

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO
ALGARVE**

**OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS COMO REGULADORES
DO ACESSO ÀS URGÊNCIAS HOSPITALARES – A
PERSPETIVA DO UTILIZADOR**

Mariana Mira Rodrigues

Doutora Margarida Eiras, Professora Adjunta ESTeSL

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias de Saúde

Lisboa, 2017

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO
ALGARVE**

**OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS COMO REGULADORES
DO ACESSO ÀS URGÊNCIAS HOSPITALARES – A
PERSPETIVA DO UTILIZADOR**

Mariana Mira Rodrigues

Doutora Margarida Eiras, Professora Adjunta ESTeSL

JÚRI

Mestre Gilda Cunha

Doutora Ana Escoval

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias de Saúde

(esta versão incluiu as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Lisboa, 2017

Agradecimentos

Este trabalho só foi possível com o apoio de várias pessoas, às quais gostaria de agradecer:

À Prof^a Doutora Margarida Eiras por ter aceite orientar-me neste projeto, por todo o apoio, disponibilidade e incentivo.

Ao Doutor Adalberto Campos Fernandes pelo estímulo ao conhecimento.

Ao Doutor Luís Pisco e Doutor Baltazar Monteiro pela preciosa ajuda prestada e por terem formado o grupo de peritos para a validação do questionário.

Agradeço também ao Hospital de São José pela facilitação da recolha de dados. O meu agradecimento a todos os membros do Conselho de Administração do Hospital pela ajuda e aos utentes que participaram no estudo.

Aos meus colegas de mestrado pelo companheirismo e apoio.

Finalmente, aos meus amigos e à família, sobretudo aos meus pais, pela paciência, compreensão, atenção, incentivo e apoio.

Resumo

O uso dos serviços de urgência por utentes com problemas de saúde considerados não urgentes conduzem à sobrelotação destes serviços e, conseqüente diminuição da satisfação do paciente e da qualidade dos serviços prestados. No entanto, a racionalização da utilização dos serviços de urgência depende da utilização adequada de outros serviços do sistema de saúde como os cuidados de saúde primários. Torna-se, assim, necessário perceber quais são as razões que levam os utentes a preferir os serviços de urgência ao invés destes cuidados. Este é um estudo exploratório descritivo onde se utilizou um questionário para a recolha da informação, aplicado aos utentes com pulseira verde do Serviço de Urgência do Hospital de São José. Na análise de resultados foi utilizada estatística descritiva – percentagens e frequências. Foi avaliada uma amostra de 150 participantes, dos quais 42,7% do sexo masculino e 57,3% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 92 anos, que apresentam o 1º ciclo do ensino básico como principal grau de escolaridade obtido (37,3%). Quanto à utilização dos cuidados de saúde, a maioria dos utentes releva que não tentou marcar consulta no centro de saúde, apesar de terem médico de família atribuído pelo centro de saúde. De facto, os inquiridos optam por escolher os serviços de urgência pelo desejo de receber cuidados no próprio dia e pela possibilidade de realizar qualquer tipo de exames de diagnóstico.

Estes resultados são importantes para definir os reforços que devem ser feitos ao nível dos cuidados de saúde primários, de forma a assegurar aos utentes o acesso a melhores cuidados de saúde.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde Primários, Serviço de Urgência, Acesso aos Cuidados de Saúde

Abstract

The use of Emergency Room by patients whose illnesses are not considered urgent lead to the overcrowding of said services and the consequent decrease in patient satisfaction and quality of services provided. However, the rationalization of the use of emergency services depends on the proper use of other health care services such as primary health care. It is therefore necessary to understand what the reasons why patients prefer the emergency services rather than primary health care. This is a descriptive, exploratory study which used a questionnaire to collect information, applied to patients with green bracelet Emergency Room of the Hospital de São José. In the analysis of the result descriptive statistics were used - Percentages and frequencies. The sample comprehended 150 participants, of which 42.7% were male and 57.3% female, aged between 18 and 92, presenting the 1st cycle of basic education as the primary level of education obtained (37.3%). Regarding the use of health care, most patients reveals that had not tried to make an appointment at the health center before resorting to the Emergency Room, despite having family doctor appointed by the health care center. In fact, the questioned patients choose these services by the desire to receive immediate care and the possibility of carrying out any diagnostic tests. One can thus conclude that patients prefer the emergency services to primary health care. These results are important to define the reinforcements to be made in terms of primary health care in order to ensure users with access to better health care.

Keywords: Primary Health Care, Emergency Department, Access to Health Care

Índice geral

Agradecimentos.....	III
Resumo	IV
Abstract	V
Índice geral.....	VII
Índice de tabelas.....	IX
Índice de Figuras	XI
Lista de abreviaturas.....	XIII
1. Introdução.....	1
1.1. Enquadramento e relevância do tema	3
1.2. Cuidados de Saúde Primários.....	9
1.3. Cuidados de Saúde Primários em Portugal.....	12
1.3.1. Enquadramento histórico.....	12
1.3.2. Ponto de situação atual	16
1.4. Serviços de Urgência Hospitalar e Triagem de Manchester	19
1.5. Objetivo do trabalho	22
2. Métodos.....	23
2.1. Método de investigação	23
2.2. Contexto do estudo e campo de observação	24
2.3. Técnica de recolha de dados	25
2.4. Validação do questionário	28
2.5. Análise de dados.....	29
3. Resultados.....	29
3.1. Caracterização do perfil sociodemográfico.....	29
3.2. Identificação dos utentes que ligaram para a Linha de Saúde 24.....	31
3.3. Identificação das razões que levaram os utentes a recorrer ao Serviço de Urgência.....	33
3.4. Identificação dos utentes sujeitos ao pagamento de taxas moderadoras	33
3.5. Identificação dos utentes que recorreram aos Cuidados de Saúde Primários ..	34

3.6. Identificação dos utentes que têm Médico de Família	36
4. Conclusão.....	41
4.1. Limitações do estudo	44
5. Referências bibliográficas.....	45
6. Anexos	55
7. Apêndices.....	60

Índice de tabelas

Tabela 3.1 - Caracterização sociodemográfica por idade	29
Tabela 3.2 - Caracterização sociodemográfica por idade	30
Tabela 3.3 - Caracterização sociodemográfica por sexo.....	30
Tabela 3.4 - Caracterização sociodemográfica por situação profissional	31
Tabela 3.5 - Identificação da razão que levou os utentes a não ligar para a Linha de Saúde 24	32
Tabela 3.6 - Identificação da razão que levou os utentes a recorrer à urgência hospitalar	33
Tabela 3.7 - Identificação da razão para a falta de resposta dos CSP	35
Tabela 3.8 - Identificação da razão que levou os utentes a optar pelo SU ao invés dos CSP	35
Tabela 3.9 - Identificação dos utentes que já tiveram médico de família.....	37
Tabela 3.10 - Identificação dos utentes por categorias de idade com e sem médico de família.....	37
Tabela 3.11 - Identificação dos utentes que têm médico de família e tentaram marcar consulta no Centro de Saúde.....	38
Tabela 3.12 - Identificação da razão para ainda não ter sido atribuído médico de família.....	39
Tabela 7.1 - Apresentação e classificação das variáveis em estudo.....	65

Índice de Figuras

Figura 3.1 - Caracterização sociodemográfica por escolaridade.....	30
Figura 3.2 - Identificação dos utentes que ligaram para a Linha de Saúde 24	32
Figura 3.3 - Identificação dos utentes que pagam taxas moderadoras	34
Figura 3.4 - Identificação dos utentes que tentaram marcar consulta no Centro de Saúde	34
Figura 3.5 - Identificação dos utentes que têm médico de família	36
Figura 3.6 - Identificação dos utentes que estão interessados em ter médico de família	38

Lista de abreviaturas

ACEM – Australasian College for Emergency Medicine

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.

CDSS – Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central EPE

CS – Centro de Saúde

CSH – Cuidados de Saúde Hospitalar

CSP – Cuidados de Saúde Primários

HSJ – Hospital de São José

INE – Instituto Nacional de Estatística

LBS – Lei de Bases da Saúde

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

NEHI – New England Healthcare Institute

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económicos

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

RLVT – Região de Lisboa e Vale do Tejo

SNS – Serviço Nacional de Saúde

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

UAG – Unidades de Apoio à Gestão

UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidades Funcionais

UNICEF – The United Nations Children’s Fund – Fundo das Nações Unidas para a Infância

URAP – Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USP – Unidades de Saúde Pública

USF – Unidades de Saúde Familiar

1. Introdução

Atualmente, o Setor da Saúde tem um papel de extrema relevância e ocupa um espaço muito visível na nossa sociedade (Leal e Garcez, 2016).

A saúde tem sido considerada por muitos um conceito abstrato e difícil de definir (Warwick-Booth et al., 2012). Segundo a Organização Mundial de Saúde (1948), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Por este motivo, as sociedades modernas investem na saúde, e não apenas no tratamento da doença. Promover a saúde é um investimento social estratégico, porque o futuro estado de saúde do país tem um forte impacto no seu desenvolvimento, e influencia o grau de desigualdade económica e social entre os nossos cidadãos (Campos, 2007).

A promoção da saúde e a prevenção da doença têm um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida das pessoas e na economia da comunidade, pelo que devem ser consideradas como investimentos e não como custos para a sociedade. Há assim que evoluir de planos de investimento da saúde exclusivamente dedicados à construção e manutenção de infraestruturas físicas, para outros que incluam fortes investimentos na promoção da saúde e na prevenção da doença (OPSS, 2001).

O sistema de saúde português tem tido uma evolução muito significativa ao longo dos últimos anos e é inquestionável que temos assistido a melhorias assinaláveis (Mello, 2011). Tem havido um esforço significativo de melhorar a gestão do Serviço Nacional de Saúde, com maior acompanhamento do desempenho dos hospitais e dos cuidados de saúde primários, avaliação dos Conselhos de Administração, financiamento com parcela indexada à qualidade, entre outras medidas (Deloitte, 2011). Hoje em dia, o direito à saúde está constitucionalmente protegido o que se encontra consagrado na Constituição Portuguesa, como um sistema de saúde universal, compreensivo, e tendencialmente gratuito (Campos, 2007).

Em resumo, a criação do SNS permitiu, num período de tempo relativamente curto, uma notável cobertura da população portuguesa em serviços de saúde, facilitando também, o desenvolvimento de uma estrutura de carreiras profissionais para a saúde (OPSS, 2001). Para além da finalidade nobre dos sistemas de saúde, de contribuírem decisivamente para ganhos em saúde, espera-se, também, no caso dos sistemas de saúde de base europeia, que a ação pública na saúde contribua para a diminuição das desigualdades dos resultados em saúde, e para a redução das desigualdades no acesso a tratamentos e à educação para a saúde. São estes os princípios que

inspiram o Serviço Nacional de Saúde (SNS), elemento-chave na organização do sistema de saúde português (Campos, 2007). De facto, desfrutar do melhor estado de saúde que é possível atingir, constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, religião, política, condição económica ou social (OMS, 1948).

Os cuidados de saúde constituem, assim, um bem ou serviço, o qual proporcionará saúde, sendo este um estado desejado aquando do consumo do mesmo (Leal e Garcez, 2016) e, por isso, um bom planeamento estratégico no SNS implica conhecer a procura de cuidados para poder ajustar a oferta de forma adequada (Deloitte, 2011).

