2011)  
[http://www.saudepublica.web.pt/05.promocaosaude/Dec\\_Almata.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05.promocaosaude/Dec_Almata.htm).
- DIREÇÃO GERAL DO ORÇAMENTO, [www.dgo.pt](http://www.dgo.pt). (acesso em 10-05-2011).
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Estatísticas: Centros de Saúde e Hospitais: Recursos e produção do SNS. Vários anos. Lisboa: Divisão de estatística. [www.dgs.pt/](http://www.dgs.pt/) (consulta efetuada em 14-09-2011).
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – DGS – (2007b) - Elementos Estatísticos. Informação Geral – Saúde 2005. Lisboa 2007.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – DGS – (2008) - Elementos Estatísticos. Informação Geral – Saúde 2006. Lisboa, 2008.



- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – DGS – (2009b) - Elementos Estatísticos. Informação Geral – Saúde 2007. Lisboa, 2009.
- ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. – Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS, 2008, site: [www.ers.pt](http://www.ers.pt), (acesso em 16-12-2011).
- ESTRATÉGIAS PARA A SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Alto Comissariado da Saúde. Lisboa, 2010.
- FERREIRA, F. A. G. – História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa, 1990.
- FERREIRA, P. L. et al. – Determinantes da satisfação dos utentes dos CSP: O caso de Lisboa e Vale do Tejo. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume Temático 2, 2001, p. 53-61 .
- FERREIRA, P. L., ANTUNES, P. - Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF. Edição: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC). Coimbra, 2009.
- FIDEL, R. (1992). The case study method: a case study, In: Glazier, Jack D. & Powell, - RONALD, R. Qualitative research in information management. Englewood, CO: Libraries Unlimited, 238 p. P. 37-50.
- GIL, A. C. – Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Editora Atlas, 1999
- GRUPO CONSULTIVO PARA A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS Relatório – Acontecimento Extraordinário, Fevereiro de 2009.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE - Conta Satélite da Saúde, 2009. Instituto Nacional de Estatística. 2009, [www.INE.pt](http://www.INE.pt), (acesso 20-05-2011).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – INE – (2006) – Estatísticas da Saúde 2005.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – INE – Informação não publicada referente aos anos de 1986 a 2006, sobre indicadores de saúde. Óbitos por causas de morte, sexo e grupos de idade.
- INSPECÇÃO-GERAL DAS ACTIVIDADES EM SAÚDE. Relatório de atividades, 2008.
- JUSTO, C. – Acesso aos Cuidados de Saúde – porque esperamos? Campo da Comunicação. Lisboa, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. - Portal da Saúde – História do SNS, [www.min-saude.pt/portal](http://www.min-saude.pt/portal), (consulta efetuada em 31-08-2011).

- MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. – [www.mcsp.min-saude.pt](http://www.mcsp.min-saude.pt), (consulta efetuada em 09-09-2011).
- MOSSIALOS, E., e LE GRAND, J. - Health Care and Cost Containment in the European Union Ashgate Publishing Limited, Aldershot, 1999.
- NEGRÃO, A. – Avaliação do grau de satisfação dos utentes do Hospital de dia de hematologia do Hospital dos Capuchos, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE, [www.observaport.org/](http://www.observaport.org/) (acesso em 12-05-2011).
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - OPSS – Conhecer os caminhos da saúde – Relatório de Primavera 2001 - Qualidade em saúde - síntese p. 3-4 – [www.observaport.org/](http://www.observaport.org/), (acesso em 20-06-2011).
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - OPSS - O estado da saúde e a saúde do Estado – Relatório de Primavera 2002 - [www.observaport.org/](http://www.observaport.org/) (acesso em 20-06-2011).
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - OPSS - Saúde que ruturas? – Relatório de Primavera 2003 - [www.observaport.org/](http://www.observaport.org/) (acesso em 20-06-2011).
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - OPSS - Incertezas...gestão da mudança na saúde – Relatório de Primavera 2004 - [www.observaport.org/](http://www.observaport.org/), (acesso em 25-06-2011).
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - OPSS - Novo Serviço Público de Saúde. Novos desafios – Relatório de Primavera 2005 - [www.observaport.org/](http://www.observaport.org/), (acesso em 28-06-2011).
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - OPSS - Um Ano de Governação: Sentidos e Significados – Relatório de Primavera 2006 - [www.observaport.org/](http://www.observaport.org/) (acesso em 30-06-2011).
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - OPSS - Luzes e Sombras. A Governação da Saúde – Relatório de Primavera 2007 - [www.observaport.org/](http://www.observaport.org/), (acesso em 30-06-2011).

- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - OPSS - Sistema de saúde português: Riscos e incertezas - Relatório de Primavera 2008 - [www.observaport.org/](http://www.observaport.org/), (acesso em 05-07-2011).
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - OPSS - 10/30 anos – Razões para continuar - Relatório de Primavera 2009 - [www.observaport.org/](http://www.observaport.org/), (acesso em 10-07-2011).
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - OPSS - Desafios em tempo de crise - Relatório de Primavera 2010 - [www.observaport.org/](http://www.observaport.org/), (acesso em 15-07-2011).
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - OPSS - Da depressão da crise para a Governação prospetiva da saúde - [www.observaport.org/](http://www.observaport.org/), (acesso em 18-07-2011).
- OECD - Working Papers nº 149, Health Care reform. Controlling spending and increasing efficiency. Paris. Organisation for Economic Co-Operation and Development, Economic Department, 1994.
- OECD - Health data 2006. Comparative analysis of 30 countries. Paris, 2006.
- OECD – (2010), “OECD Health data 2010: Statistics and indicators”, OECD, Paris.
- OGE - ORÇAMENTO GERAL DO ESTADO, [www.portugal.gov.pt](http://www.portugal.gov.pt), (consulta efetuada em 06 de Maio de 2011).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS - [www.oms.org/](http://www.oms.org/) (consulta efetuada em 20-09-2011).
- PEREIRA, J. - Economia da Saúde. Glossário de termos e conceitos. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Documento de trabalho nº 1/93.
- PEREIRA, M. G., et al. – Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto. Psicologia, saúde e doenças, 2001, 2(2) p. 69-80.
- PEREIRA, J., et al. - Health Care and cost containment in Portugal. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Documento de trabalho nº 2/97.
- PISCO, L. - A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. – Cadernos de Economia, Julho/Setembro, 2007.
- PISCO, L. - A voz dos utentes dos Centros de Saúde – Qualidade em saúde. 7 (2003) :23-26. [www.iqs.pt/pdf/7-2003/iqs07pg23-26.pdf](http://www.iqs.pt/pdf/7-2003/iqs07pg23-26.pdf).

- PONTE, J. P.- Estudos de caso em educação matemática. *Bolema*, 25, 105-132. Lisboa, 2006.
- PORDATA – [www.pordata.pt](http://www.pordata.pt), (consulta efetuada em 02 de Maio de 2011).
- QUIVY. R., et al. – Manual de Investigação em Ciências-Sociais. Lisboa. Gradiva, 1998.
- SAKELLARIDES, C., et al - O futuro do sistema de saúde: Da ideologia ao desempenho. Livraria Almedina. Coimbra, 2004.
- SAKELLARIDES, C., et al - Plano Nacional de Saúde e as Estratégias Locais de Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública/UNL. Lisboa. Agosto de 2010.
- SANTANA, P., - Os ganhos em saúde e no acesso aos serviços de saúde. Avaliação das últimas três décadas – Um percurso comentado. Edição Gulbenkian/APES. Lisboa 2010.
- SANTOS, A. I., et al – Estratégias Locais de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública/UNL. Lisboa, 2010.
- SILVA, C. A., et al - Estudo da satisfação dos utentes do Hospital Espírito Santo de Évora E.P.E. - Relatório Final – Universidade de Évora – Departamento Sociologia/Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia “Augusto da Silva” (CISA-AS). Évora, 2010.
- SIMÕES, J., - 30 anos do Serviços Nacional de Saúde – um percurso comentado. Livraria Almedina. Coimbra, 2010.
- UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR PLANÍCIE – [www.usfplanicie.no.sapo.pt](http://www.usfplanicie.no.sapo.pt), (acesso em 05-09-2011).
- UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR PLANÍCIE, - Relatório sobre indicadores e metas contratadas pela USF Planície no ano de 2007. Évora, 2007.
- UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR PLANÍCIE, - Relatório de atividades da USF Planície 2009. Évora, 2009.
- UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR PLANÍCIE, - Relatório de atividades da USF Planície 2010 – Évora, 2010.
- YIN, R.,- Case Study Research: Design and Methods (2ª Ed) Thousand Oaks, CA, 1994.

## **ANEXOS**

- Anexo I questionário por entrevista aos utentes da USF Planície
- Anexo II lista de consulta de sites na Internet
- Anexo III lista de consulta de legislação