A motivação para a realização deste trabalho surge exatamente neste sentido. É preciso ter em conta que para além de serem clientes, são também utentes, doentes e contribuintes, que não devem ser vistos como elementos passivos do sistema de saúde. Neste sentido, é preciso conhecer as necessidades dos utentes para a criação de mecanismos que tornem o SNS mais eficaz.

O presente estudo intitulado “Os Cuidados de Saúde Primários como Reguladores do Acesso às Urgências Hospitalares” encontra-se dividido em duas partes: a primeira relativa à clarificação teórica do tema e a segunda diz respeito ao estudo empírico. Na primeira parte foi realizada uma revisão bibliográfica relativa ao tema que se pretendia estudar, sendo o primeiro ponto relativo ao acesso aos cuidados de saúde, ao conceito de cuidados de saúde primários e respetiva perspetiva histórica e, por último, aos serviços de urgência hospitalar. A segunda parte deste trabalho está subdividida em dois pontos. O primeiro, relativo à metodologia, define os procedimentos e a amostra, ou seja, caracteriza o processo da investigação. O segundo ponto diz respeito à apresentação e discussão dos resultados a que a presente investigação conduziu. Neste último ponto é ainda apresentada a respetiva conclusão da investigação.

1.1. Enquadramento e relevância do tema

“Se adoecer, tem de escolher: ou fica sem tratamento ou vai perder a quinta”, há um século atrás, esta era a realidade de muitas pessoas, a verdade é que atualmente ainda existem, em todo o mundo, situações igualmente chocantes (OMS, 2008).

Mais de 30 anos depois do forte apelo de Alma-Ata para uma maior equidade em saúde, a maioria dos sistemas de saúde do mundo continuam a apoiar-se no método mais desigual para financiar os serviços de cuidados de saúde: os pagamentos diretos pelos doentes ou pelas suas famílias no momento em que um serviço é prestado. Isto priva muitas famílias dos cuidados de que necessitam porque não conseguem comportar essa despesa. O passo fundamental que um país pode dar para fomentar a equidade em saúde é promover a cobertura universal: acesso universal a todo um leque de serviços de saúde necessários, pessoais ou não-pessoais, com proteção social da saúde (OMS, 2008).

Segundo os Princípios Gerais da Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90), “a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei” (LBS Princípio Geral 1).

A LBS prevê que “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, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços” (LBS Política de saúde 1b).

No Plano Nacional de Saúde (PNS, 2015), o acesso aos cuidados de saúde, significa que são disponibilizados cuidados de qualidade, seguros, necessários e oportunos, no local tecnicamente apropriado e no momento adequado. O acesso aos cuidados de saúde é fundamental no desempenho dos sistemas de saúde, em todo o mundo. No entanto, continua a ser um tema complexo, devido à variedade de interpretações deste conceito (Levesque *et al.*, 2013).

Numa das suas primeiras publicações, Donabedian definiu acessibilidade como um dos aspetos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população (Travassos e Martins, 2004).

Etimologicamente, o acesso é definido como uma forma de aproximar, atingir ou entrar num lugar, como direito ou oportunidade de alcançar, utilizar ou visitar (Levesque *et al.*, 2013). O modelo de acesso proposto por Penchansky e Thomas (1981) assenta no conceito do ajustamento entre as necessidades dos utentes e a capacidade do sistema de saúde em satisfazer essas necessidades. Este modelo difere, no entanto, de Donabedian ao ampliar o conceito de acesso para incluir outros atributos que são tomados não com base na oferta, mas sim na relação entre a oferta e os indivíduos (Travassos e Martins, 2004). Nesta ótica, o grau de acesso aos cuidados de saúde é medido pela avaliação das barreiras à transformação de acesso potencial em acesso realizado. No modelo, estas barreiras podem ser agrupadas em 5 dimensões (terminologia original entre parênteses): proximidade (*accessibility*), capacidade (*availability*), aceitabilidade (*acceptability*), adequabilidade (*accommodation*) e esforço financeiro (*affordability*) (ERS, 2013).

A dimensão de *accessibility* é caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e a distribuição geográfica dos utentes, em termos de distância ou tempo entre o local onde se encontra o utente e o local onde são prestados os cuidados de saúde (ERS, 2009). Todavia, o acesso aos cuidados de saúde primários do SNS não depende apenas da existência de Centros de Saúde próximos das populações. É também importante analisar se a capacidade de oferta de cuidados desses centros é suficiente para suprir as necessidades das populações, algo que cabe na análise da dimensão “*availability*” (ERS, 2009).

Por seu turno, a *acceptability* avalia se o ato de prestação de cuidados de saúde que é realizado corresponde às reais necessidades e expectativas do utente, e representa as atitudes dos utentes e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um (Travassos e Martins, 2004).

A dimensão de *accommodation* reflete a medida em que a atuação do prestador está organizada para atender as restrições e preferências dos utentes. Nesta dimensão enquadram-se os procedimentos de marcação de consultas, os horários de funcionamento e o tempo de espera pela consulta, quer desde a data da marcação até ao dia da consulta, quer desde a chegada ao Centro de Saúde no dia da consulta até ao início da consulta (ERS, 2009).

Finalmente, *affordability* refere-se à capacidade ou disposição dos utentes para suportar os encargos com a prestação de cuidados de saúde. Este é um elemento importante do acesso aos cuidados de saúde, porquanto um aumento desse esforço financeiro pode representar uma barreira decisiva na obtenção dos cuidados

pretendidos (ERS, 2009). Neste contexto, as taxas moderadoras constituem um instrumento de moderação do consumo excessivo de cuidados de saúde, pelo que têm por objetivo promover uma utilização eficiente dos recursos disponíveis (ERS, 2013).

De acordo com o disposto no n.º 1 da Base XXXIV da LBS, podem ser cobradas taxas moderadoras “com o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde”. Contudo, a LBS estabelece, desde logo, uma ressalva na aplicação das taxas moderadoras, uma vez que as mesmas não poderão ser cobradas, quer àqueles cidadãos que estejam sujeitos a maiores riscos, quer àqueles financeiramente mais desfavorecidos, os quais ficarão isentos do seu pagamento, nos termos a determinar na lei.

No caso dos cuidados de saúde primários do SNS, não parecem verificar-se os pressupostos para que os preços dos serviços se possam considerar impeditivos do acesso (ERS, 2009). Aos utentes do SNS são cobradas taxas moderadoras que se destinam a evitar o consumo de serviços que sejam desnecessários para os utentes. Por outro lado, constata-se que uma parte significativa dos utentes do SNS beneficia de isenção do pagamento das taxas moderadoras (ERS, 2009). No entanto, há que salientar que embora os valores tabelados sejam reduzidos nos atos relativos a consultas, os valores relacionados com a utilização de meios de diagnóstico são em alguns casos elevados e podem deste modo constituir uma barreira ao acesso enquadrável na dimensão da *affordability* (Furtado e Pereira, 2010).

Embora os diversos fatores que afetam o acesso aos cuidados de saúde estejam organizados nestas cinco dimensões sugeridas por Penchansky e Thomas (1981), é impossível ignorar que existe uma interdependência entre as diferentes categorias: por exemplo, se os recursos humanos ou tecnológicos não forem suficientes para satisfazer a procura de cuidados de saúde, as restantes dimensões podem ser afetadas através de um aumento de custos, diminuição de qualidade nos serviços prestados, aumento de tempo de espera e até aumento da distância geográfica entre o local onde se encontra o utente e o local onde se presta o cuidado de saúde (Silvério e Barros, 2015).

O acesso é, muitas vezes, percebido como sendo um atributo de serviços e é determinado por fatores como a disponibilidade, preço e qualidade dos recursos de saúde, bens e serviços. Embora uma visão conceitual sugira que ambos, recursos e características da população, possam ser modificados para se assegurar níveis contínuos de acesso, apenas os recursos podem ser modificados a curto prazo

(Levesque *et al.*, 2013). No geral, os obstáculos como o preço dos serviços, tempo de transporte e tempo de espera são mais sensíveis às políticas de saúde do que as características sociais e económicas da população, tais como, renda, recursos de transporte ou tempo livre (Levesque *et al.*, 2013).

Portugal atravessa uma grave crise económica e financeira, percecionando-se a possibilidade de impactos acrescidos no acesso a cuidados de saúde. A manutenção de um SNS sustentável, forte, coeso e de qualidade é determinante para que a globalidade dos cidadãos tenha acesso a cuidados de saúde, sendo este um dos aspetos mais relevantes para a própria coesão social do nosso País (Ministério da Saúde, 2015). O Estado deve garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica. A pressão sobre o acesso aos cuidados de saúde faz-se sentir também como consequência do aumento contínuo de utilização do serviço de saúde pela população portuguesa (OPSS, 2002).

Presentemente, em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) assume a responsabilidade constitucional de prestar a todos os cidadãos os cuidados de saúde que necessitam, através das suas estruturas: Cuidados de Saúde Primários, Hospitais e Cuidados Continuados Integrados (Ministério da Saúde, 2010).

Durante grande parte do século XX, os hospitais, com a sua tecnologia e subespecialidades, ganharam um papel central na maioria dos sistemas de saúde em todo o mundo. Hoje em dia, o enfoque desproporcional nos hospitais e na subespecialização tornou-se a maior fonte de ineficácia e desigualdade (OMS, 2008). A centralização-hospitalar implica custos consideráveis, os recursos de saúde, públicos e privados, fluem desproporcionadamente para os cuidados hospitalares especializados à custa do investimento nos cuidados primários. Às autoridades nacionais de saúde faltaram-lhes, muitas vezes, os apoios financeiro e político para contrariar esta tendência e alcançar um melhor equilíbrio (OMS, 2008).

A razão para os sistemas de saúde se organizarem em torno dos hospitais ou serem comercializados é, em grande parte, porque são guiados pela oferta e também correspondem à procura: genuína ou induzida pela oferta (OMS, 2008). Os hospitais são organizações complexas, com impacto determinante, porventura mesmo excessivo, na prestação dos cuidados de saúde, mas cuja importância não fica confinada às fronteiras da saúde, implicando de forma marcante nos domínios económico e social. Daí a sua enorme relevância política (Ministério da Saúde, 2010).

A empresarialização dos hospitais, ao colocar maior ênfase na gestão empresarial, descentrou a atenção do essencial, o doente e a prestação dos cuidados de saúde, comprometendo a adoção de estratégias de eficiência, capazes de responder simultaneamente à necessidade de melhorar desempenhos e conter custos, só exequíveis em contextos de excelência clínica (Ministério da Saúde, 2010).

Em muitos países de rendimento elevado (mas não todos), a aposta nos CSP nos anos 80 e 90 conseguiu um melhor equilíbrio entre cuidados curativos especializados, cuidados de primeiro contacto e promoção da saúde. Nos últimos 30 anos, isto contribuiu para melhorias significativas nos resultados em saúde (OMS, 2008).

Portugal está entre os países onde têm ocorrido progressos no equilíbrio entre os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados primários.

Nas avaliações de entidades internacionais sobre a Saúde em Portugal, a OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico) reporta falhas na avaliação do impacto das mudanças adotadas, desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, baixa qualificação de alguns dos recursos humanos, o desequilíbrio na atribuição de recursos que desfavorecem claramente o setor dos Cuidados de Saúde Primários e a falta de coordenação entre os vários níveis de cuidados e serviços (Biscaia, 2006).

É hoje relativamente pacífico que os sistemas de saúde assentes numa estrutura sólida de cuidados de saúde primários (CSP) são mais custo-efetivos, apresentam maior equidade e resultam em melhores níveis de saúde e satisfação das populações (Miguel e Sá, 2010). A influência dos cuidados de saúde primários na promoção da saúde tem sido evidente e tem vindo a aumentar ao longo dos tempos (Starfield *et al.*, 2005). Para a maioria das pessoas, os CSP são o primeiro ponto de contacto com o sistema de saúde e, desta forma, a sua disponibilidade é um fator crítico que determina a utilização dos cuidados de saúde (Carey *et al.*, 2013).

Nos discursos políticos, os cuidados de saúde primários sempre foram mencionados como a base do sistema de saúde e uma prioridade política. Porém, os números evidenciam tendências contrárias a tais declarações. Os recursos humanos cresceram muito mais no setor hospitalar do que nos cuidados de saúde primários (Branco e Ramos, 2001). Até 1985 a proporção da despesa do SNS com cuidados de saúde primários era superior a 50%. Porém, a partir desse ano, a situação inverteu-se, passando os cuidados hospitalares a consumir uma proporção cada vez maior de recursos financeiros. Quanto ao esforço de investimento, a desproporção é ainda maior (Branco e Ramos, 2001).

Desde a promoção da saúde até à emergência médica, passando pelos aspetos relacionados com a prevenção da doença, a abordagem da doença crónica e os cuidados na doença aguda não emergente, a saúde é uma responsabilidade partilhada por diversos atores sociais, a maioria dos quais exteriores ao chamado setor da saúde (Branco e Ramos, 2001).

No estudo conduzido pela Entidade Reguladora da Saúde sobre “O Novo Regime Jurídico das Taxas Moderadoras”, constatou-se que de 2011 para 2012 decresceu a importância relativa das urgências hospitalares face às consultas programadas nos centros de saúde, evolução que poderá ser reflexo da alteração relativa da estrutura de preços subjacente à tabela de taxas moderadoras.

A não disponibilização adequada de recursos na rede pública de cuidados, e a disponibilização dos mesmos através do setor privado induz as iniquidades no acesso, pois apenas os grupos socioeconómicos mais favorecidos (indivíduos com capacidade para pagar ou que possuam subsistemas públicos/seguros privados) podem aceder aos cuidados privados (Furtado e Pereira, 2010). Um desafio atual essencial é o de garantir que cada sistema de saúde esteja centrado nas pessoas e nas famílias, tenha em conta os seus contextos sociocomunitários - e garanta, de modo equitativo, respostas acessíveis, adequadas, custo-efetivas, com qualidade e segurança às necessidades de saúde de todos os cidadãos (PNS, 2014).

Esta questão dos cuidados centrados na pessoa, tendo em atenção as famílias, grupos, contexto e orientação comunitários, bem como a participação e responsabilização dos cidadãos e das comunidades surge como o eixo central para a reorganização e evolução de todo o SNS e do sistema de saúde (PNS, 2014). Caminhar em direção à saúde para todos exige que os sistemas de saúde respondam aos desafios de um mundo em mudança e às crescentes expectativas de um melhor desempenho. Hoje sabemos que, sem uma orientação clara e uma governação firme, os sistemas de saúde não gravitam naturalmente para a finalidade de saúde para todos através de cuidados de saúde primários, tal como articulado na Declaração de Alma-Ata. No entanto, é fundamental saber que alinhar serviços de saúde pelos valores que orientam os CSP exigirá políticas ambiciosas de recursos humanos (OMS, 2008).

É importante não esquecer que à medida que as sociedades se modernizam, as pessoas exigem mais dos seus sistemas de saúde, para si próprios e para as suas famílias, bem como para a sociedade em que vivem. Em geral, as pessoas estão hoje mais saudáveis, mais ricas e vivem mais tempo do que há 30 anos (OMS, 2008).

É verdade que as crises políticas e económicas criam obstáculos na resposta do estado e das instituições aos problemas do acesso, da prestação e do financiamento, contudo se os sistemas de saúde têm por objetivo reduzir as iniquidades em saúde, é condição prévia tornar os serviços acessíveis a todos, isto é, aumentar a oferta de serviços (OMS, 2008). Hoje em dia, na maioria das sociedades, existe um amplo consenso de que toda a gente deveria ser capaz de tomar conta da sua saúde e de receber tratamento quando está doente ou traumatizado – sem ter de ir à falência ou de cair na pobreza (OMS, 2008).

E Portugal não será a exceção. Recentemente, o atual primeiro-ministro português, António Costa, disse em entrevista ao Jornal Médico que é necessário assegurar “este acesso aos cuidados de saúde que hoje temos, de modo universal em todas as regiões do país e esse esforço vamos ter de prosseguir”. Acrescenta ainda que o investimento em saúde e nas pessoas é o “melhor investimento que algum estado pode organizar e fazer”.

1.2. Cuidados de Saúde Primários

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), conceito estabelecido em 1978 na Conferência de Alma-Ata organizada pela OMS e pela UNICEF, constituem a principal estrutura de um sistema de saúde, quer pela dimensão de problemas de saúde que resolvem (80 a 85%), quer pela diversidade de intervenções que asseguram (Nunes *et al.*, 2012). Localizam-se próximo da população e são pró-ativos para com os cidadãos, designadamente com os mais vulneráveis, contribuindo para promover a equidade e garantir o acesso aos cuidados de saúde. Promovem a participação ativa dos cidadãos no seu processo de saúde e no dos outros (Nunes *et al.*, 2012).

A Conferência de Alma-Ata mobilizou um “movimento de Cuidados de Saúde Primários” de profissionais e instituições, governos e organizações da sociedade civil, investigadores e de pequenas organizações que decidiram encontrar respostas para as desigualdades em saúde, em todos os países, que eram “*política, social e economicamente inaceitáveis*” (OMS, 2008). A Declaração de Alma-Ata considerou os cuidados de saúde primários como a chave para atingir um nível de saúde que permita a todos uma vida económica e socialmente produtiva (ERS, 2009).

Os valores dos CSP para alcançar a saúde para todos, requerem sistemas de saúde que “*Ponham as pessoas no centro dos cuidados de saúde*” (OMS, 2008), o cidadão

deve fazer parte da equação e não apenas na parcela do consumidor (Vital e Teixeira, 2012).

Um estudo, envolvendo 11 países desenvolvidos, demonstrou que uma maior orientação para os cuidados de saúde primários produz melhores resultados na saúde da população, menores custos e maior satisfação do utente (Atun, 2004). Os CSP são o pilar central do sistema de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde, prevenção e prestação de cuidados na doença, continuidade de cuidados e articulação com outros serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2015) e, por isso, a sua ausência demonstrou ser o fator mais importante para determinar um sistema de cuidados de saúde debilitado (Atun, 2004). De facto, os sistemas de saúde dominados por especialidades, como o dos Estados Unidos, têm cuidados de saúde a custos muito elevados e menor acesso aos cuidados de saúde pela população vulnerável (Atun, 2004).

A organização dos CSP não é consensual, muito menos homogénea entre os diferentes países (Nunes *et al.*, 2012). Portugal optou, há mais de 30 anos, por um SNS, com garantia da universalidade de acesso. Este tem sido socialmente assumido como um bom modelo, com reconhecimento internacional e dispõe de uma excelente rede de centros de saúde localizados próximos da população (Nunes *et al.*, 2012).

Os Cuidados de Saúde Primários são o núcleo do sistema de saúde e devem situar-se junto das comunidades, nos termos da Base XIII da Lei de Bases da Saúde. Atualmente, a prestação de cuidados de saúde primários, na vertente medicina geral e familiar, é garantida, no essencial, pelos Centros de Saúde, que constituem a base do sistema de saúde (ERS, 2009). Note-se que o próprio Guia do Utente do Serviço Nacional de Saúde (SNS) define o Centro de Saúde como “*a unidade básica do SNS para atendimento e prestação de cuidados de saúde à população*”. Desta forma, todos os cidadãos têm direito à inscrição num Centro de Saúde, livremente escolhido, e que o recurso aos cuidados de saúde prestados naquelas instituições obriga apenas ao pagamento das correspondentes taxas moderadoras, com exceção das situações de isenção, legalmente previstas (ERS, 2009).

Conhecer o impacto das taxas moderadoras é essencial para melhor compreender o papel que têm no sistema de saúde na procura de cuidados de saúde (Núcleo de Estudo e Planeamento, 2014). Note-se que, uma vez que, em geral, a oferta de serviços de saúde melhorou, tornou-se mais óbvio que as barreiras ao acesso são fatores importantes de iniquidade: as taxas moderadoras, em particular, são importantes fontes de exclusão dos cuidados necessários (OMS, 2008). Na análise

dos efeitos da aplicação da nova tabela de taxas moderadoras importa ter em conta, que o que distingue o valor da taxa moderadora é a tipologia do serviço, ou seja, o valor da taxa depende do tipo de atendimento prestado o que pode levar a que o utente avalie de outra forma (mais ponderada e possivelmente mais correta) sobre qual o serviço a que deve recorrer. Por exemplo, o valor da taxa moderadora de uma consulta urgente, nos CSP, superior ao de uma consulta médica programada, pode desencorajar o utente de recorrer a estas consultas (ERS, 2013).

Note-se que o acréscimo do valor das taxas moderadoras e o alargamento da sua aplicação a outros atos médicos e não médicos, combinados com o empobrecimento da população, desemprego e de outras situações de natureza social, sugerem uma menor acessibilidade aos cuidados de saúde. Existe também referência a que há desvio de utilizadores do SNS para cuidados de saúde privados do Sistema de Saúde, nomeadamente na área das grandes cidades do país (Núcleo de Estudos e Planeamento, 2014). O acesso aos cuidados de saúde primários do SNS faz-se em condições significativamente diferentes do acesso aos prestadores privados, uma vez que por via do financiamento público, uma grande barreira potencialmente limitadora do acesso, o pagamento, está presente nos serviços do SNS apenas de forma residual (ERS, 2009).

O Conselho Diretivo da ERS entende que o direito ao acesso aos cuidados de saúde só será garantido em pleno se não se verificarem desigualdades significativas entre as populações das diversas regiões do continente, ao nível do acesso. A oferta de serviços deverá adequar-se, tanto quanto possível, às necessidades concretas da população de cada região, assegurando um grau de acessibilidade uniforme para todas as populações (ERS, 2009).

Todavia, nos cuidados de saúde primários outras barreiras organizacionais podem surgir no processo de marcação de consulta, na alocação do médico de família e na obtenção de cuidados atempados. Num inquérito de satisfação aos utentes das USF a área em que a satisfação dos utentes é inferior relaciona-se com a organização dos serviços, os quais englobam dimensões como acessibilidade e espera assim como apoio geral por parte da USF (Furtado e Pereira, 2010). Em suma, conclui-se que a avaliação dos aspetos relacionados com a qualidade dos cuidados de saúde que são prestados é positiva e a avaliação dos aspetos relacionados com a gestão e organização dos serviços de saúde, como a disponibilidade e acessibilidade, o atendimento por parte dos funcionários, a organização dos serviços, o tempo de espera, é relativamente negativa (Biscaia, 2006). Segundo os relatórios da Inspeção-

Geral da Saúde relativos às avaliações realizadas nos Centros de Saúde sobre «Atendimento e Humanização», esta ponderação negativa deve-se à falta de profissionais a todos os níveis, falhas de formação em especial no setor administrativo, inexistência de cultura e prática de trabalho em equipa e insuficiente resposta à população que servem (Biscaia, 2006).

É fundamental identificar as intervenções de CSP que promovem mais saúde e reduzem a procura de cuidados de especialidade e internamentos hospitalares, visto que uma maior disponibilidade de CSP está associada a uma maior satisfação dos utentes e à redução de custos (Vital e Teixeira, 2012).

Os cuidados de saúde primários representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde e que, em razão do seu custo relativamente baixo e da maior facilidade com que podem ser fornecidos (em comparação com os cuidados de saúde especializados e de internamento), constituem, se estiverem distribuídos adequadamente, a forma mais importante de cuidados de saúde para a manutenção da saúde da população e para a prevenção da progressão de doenças a uma escala ampla (ERS, 2009). Devem, por isso, ser ponto de partida, ponto de coordenação e ponto de retorno na generalidade dos episódios de prestação de cuidados (Ministério da Saúde, 2012).

Neste contexto, é evidente que um sistema de cuidados de saúde primários forte conduz a melhores resultados na saúde (Atun, 2004).

1.3. Cuidados de Saúde Primários em Portugal

1.3.1. Enquadramento histórico

A evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal nos últimos 40 anos conheceu várias fases. Neste período, os centros de saúde têm constituído a infraestrutura organizativa essencial dos cuidados de saúde primários, cobrindo todo o território nacional (Branco e Ramos, 2001).

O aparecimento dos cuidados de saúde primários em Portugal, enquanto rede prestadora de cuidados de saúde, tem origem na reforma do sistema de saúde e da assistência delineada por Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio e Baltazar Rebelo de Sousa em 1971, antes da Declaração de Alma Ata, de 1978, e da constituição do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português em 1979 (Miguel e Sá, 2010).

O marco formal do início deste período foi a publicação do Decreto-lei nº413/71, de 27 de setembro e corresponde ao período da constituição e consolidação da primeira rede de centros de saúde em todo o território nacional (Ministério da Saúde, 2012). Os centros de saúde deste período estavam associados ao que então se entendia por saúde pública — vacinação, vigilância de saúde da grávida e da criança, saúde escolar, atividades de autoridade sanitária, incluindo as relacionadas com o ambiente, cartões de sanidade, etc. (Branco e Ramos, 2001).

De 1974 a 1979 viveram-se os tempos pós-revolução de abril, que incluíram o projeto de criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Neste período, os centros de saúde foram uma base essencial para que a população sentisse a presença concreta e diária do SNS, tanto pela cobertura de todo o território nacional, como pelo acesso e cuidados oferecidos (PNS, 2014).

Anos mais tarde, em 1982, foi criada a carreira médica de clínica geral, porém a maior parte dos médicos não possuía formação específica para tal. Foi-lhes posteriormente dada a possibilidade de frequentarem programas de formação específica em exercício e de acederem ao grau de assistente de clínica geral. Paralelamente, era desenvolvido o internato da especialidade, agora designada por *medicina geral e familiar* (Ministério da Saúde, 2012). A cultura da prestação de cuidados de saúde em equipa, com realce para a equipa de saúde da família, permitiu melhorar o acesso, a qualidade e a continuidade de cuidados, seja na perspetiva da intervenção personalizada, mas também envolvendo a família e a comunidade (Ministério da Saúde, 2012).

Em 2005, após a tomada de posse do XVII Governo Constitucional foi decretada a reforma dos CSP. Foi então anunciada a criação de uma Missão para os CSP. Os principais objetivos da Missão passavam por melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde, a qualidade e a continuidade destes assim como a eficiência e aumentar a satisfação de profissionais e utilizadores (Biscaia e Amorim, 2013). O Programa do XVII Governo Constitucional, sobre a reforma dos cuidados de saúde primários, refere as medidas que estão a ser adotadas na reforma: Reestruturar os Centros de Saúde através da criação de USF, Integrar as USF, Reforçar e desenvolver em cada Centro de Saúde um conjunto de serviços de apoio comum às USF e Reforçar os incentivos e a formação dos médicos de família, atraindo jovens candidatos (Pisco, 2007).

A reforma de 2005 dos CSP abriu, portanto, lugar a um processo de crescimento, maturação e inovação no funcionamento dos cuidados de saúde, no sentido da flexibilização organizativa e de gestão, da desburocratização, do trabalho em equipa, da autonomia, da responsabilização, da melhoria contínua da qualidade, da

contratualização e da sustentabilidade, tendo como principal motor de mudança as USF (Biscaia e Amorim, 2013).

As unidades de saúde familiar (USF) dos centros de saúde visam a modernização organizativa e técnico-científica da medicina geral e familiar nas instituições públicas do SNS, quebrando a obsolescência da prática a «solo», que é psicologicamente perigosa para o médico e pode ser perigosa para os doentes (Branco e Ramos, 2001). A implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF), aspeto mais saliente da Reforma de 2005 dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) portugueses, foi das mais bem-sucedidas reformas dos serviços públicos das últimas décadas (Biscaia, 2013), dado que gerou um aumento da capacidade para utentes nas listas dos médicos de família. Segundo o estudo realizado sobre o “Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal”, as USF aumentaram o acesso e melhoraram o desempenho, a qualidade de processo dos cuidados, os resultados intermédios de impacto na saúde e bem-estar dos cidadãos e aumentaram a satisfação dos profissionais e utentes. Tudo isto sem aumento de custos.

Para melhorar a gestão e a participação executiva da comunidade, os centros de saúde foram agregados em *Agrupamentos de Centros de Saúde* (ACES), para poderem desenvolver órgãos e instrumentos de governação e de gestão comuns e obter diversas economias de escala relativamente aos centros de saúde isolados (PNS, 2014).

Os ACES são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa que têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica. São constituídos por vários tipos de unidades funcionais (UF): Unidades de Saúde Familiar (USF); Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidades de Saúde Pública (USP); Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Cada UF assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica (Ministério da Saúde, 2014).

As unidades de cuidados na comunidade (UCC) são, talvez, a novidade mais visível da reorganização dos centros de saúde. Enquanto as USF visam aperfeiçoar a prestação de cuidados de medicina familiar num contexto de grupo e equipa, as UCC são como que os «braços» pró-ativos do centro de saúde junto da comunidade, identificando pessoas, famílias e grupos em situação de maior necessidade e vulnerabilidade (Branco e Ramos, 2001). As unidades de saúde pública (USP) permitem cumprir a vocação populacional e de preocupação com a saúde coletiva. As restantes unidades operativas visam completar a funcionalidade e capacidade de

resposta dos centros de saúde em relação às necessidades da população (Branco e Ramos, 2001).

Todas as unidades funcionais do ACES, em especial as UCC, as USP e as URAP devem ser capazes de delinear o seu funcionamento com plasticidade dinâmica para responder, em cada fase e momento, às necessidades especiais de indivíduos, famílias, grupos e comunidades. Assim devem privilegiar-se as dinâmicas de equipas funcionais, traduzindo o conceito de equipas em geometria ultra-variável, que necessitam de algum tempo de aprendizagem e experiência para se implantarem corretamente no dia-a-dia dos CSP (Ministério da Saúde, 2011).

Importa acrescentar que o último trimestre do ano de 2012 foi marcado pela reconfiguração dos ACES, que possibilitou a redução do número de ACES, por agregação dos previamente existentes em estruturas de maior dimensão e mais eficientes que abranjam grupos de população mais numerosa (Ministério da Saúde, 2014).

A reforma e o desenvolvimento organizacional dos CSP inserem-se num processo evolutivo contínuo de aprendizagem sistémica, que estuda e tem em conta o passado para configurar o futuro (Ministério da Saúde, 2012). A solidez evolutiva dos centros de saúde pode ter-se devido ao facto de, em Portugal, se ter construído e consolidado nos cuidados de saúde primários, desde 1971, uma forte cultura de serviço público à comunidade, universal e solidário, e de ter sido tecido um fio conceptual condutor, baseado em princípios e valores claramente em sintonia com os da “Declaração de Alma Ata” (PNS, 2014). Todavia, várias organizações, profissionais, cívicas e políticas, têm sinalizado as dificuldades, os obstáculos e a lentidão com que a transformação dos cuidados de saúde primários está a decorrer (PNS, 2014).

Os CSP têm sido o referencial do discurso sobre saúde da maioria dos países, precisamente porque o movimento dos CSP tentou dar respostas antecipatórias, racionais e com base em evidências às necessidades de saúde e a essas expectativas sociais. Conseguir isto, requer contrapartidas que têm de começar por ter em linha de conta as “expectativas dos cidadãos sobre saúde e cuidados de saúde” e garantir “que [a sua] voz e escolha influenciem decisivamente a forma como os serviços são designados e como operam” (OMS, 2008). Portanto, a mudança terá de ser feita no sentido de colocar o cidadão no centro, promovendo a equidade, valorizando a qualidade de vida, percebendo que saúde e doença fazem parte de um mesmo continuum multidimensional saúde-doença e dando prioridade à promoção dos fatores que permitem uma resposta favorável à saúde – os fatores de saúde (Biscaia, 2006).

Aumentar as expectativas sociais no que respeita a saúde e cuidados de saúde deve, então, ser encarado como o grande impulsionador das reformas dos CSP (OMS, 2008).

De facto, importa garantir a continuidade da reforma, apostando fortemente na autonomia, na responsabilização, na flexibilidade organizativa e de gestão, na desburocratização, na modernização, no trabalho em equipa, na melhoria contínua da qualidade, na prestação de contas e na avaliação do desempenho a todos os níveis (Ministério da Saúde, 2014).

1.3.2. Ponto de situação atual

Em Portugal, os CSP têm sido objeto de reflexão e análise e a sua reforma tem vindo a ser desenhada e preparada há mais de uma década, tendo sofrido várias mudanças de velocidade no seu percurso (Vital e Teixeira, 2012). Os centros de saúde cresceram, fortaleceram-se e qualificaram-se continuamente desde 1971 até aos dias de hoje. Isto, apesar das mudanças sociais, socioeconómicas e dos ciclos políticos dos últimos 40 anos (PNS, 2014).

Atualmente, a organização dos cuidados de saúde primários está mais complexa, mas melhor adaptada às necessidades das pessoas e às expectativas dos profissionais de saúde (Grupo consultivo para a Reforma dos CSP, 2009). Os centros de saúde estão agregados, no Continente, em 55 agrupamentos (ACES). Todos têm diretores executivos, conselhos clínicos e de saúde, unidades de apoio à gestão (UAG) e gabinetes do cidadão, estes últimos com desenvolvimento e dinâmicas muito variáveis. Porém, a autonomia de gestão dos ACES e a correspondente responsabilização são, em geral inexistentes, mantendo-se em direta e estreita dependência das ARS (PNS, 2014). A organização e a gestão determinam o desempenho do sistema através dos seus profissionais, dos seus conhecimentos, empenho e ação. Por isso, o essencial é conseguir desenvolver e aproveitar bem as capacidades e as potencialidades humanas existentes (Branco e Ramos, 2001).

As pessoas que mais podem contribuir para melhorar os centros de saúde são os seus profissionais — desde que tenham poder para tal. Daí que seja necessário reforçar iniciativas de melhoria da qualidade, promovendo a emergência de lideranças locais e a criatividade e empenhamento das equipas e dos profissionais (Branco e Ramos, 2001). Importa não esquecer que existe uma maior disponibilidade e preocupação por parte dos profissionais de saúde para o acompanhamento pró-ativo dos seus utentes,

ao que não será certamente alheio a constituição progressiva de Unidades de Saúde Familiar e o processo de contratualização, quer externo quer interno, com impacte certamente na diminuição de procura de consultas de doença aguda (Núcleo de Estudos e Planeamento, 2014).

Neste contexto, o processo de contratualização nos cuidados de saúde primários, que tem vindo a ser implementado e consolidado nos últimos anos, apresenta-se como um instrumento importante para a melhoria do acesso, da qualidade e da eficiência dos cuidados prestados à população (Ministério da Saúde, 2014).

De facto, uma reforma é uma oportunidade de exceção para experimentação, investigação, inovação e desenvolvimento. E o próprio processo de mudança tem de se alimentar na produção de novos conhecimentos que suportem o sentido, planificação e efetivação da mudança (Biscaia, 2006). É consensual que os resultados da reforma têm sido positivos, com um aumento da acessibilidade e da satisfação quer de profissionais quer de utentes (Miguel e Sá, 2010). Contudo é necessário atingir novos patamares de coordenação e de coerência deste processo de mudança, nomeadamente ao nível dos sistemas de informação, da contratualização e de programas de formação orientados mais rigorosamente para o desenvolvimento da reforma (Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP, 2009).

A reforma dos CSP foi assumida como um dos principais objetivos do Governo português na área da saúde (Vital e Teixeira, 2012). Muito foi feito nos últimos anos para transformar profundamente os cuidados de saúde primários em Portugal. Mas é preciso fazer ainda melhor para que esta reforma tenha sucesso (Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP, 2009).

Em Portugal, os CSP têm sido repetidamente referidos e considerados por decisores políticos e por responsáveis académicos como a componente essencial e basilar do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde (PNS, 2014). Ora, a prestação destes cuidados de saúde primários abrange duas grandes vertentes, que ao Estado cumpre garantir: a saúde pública, orientada para o tratamento, diagnóstico e intervenção sobre fatores que condicionam a saúde das populações e, por outro lado, a Medicina Geral e Familiar, vocacionada para a prestação de cuidados personalizados e continuados a um conjunto de indivíduos e de famílias (ERS, 2009).

De forma a garantir a cobertura universal da população no que toca ao acesso aos cuidados de saúde primários, foi assinado, em 14 de outubro de 2012, o primeiro de dois acordos entre os Ministérios da Saúde e das Finanças e os representantes dos

dois sindicatos médicos. Uma das medidas contempladas neste acordo prendia-se com o aumento do número de utentes na lista do médico de família (Moura e Barros, 2015).

Considerando o conceito de utente utilizador dos CSP, utente com pelo menos um contacto no ano com os CSP, o comportamento da atividade é mais positivo, verificando-se na globalidade um acréscimo, com redução dos contactos dos utentes esporádicos e sem médico de família (Núcleo de Estudos e Planeamento, 2014). No final de 2013 continuava a reduzir o número de utentes sem médico de família atribuído nos cuidados de saúde primários em Portugal (Ministério da Saúde, 2014).

No início da sua legislatura, o Ministro da Saúde, Dr. Paulo Macedo, avançou com a promessa de que, no final de 2014, todos os portugueses teriam um médico de família (Moura e Barros, 2015). O objetivo concreto expresso no Plano do XIX Governo Constitucional consistia em “garantir a cobertura dos cuidados primários, assegurando o acesso a um médico de família à generalidade dos cidadãos, minimizando as atuais assimetrias de acesso e cobertura regional ou social e apostando na prevenção”. A este respeito, o Ministério da Saúde informou que procedeu à contratação de todos os médicos disponíveis e que teve de enfrentar o efeito adverso de reformas antecipadas de médicos (Moura e Barros, 2015). Note-se, contudo, que o objetivo não foi cumprido, independentemente das medidas adotadas.

De facto, apesar de não existirem dados oficiais publicados que permitam caracterizar de um modo rigoroso a situação atual, verifica-se que o número de médicos de medicina geral e familiar/clínicos gerais são insuficientes para assegurar que cada utente inscrito tenha um médico de família que efetue o acompanhamento do seu estado de saúde (Furtado e Pereira, 2010).

Face ao exposto, o anterior bastonário da Ordem dos Médicos (OM), Dr. José Manuel Silva, declarou no XVIII Congresso Nacional de Medicina que “Há várias medidas urgentes, mas a primeira grande preocupação de qualquer ministro da Saúde terá que ser com a reforma dos cuidados de saúde primários. Todo o Sistema de Saúde estará desequilibrado enquanto houver cidadãos portugueses sem acesso a um médico de família. Essa deve ser a grande preocupação”. Na prática têm faltado aos CSP a autonomia e o apoio que necessitam para se desenvolverem e para assegurarem as melhores respostas às necessidades em saúde da sua população (Nunes *et al.*, 2012).

A situação atual dos CSP em Portugal é reflexo e resultado da consistência de muitas ideias, oriundas de fontes diversas que, pela sua coincidência e convergência, ajudam

a configurar o futuro, embora de modo aberto, flexível e adaptativo (PNS, 2014). É importante que se dê continuidade à aprendizagem que tem tido lugar nos CSP em Portugal que contribuirão certamente para a sustentabilidade social, económica e financeira do Serviço Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2012).

1.4. Serviços de Urgência Hospitalar e Triagem de Manchester

Nos últimos anos, as urgências hospitalares continuam a afetar seriamente a saúde da população (Zhiheng *et al.*, 2012).

A urgência de cuidados resulta de uma combinação de sofrimento físico e psicológico, que surge de forma súbita, inesperada, agonizante e, por vezes, leva o utente a dirigir-se aos serviços de urgência (Aacharya *et al.*, 2011). Estes têm o compromisso de fornecer cuidados de alta qualidade de forma rápida e acessível (Khangura *et al.*, 2012) e são cada vez mais a principal opção de acesso ao sistema de cuidados de saúde (Christ *et al.*, 2010). Por conseguinte, os utentes quando chegam às urgências hospitalares são frequentemente confrontados com um longo tempo de espera (Storm-Versloot *et al.*, 2011) devido, em grande parte, à elevada utilização dos serviços de urgência em situações não urgentes (Soler *et al.*, 2010).

O funcionamento dos Serviços de Urgência tem sido, ao longo dos anos, uma preocupação constante do Serviço Nacional de Saúde. Por múltiplas razões, os Serviços de Urgência transformaram-se, progressivamente, na porta de entrada no SNS e em grandes consumidores de recursos humanos e financeiros (DGS, 2001). É notório que, os países industrializados estão, 50 anos mais tarde, a tentar reduzir a sua dependência nos hospitais, tendo compreendido o custo de oportunidade do hospitalo-centrismo em termos de eficácia e equidade (OMS, 2008).

Um estudo conduzido pelo Instituto de Cuidados de Saúde de *New England*, sobre a sobrelotação dos serviços de urgência, demonstrou que 56 por cento das visitas eram evitáveis. Outro estudo recente sobre o uso dos serviços de urgência em Massachusetts demonstrou que a percentagem de visitas classificadas como evitáveis era de quase 50% (NEHI, 2010).

O uso inadequado e/ou indevido dos serviços de urgência é um dos problemas mais comuns que levam à sobrelotação (Aacharya *et al.*, 2011). A orientação pública, o reforço e expansão dos cuidados de saúde primários podem ser uma solução para este problema (Aacharya *et al.*, 2011).

A sobrelotação dos serviços de urgência refere-se à situação em que a função dos mesmos é impedida, principalmente, devido ao número de utentes que aguardam consulta ou tratamento, ou à espera de saída, excede a capacidade física e de pessoal do serviço de urgência (ACEM, 2014). Este fenómeno é descrito na literatura como um problema de saúde pública devido às suas consequências: degradação da qualidade dos cuidados (tempo de espera prolongado, atrasos no diagnóstico e tratamento, atrasos no tratamento de pacientes gravemente doentes), aumento de custos (levando a investigações diagnósticas desnecessárias) e insatisfação dos utentes (Gentile *et al.*, 2010).

Quando as necessidades existentes, não podem ser cumpridas pelos recursos disponíveis sendo necessário um sistema específico para lidar com a situação, muitos hospitais utilizam o sistema de triagem para este fim (Aacharya *et al.*, 2011). Desta forma, a triagem é essencial para evitar atrasos na assistência a casos considerados críticos (Storm-Versloot *et al.*, 2011) e, a sua ausência poderá constituir um obstáculo ao funcionamento adequado dos serviços de urgência (DGS, 2015).

Nestes serviços, “triagem” refere-se ao método usado para avaliar a situação dos utentes ou doença num curto espaço de tempo após a sua chegada, atribui prioridades e transfere cada paciente para o local apropriado ao seu tratamento (Christ *et al.*, 2010). A triagem é um processo que permite a gestão do risco clínico (Soler, 2010) e tem como objetivo fornecer a melhor assistência clínica para aqueles que estão em maior urgência ou necessidade, e garantir que os recursos são eficientemente aplicados para este fim (Santos *et al.*, 2014).

Existem quatro sistemas de cinco níveis de triagem em uso. O Sistema de Triagem de Manchester (STM) foi introduzido em 1996 no Reino Unido e desenvolvido por um grupo de especialistas em cuidados de urgência (Santos *et al.*, 2014). Este sistema está implementado em vários países europeus, nomeadamente, no Reino Unido, Holanda, Portugal e Espanha (DGS, 2015). Em Portugal, todos os hospitais do Serviço Nacional de Saúde implementaram o STM (Santos *et al.*, 2014). Segundo a DGS, “os serviços de urgência do adulto devem ter o sistema de triagem de Manchester em funcionamento até 31 de dezembro de 2015” (DGS, 2015).

A triagem de Manchester tem como objetivo definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica. Não se trata de estabelecer diagnósticos (DGS, 2015). O STM segue uma abordagem específica

(Christ *et al.*, 2010). O método consiste em identificar a queixa inicial (de apresentação) e seguir o fluxograma de decisão (num total de 52 possíveis situações clínicas diversas). A utilização deste sistema classifica o utente numa escala de 5 categorias (DGS, 2015). A cor indica o nível de urgência e o tempo máximo de espera associado: emergente = vermelho = 0 minutos de espera; muito urgente = laranja = 10 minutos; urgente = amarelo = 60 minutos; menos urgente = verde = 120 minutos; não urgente = azul = 240 minutos (Storm-Versloot *et al.*, 2011).

O objetivo do STM é colocar os pacientes por ordem de prioridade para assegurar que não têm de esperar mais tempo do que é seguro (Storm-Versloot *et al.*, 2011). Assim, verifica-se que às urgências hospitalares chegam dois tipos de utentes que, apesar de necessitarem de cuidados muito distintos, se juntam e acumulam no mesmo serviço e no mesmo espaço: os que precisam de uma resposta mais diferenciada e muito urgente ou mesmo emergente, e muitos outros, que requerem apenas cuidados básicos, uma assistência mais simples mas pronta. A mistura que hoje se verifica nas urgências hospitalares - sobretudo em momentos de grande sobrecarga - é um fator de perturbação do seu funcionamento, desorganiza e atrasa a prestação de cuidados (Projeto de Lei n.º763).

No que respeita à atividade dos Serviços de Urgência na RLVT, verificou-se em 2012 uma redução das urgências hospitalares (-10,0%), sendo este decréscimo mais significativo na urgência geral (-14,9%), decréscimo em linha com a tendência verificada em 2010 e 2011. Recorda-se ainda que nos últimos anos, surgiram também novas unidades hospitalares privadas na área da Grande Lisboa, tendo vindo a consolidar a sua posição e oferta, certamente com impacto no movimento dos hospitais do SNS, ao nível da urgência, da consulta de especialidade e da obstetrícia (Ministério da Saúde, 2014).

Também os cuidados de saúde primários desempenham um papel importante no sistema de gestão de urgências (Zhiheng *et al.*, 2012). A ausência de resposta ao nível dos centros de saúde gera um fluxo intenso de doentes para as urgências hospitalares, um fluxo muito superior à capacidade de resposta das desfalcadas equipas dessas urgências (Projeto de Lei n.º763).

O aumento do acesso aos CSP como alternativa aos serviços de urgência poderia reduzir potencialmente a sobrelotação nestes serviços (Grumbach *et al.*, 1993). No entanto, esta estratégia exigiria (1) identificação de pacientes que usam o serviço de urgência para cuidados de saúde de rotina devido às barreiras no acesso aos serviços de cuidados primários, (2) encaminhamento oportuno desses pacientes para consultas

em instituições de cuidados primários, e (3) melhoria da capacidade dos cuidados primários para acomodar mais pacientes (Grumbach *et al.*, 1993).

Segundo dados oficiais, são 46% os doentes que procuram as urgências hospitalares e correspondem aos verdes e azuis, classificados como não urgentes (Projeto de Lei n.º763). Estes utentes são colocados em espera e atendidos exatamente nos mesmos espaços que utentes urgentes e pelos mesmos médicos, quando beneficiariam do atendimento por médicos de medicina geral e familiar, em espaço próprio, e libertando os recursos da urgência polivalente ou médico-cirúrgica para os utentes mais urgentes (Projeto de Lei n.º763). O uso excessivo deste tipo de serviços decorre da própria natureza do mesmo, que pode oferecer condições que enviesam a escolha dos utentes. Tradicionalmente, quando comparadas com outros tipos de unidades/serviços de cuidados de saúde, as emergências hospitalares oferecem um acesso mais fácil (menos burocratizado) e garantido, mais rápido e com horários de atendimento mais flexíveis (Silvério *et al.*, 2015).

O atual estado de saúde da população portuguesa, a sua evolução demográfica, o progressivo envelhecimento e a grave diminuição da natalidade, o presente paradigma epidemiológico: elevada prevalência das doenças crónicas e a presença de multipatologias, o desenvolvimento científico e tecnológico, económico e sociocultural, impõem que os hospitais evoluam no seu modo de organização interna, para poderem assegurar aos cidadãos os cuidados de saúde que necessitam, com a máxima qualidade possível, em tempo útil e ao mais baixo custo (Ministério da Saúde, 2010).

1.5. Objetivo do trabalho

Decorridos 45 anos desde a introdução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, existem dados em diversos estudos que comprovam que ao longo dos anos os serviços de saúde prestados têm vindo a sofrer alterações, muitas delas positivas e, que levaram a melhorias dos CSP.

É certo que, não só estes serviços sofreram alterações, mas também os estabelecimentos hospitalares ganharam ênfase no Serviço Nacional de Saúde. O seu crescimento deu-se de tal forma que provocou um desequilíbrio entre os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde primários, levando à sobrelotação dos primeiros.

O objetivo principal deste estudo consiste em avaliar a importância dos CSP na regulação dos serviços de urgência hospitalar. Para isso, será necessário conhecer a percepção dos utentes sobre o acesso aos cuidados de saúde e perceber quais são as razões que os levam a preferir as urgências hospitalares ao invés dos cuidados de saúde primários.

2. Métodos

2.1. Método de investigação

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, visto que, ao descrever e explorar o fenómeno em estudo, é possível contribuir para um melhor conhecimento da problemática em questão. É também um estudo quantitativo relativamente à metodologia a seguir, uma vez que, é baseado na objetividade, colheita de dados quantificáveis, manipulação de variáveis e procura a generalização, tendo em consideração que a medida quantitativa consiste em atribuir valores numéricos aos objetos ou acontecimentos segundo certas regras de medida de correspondência (Fortin, 2003).

Relativamente à recolha de dados, foi aplicado um questionário (Apêndice 1). Esta foi a técnica selecionada devido a uma série de vantagens: economiza tempo, viagens e obtém um grande número de dados, atinge um maior número de pessoas simultaneamente e obtém respostas mais rápidas e mais precisas (Marconi e Lakatos, 2007).

Segundo Marconi e Lakatos (2007), universo ou população, é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum. Assim, o universo populacional desta investigação corresponde aos utentes com pulseira verde ou azul do serviço de urgência do Hospital de São José.

No entanto, a impossibilidade de abranger toda a população do serviço de urgência levou à necessidade de definir uma amostra.

A amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, e de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada (Fortin, 2003). Nesta investigação, o método de amostragem aplicado foi a amostragem não probabilística, por conveniência, visto que os sujeitos são incluídos

no estudo à medida que se apresentam num local preciso e até a amostra atingir o tamanho desejado (Fortin, 2003).

2.2. Contexto do estudo e campo de observação

Idealmente, os CSP constituem o primeiro ponto de contacto com os serviços que compõem o SNS, o que justifica a atenção particular e a prioridade que lhes tem sido dada nos últimos anos, concretizada na reforma dos CSP no nosso País (Ministério da Saúde, 2015). A definição de prioridades é fundamental em todas as áreas do sistema de saúde onde as necessidades excedem os recursos, todavia é importante ter em atenção as prioridades dos cuidados de saúde primários, uma vez que os seus resultados têm implicações significativas nos custos e nos resultados de todo o sistema de saúde (Arvidsson, 2012).

Com efeito, Cuidados de Saúde Primários abrangentes e acessíveis melhoram os resultados de saúde e ajudam a reduzir as desigualdades na saúde (Dahrouge, 2013). Como é óbvio, as pessoas querem cuidados de saúde eficazes quando estão doentes ou traumatizadas. Querem que eles venham de prestadores com integridade para agir nos seus melhores interesses, equitativa e honestamente, com conhecimento e competência (OMS, 2008). Quer seja em países ricos ou em países pobres, as pessoas querem mais dos cuidados de saúde do que intervenções.

O desejo de melhores cuidados e de mais proteção da saúde, de menos iniquidades em saúde e de participação em decisões que afetam a saúde, está mais disseminado e intenso, agora, do que há 30 anos. Vários estudos realizados com aplicação de inquéritos revelam que à medida que as sociedades se modernizam, as pessoas querem cada vez mais “ter uma palavra a dizer” sobre as “decisões importantes que afetam as suas vidas (OMS, 2008).

É certo que a medida da perceção dos utentes é essencial para a avaliação do acesso aos serviços de saúde, sendo também uma oportunidade de participação do utente na construção de um Serviço de Saúde à sua medida, baseado na perceção e valorização dos serviços prestados. Por outro lado, num contexto de recursos escassos, fornece indicações preciosas que permitem a afetação desses recursos em função dos interesses e desejos dos utentes dos serviços de saúde, que são os beneficiários últimos desses recursos (ACSS, 2009).

O estabelecimento hospitalar escolhido para a realização do estudo foi o Hospital de São José, integrado no Centro Hospitalar Lisboa Central EPE (CHLC). Para além do interesse de melhoria contínua da própria instituição, foi selecionado pelo facto de este ser um hospital central, de fácil acesso a toda a população, oferecer um vasto leque de cuidados de saúde, exames e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e especialidades clínicas, o que poderá condicionar a procura de cuidados de saúde pela população.

Foi escolhido o serviço de urgência de adultos, pois pressupõe-se que, neste serviço, o recurso à urgência tenha sido voluntário e consciente, dado que a idade mínima de entrada é de 18 anos.

A aplicação dos questionários junto dos utentes com pulseira verde ou azul do serviço de urgência do Hospital de S. José decorreu no dia 23 de março de 2016 (quinta-feira) entre as 10h e as 16h e no dia 18 de abril (segunda-feira) entre as 9h e as 15h. Foram selecionados dois dias de semana diferentes, um no início e outro no final da semana. Referir ainda, que a segunda-feira foi um dos dias de semana escolhidos dado que foi salientado pelo hospital o extremo movimento desses dias. Foi eleito o período da manhã e início de tarde para evitar condicionar o normal funcionamento do serviço de urgência, dado que é a partir do período da tarde que existe maior afluência de utentes neste serviço.

No primeiro dia, o número de utentes admitidos nesta urgência (azul ou verde) foi de 188, tendo sido inquiridos 70 utentes. No segundo dia, foram inquiridos 80 utentes de um total de 200, com o objetivo de obter um número significativo em cada dia.

Verifica-se assim que neste estudo foram inquiridos 150 utentes de um total de 388 (38,7%).

Tendo em conta que, qualquer investigação realizada com seres humanos deve ser avaliada sob o ponto de vista ético (Fortin, 2009), o estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT (Anexo 1) e, posteriormente, pelo Conselho de Administração do Hospital de São José.

2.3. Técnica de recolha de dados

A técnica de pesquisa aplicada neste estudo foi a observação direta extensiva, que se realizou por meio do questionário. Segundo Fortin (2003), um questionário é um

método de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos. Ajuda a organizar, normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.

A elaboração de um questionário requer a observância de normas precisas, a fim de aumentar a sua eficácia e validade, o processo de elaboração é longo e complexo: exige cuidado na seleção das questões, levando em consideração a sua importância, isto é, se oferece condições para a obtenção de informações válidas (Marconi e Lakatos, 2007). Assim, na construção do questionário foi considerada a literatura existente e analisada a estrutura de questionários já aplicados.

Este questionário é composto por 15 itens de resposta fechada, binária e multi-opção (além das opções sugeridas, é dada a possibilidade de uma resposta alternativa não prevista). Este tipo de questionário é especialmente útil quando o investigador conhece muito bem a natureza das variáveis mais relevantes, e mais importante, na área da investigação e quer obter informação quantitativa sobre elas (Hill & Hill, 2005). As questões fechadas oferecem a vantagem de serem simples de utilizar, de permitir codificar as respostas facilmente e de propiciar uma análise rápida e pouco custosa; estas questões são uniformes e reforçam assim a fidelidade dos dados (Fortin, 2003). Na formulação das perguntas do questionário é necessário ter em conta que muitas pessoas têm vocabulário e habilitações literárias restritos, por isso as questões devem ser claras e pouco sofisticadas para que sejam compreendidas pelos sujeitos e estes sejam capazes de as responder (Fortin, 2003).

Segundo Hill & Hill (2005), a regra de ouro para formular questões é “Nem sempre é possível evitar o uso de termos técnicos mas, sempre que o seja, devem escrever-se perguntas curtas, usar palavras simples e usar sintaxe simples”. É também importante ter em atenção a ordem das questões e, assim, começar o questionário por questões de ordem geral e ir progressivamente para as questões mais específicas (Fortin, 2003).

Para a construção do questionário é também necessário saber que, geralmente, não é boa ideia usar mais do que sete respostas alternativas e, na maioria dos casos, cinco respostas alternativas são suficientes, especialmente no caso de perguntas que solicitam atitudes, opiniões, gostos ou graus de satisfação (Hill & Hill, 2005).

Quando a investigação é efetuada em seres humanos, é essencial uma atenção especial no que concerne à salvaguarda do respeito pelos direitos fundamentais das pessoas. Assim, é necessário ter presente a noção de consentimento informado, que deve ser livre e esclarecido e, essencial em qualquer investigação. Este vem

contemplado na sequência do direito à informação, em que o investigador fornece toda a informação essencial referente ao estudo, esclarecendo dúvidas para que o sujeito possa decidir de forma consciente a sua participação ou não.

Assim, foi inserida uma pequena introdução no início da primeira página do questionário com uma breve apresentação do investigador, assim como a natureza e os objetivos da investigação. Foi também referida a natureza anónima do questionário e a confidencialidade das respostas. As primeiras questões incluídas tiveram como finalidade a caracterização da amostra. De seguida, foram introduzidas questões onde se pretendeu compreender se os utentes tentam ligar para a Linha de Saúde 24; identificar as razões que levam os indivíduos a recorrer ao serviço de urgência; identificar os utentes isentos do pagamento de taxas moderadoras; compreender se os utentes tentam marcar consulta nos CSP antes de recorrer ao serviço de urgência; reconhecer as razões que levam os utentes a optar pelo SU; identificar os utentes que têm médico de família atribuído pelo Centro de Saúde.

Os questionários foram elaborados com vista à recolha da informação pretendida junto dos utentes, tendo o trabalho de campo sido realizado pelo investigador. Os questionários foram assim entregues pessoalmente pelo investigador aos utentes enquanto aguardavam ser atendidos pelo médico. Foi explicado individualmente a todos os inquiridos de uma forma sucinta a finalidade do inquérito, o tempo necessário para o preenchimento (não excedendo 10 minutos) e a importância da colaboração voluntária, garantindo o anonimato e confidencialidade da informação obtida. Só após obtenção do consentimento livre e esclarecido de cada inquirido é que o questionário era fornecido a cada utente.

Foi necessário que o investigador usasse bata branca e estivesse devidamente identificado.

É importante referir que o investigador esteve presente durante o preenchimento dos questionários para o esclarecimento de dúvidas e, desta forma, minimizar a falta de respostas, sem no entanto influenciar as mesmas. Durante a aplicação dos questionários foi necessário adaptar a linguagem e as explicações do mesmo, consoante as dificuldades que cada utente demonstrava.

2.4. Validação do questionário

Num questionário, o significado de cada uma das perguntas deve ser claro. É muito importante prestar atenção ao «*layout*» do questionário porque um «*layout*» claro e atraente aumenta a probabilidade de obter a cooperação dos respondentes (Hill & Hill, 2005).

Foi elaborada uma primeira versão do questionário que foi analisada e validada por 2 peritos, a fim de se assegurar que o instrumento de medida é representativo do domínio que se deseja avaliar e detetar os erros técnicos e gramaticais (Fortin, 2003).

Foram escolhidos dois profissionais na área, o Doutor Luís Pisco, Licenciado em Medicina pela Universidade de Coimbra e especialista em Medicina Familiar e ainda em Medicina do Trabalho, e o Prof. Doutor Baltazar Monteiro, Licenciado em Enfermagem pelo Instituto Politécnico de Leiria, Mestre em Ciências de Enfermagem e ainda Doutorado em Sociologia das Organizações.

Com base nas sugestões dos peritos, foram feitas alterações ao «*layout*» do questionário e, algumas questões foram alteradas de maneira a serem compreensíveis aos respondentes, tendo em conta as suas prováveis habilitações literárias e vocabulário.

O questionário foi ainda submetido a um pré-teste, com o propósito de avaliar a qualidade do instrumento de medida, isto é, se os termos utilizados são facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos, se a forma das questões utilizadas permite colher as informações desejadas, se o questionário não é muito longo e se as questões não apresentam ambiguidade (Fortin, 2003). Considerando que o pré-teste deverá ser aplicado em populações com características semelhantes às da investigação e sendo suficiente uma mensuração entre 5% a 10% do tamanho da amostra (Marconi & Lakatos, 2007), recorreu-se a um grupo de 10 pessoas para o preenchimento do questionário. Dado não se verificarem alterações significativas não se efetuou novo pré-teste.

Para a elaboração da versão final (Apêndice 1) foram analisados os comentários e respostas dos participantes do pré-teste, bem como as dos peritos.

2.5. Análise de dados

O método de investigação quantitativo caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos (Fortin, 2009).

Foi construída uma base de dados onde foram inseridos os dados de todos os questionários (Apêndice 2) e, posteriormente, tratados estatisticamente através do *software* estatístico *IBM® SPSS® Statistics 22 para Windows*.

3. Resultados e Discussão

3.1. Caracterização do perfil sociodemográfico

Para o presente estudo foram caracterizadas as seguintes variáveis sociodemográficas: idade, sexo, grau de escolaridade e situação face ao trabalho. Com base nestas variáveis procedemos à caracterização da população inquirida de acordo com os dados obtidos.

Considerando a população, o número de pessoas que nos dois dias do estudo se encontravam nas mesmas condições, observamos que a amostra equivale a 38,7% dos utentes admitidos no serviço de urgência (n =150).

Como é possível observar na Tabela 3.1, o grupo com maior afluência (45,3%, n= 68) é o de idade superior a 65 anos, 22,0% da amostra com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, 20,7% entre os 51 e os 65 anos e, por fim, 12,0% entre os 36 e os 50 anos.

Tabela 3.1 - Caracterização sociodemográfica por idade

	Frequência	Percentagem
18-35 anos	33	22,0
36-50 anos	18	12,0
51-65 anos	31	20,7
Mais de 65 anos	68	45,3
Total	150	100,0

Podemos verificar que a média de idades dos elementos da amostra é de 57,59 anos. Registou-se uma distribuição de idades compreendida entre 18 e 92 anos (ponto mínimo e máximo) (Tabela 3.2).

Tabela 3.2 - Caracterização sociodemográfica por idade

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade (anos)	150	18	92	57,59	20,961

A amostra é caracterizada por um grupo maioritariamente do sexo feminino (57,3%, n= 86), e de 42,7% indivíduos do sexo masculino (Tabela 3.3). Estes resultados vão de encontro ao esperado, visto que as mulheres tendem a mostrar maior predisposição para o uso de serviços de saúde do que os homens, tal como observado no estudo “Género, morbilidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil” (Pinheiro *et al.*, 2002).

Tabela 3.3 - Caracterização sociodemográfica por sexo

	Frequência	Percentagem
Feminino	86	57,3
Masculino	64	42,7
Total	150	100,0

Relativamente ao perfil de escolaridade foram obtidos os resultados representados na Figura 3.1.

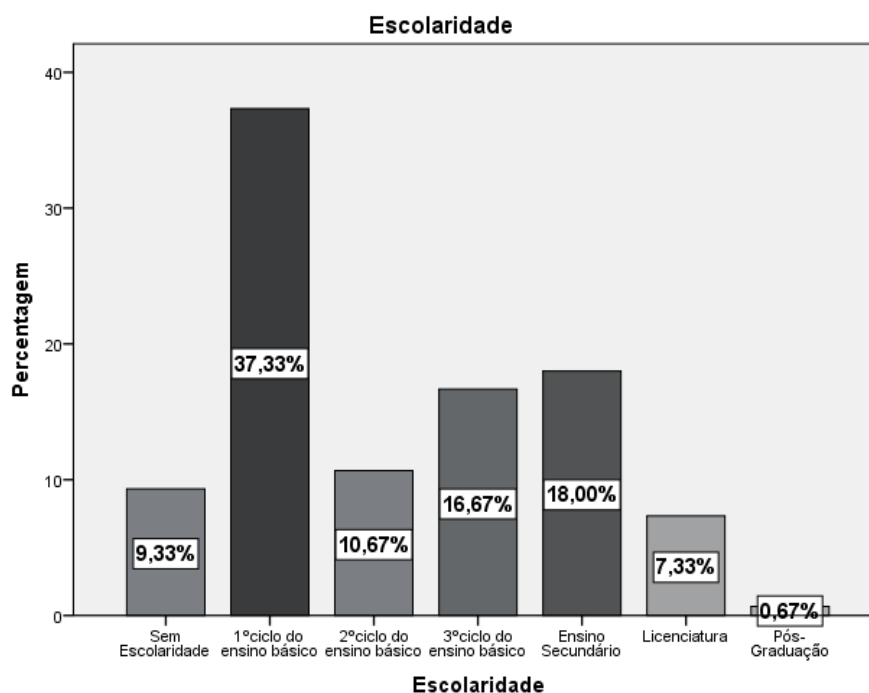


Figura 3.1 - Caracterização sociodemográfica por escolaridade

Dos utentes inquiridos, 37,3% refere apenas o 1º ciclo de escolaridade, 18,0% o ensino secundário e 16,7% o 3º ciclo. Apenas 12 pessoas têm curso superior, sendo 11 licenciadas e apenas 1 pós-graduada. Dado que grande parte dos utentes tem mais de 65 anos, era esperada uma maior percentagem para o 1º ciclo de escolaridade.

No que concerne à ocupação exercida, obtiveram-se os resultados apresentados na Tabela 3.4.

Tabela 3.4 - Caracterização sociodemográfica por situação profissional

	Frequência	Percentagem
Desempregado(a)	18	12,0
Reformado(a)	67	44,7
Estudante	7	4,7
Trabalhador(a) por conta de outrem	53	35,3
Trabalhador(a) por conta própria	3	2,0
Outra situação	2	1,3
Total	150	100,0

Dado que 45,3% dos utentes têm mais de 65 anos, eram previsíveis os resultados referentes à situação profissional, nomeadamente, 44,7% dos indivíduos reformados. Apenas 1 dos utentes com mais de 65 anos não auferiu qualquer valor relativo a pensões, devido ao fato de nunca ter tido entidade patronal. É ainda de salientar os 35,3% dos utentes que são trabalhadores por conta de outrem. Também este resultado era previsível, dado que a percentagem de trabalhadores por conta de outrem em Portugal é bastante superior aos trabalhadores por conta própria (INE, 2014).

3.2. Identificação dos utentes que ligaram para a Linha de Saúde 24

Como podemos observar através da Figura 3.2, a maioria dos utentes (89,3%, n= 134) não ligou para a Linha de Saúde 24 antes de se dirigir ao serviço de urgência do hospital.

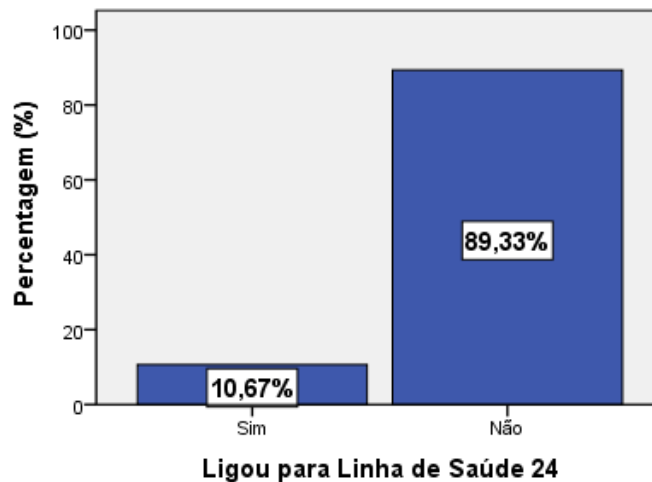


Figura 3.2 - Identificação dos utentes que ligaram para a Linha de Saúde 24

A principal razão prende-se com o facto de 44,8% dos utentes não saber o que é a Linha de Saúde 24. Verificou-se ainda que 28,3% não ligaram por considerar a sua situação urgente e 19,4% por falta de lembrança. Dos restantes 7,5%, 5 utentes optaram por não ligar para a Linha de Saúde 24, dado que têm o seu histórico clínico neste hospital, os outros 5 não ligaram por preferirem o atendimento presencial (Tabela 3.5).

Tabela 3.5 - Identificação da razão que levou os utentes a não ligar para a Linha de Saúde 24

	Frequência	Percentagem
Não sei o que é a Linha de Saúde 24	60	44,8
A minha situação é urgente	38	28,3
Não me lembrei	26	19,4
Outra situação	10	7,5
Total	134	100,0

É de notar que dos 16 utentes (10,67%) que ligaram para a Linha de Saúde 24 antes de se dirigirem ao serviço de urgência, 75% (n= 12) foram encaminhados para o hospital, ao passo que apenas 18,75% (n= 3) foram aconselhados a tentar marcar consulta no centro de saúde. Somente um dos utentes referiu a sua chamada não ter sido atendida.

3.3. Identificação das razões que levaram os utentes a recorrer ao Serviço de Urgência

Inquiridos os utentes sobre a razão que os levou a recorrer ao Serviço de Urgência do Hospital de S. José (Tabela 3.6), constatou-se que, a maioria (52,7%, n= 79) refere que a sua situação é urgente e, como tal, só ali pode ser resolvida. Apenas 12,0% dos utentes consideram que o serviço de urgência hospitalar tem tudo o que precisam na sua situação, 9,3% recorreu à urgência do hospital pela proximidade e 8,0% foram referenciados pela Linha de Saúde 24. Contudo, há ainda 7,3% que recorreu à urgência, dado que a sua situação clínica se agravou.

Tabela 3.6 - Identificação da razão que levou os utentes a recorrer à urgência hospitalar

	Frequência	Percentagem
Não tenho outra alternativa	6	4,0
Fica-me mais perto	14	9,3
Aqui têm tudo o que preciso nesta situação	18	12,0
A minha situação é urgente	79	52,7
Foi o Médico de Família que me enviou para aqui	5	3,3
Foi o Médico Assistente que me enviou para aqui	5	3,3
Foi a Saúde24 que me disse para vir aqui	12	8,0
Outra	11	7,3
Total	150	100,0

3.4. Identificação dos utentes sujeitos ao pagamento de taxas moderadoras

Do total de inquiridos, tem-se informação sobre a situação face ao pagamento de taxas moderadoras, que a maioria dos utentes (53,3%, n= 80) não está isento deste pagamento (Figura 3.3). Alguns estudos apontam que a introdução de taxas moderadoras tem provocado a diminuição da utilização dos serviços de saúde. É o caso do estudo conduzido pela Entidade Reguladora da Saúde sobre “O Novo Regime Jurídico das Taxas Moderadoras, que revela que de 2011 para 2012 se registou uma redução na utilização global de cuidados de saúde. No entanto, neste projeto esta associação não se verifica.

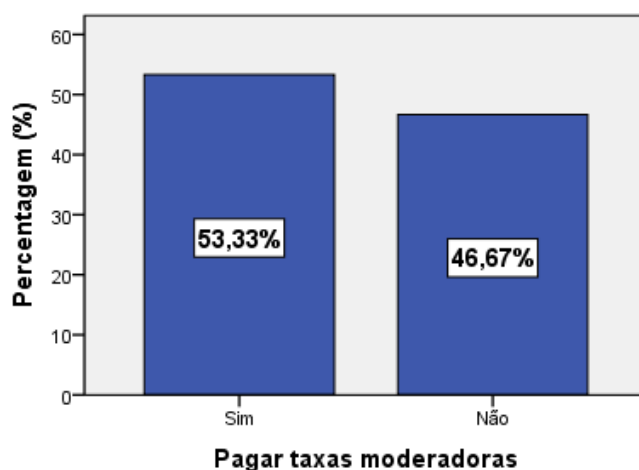


Figura 3.3 - Identificação dos utentes que pagam taxas moderadoras

3.5. Identificação dos utentes que recorreram aos Cuidados de Saúde Primários

Com vista a avaliar o acesso aos serviços dos Cuidados de Saúde Primários do SNS, através das opiniões dos seus utentes, foram incluídas no estudo questões sobre a operacionalização da marcação de consultas. Na Figura 3.4, observa-se que a maioria dos utentes (81,3%, n= 122) não tentou marcar consulta nos cuidados de saúde primários.

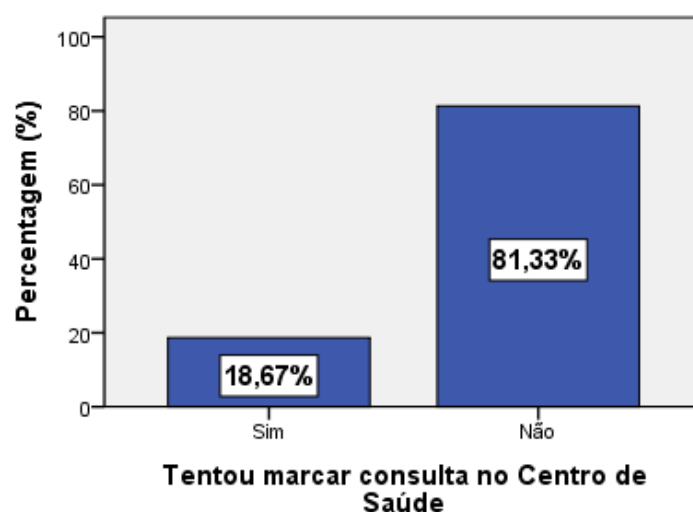


Figura 3.4 - Identificação dos utentes que tentaram marcar consulta no Centro de Saúde

Importa salientar que dos 18,7% (n= 28) que tentaram marcar consulta, 67,9% (n= 19) foram encaminhados para o serviço de urgência hospitalar e, os restantes 32,1% (n=

9) embora tenham consulta marcada com o médico de família, recorreram à urgência no hospital, devido à demora da consulta (Tabela 3.7).

Tabela 3.7 - Identificação da razão para a falta de resposta dos CSP

	Frequência	Porcentagem
Falta de vaga	9	32,1
Outra	19	67,9
Total	28	100,0

Os resultados obtidos através do preenchimento dos questionários (Tabela 3.8) demonstraram que 36,9% dos utentes optaram pelo serviço de urgência hospitalar ao invés dos cuidados de saúde primários, dada a possibilidade de serem atendidos no próprio dia. Há ainda 22,9% dos utentes que optou pelas urgências, devido à possibilidade de poder realizar todo o tipo de exames de diagnóstico. Dos restantes 18,9%, 60,9% (n= 14) consideraram que, dada a urgência, a sua situação não poderia ser resolvida no Centro de Saúde, 17,4% (n= 4) preferiram deslocar-se à urgência pela proximidade, 13,0% (n= 3) por terem o seu histórico clínico neste hospital e, os últimos 8,7% (n= 2), não foram ao Centro de Saúde, uma vez que já têm consulta marcada com o médico de família. Estes resultados são exemplos de potenciais barreiras a nível organizacional que se enquadram na dimensão “Adequabilidade”. Seja pelo horário de funcionamento, sistema de marcação de consultas e até a obtenção de cuidados atempados, verifica-se que os serviços de urgência oferecem um acesso mais fácil e garantido, mais rápido e com horários de atendimento mais flexíveis (Silvério *et al.*, 2015). Sendo, desta forma, os preferidos dos utentes.

Tabela 3.8 - Identificação da razão que levou os utentes a optar pelo SU ao invés dos CSP

	Frequência	Porcentagem
Atendimento no mesmo dia	45	36,9
Realização de exames de diagnóstico	28	22,9
Crença no serviço de urgência	11	9,0
Não tem médico de família	15	12,3
Outra	23	18,9
Total	122	100,0

3.6. Identificação dos utentes que têm Médico de Família

Como é possível observar na Figura 3.5, a maioria dos utentes (71,3%, n=107) tem médico de família atribuído. Este resultado vai de encontro ao observado no *Relatório de Atividade dos Cuidados Saúde Primários nos Anos de 2011 a 2013*, onde se verifica que o número de utentes sem médico de família continua a atingir valores cada vez mais baixos (Ministério da Saúde, 2014).

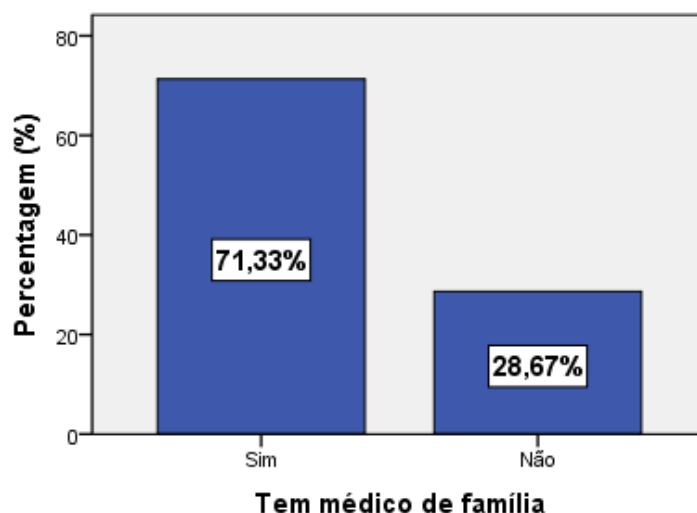


Figura 3.5 - Identificação dos utentes que têm médico de família

Dos restantes 28,7%, 27 utentes afirmam nunca ter tido médico de família, ao passo que 11 já tiveram, mas perderam por não revalidar a inscrição (Tabela 3.9). Apesar de o número de utentes sem médico de família continuar a diminuir ao longo dos anos (Núcleo de Estudos e Planeamento, 2014), verifica-se que o número de médicos de medicina geral e familiar/clínicos gerais são insuficientes para assegurar que cada utente inscrito tenha um médico de família (Furtado e Pereira, 2010).

Quanto aos utentes que ficaram sem médico de família por não revalidarem a inscrição, importa referir que “da parte dos utentes, o acesso aos direitos e benefícios do SNS deverá incluir o dever simples de, periodicamente, revalidar a sua inscrição no SNS e atualizar a sua informação administrativa e de contactos, sob pena de essa inscrição ficar suspensa”, conforme indicado pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP, 2008).

É de salientar que 5 utentes já tiveram médico de família, porém este aposentou-se e ainda não foi substituído.

Tabela 3.9 - Identificação dos utentes que já tiveram médico de família

	Frequência	Percentagem
Já tive e perdi	11	25,6
Nunca	27	62,8
Outra	5	11,6
Total	43	100,0

Dividindo os utentes por categorias de idade (Tabela 3.10), observa-se que dos 71,3% com médico de família atribuído, a maioria (53,3%, n= 57) corresponde aos utentes com mais de 65 anos. De facto, os idosos são o grupo populacional que maioritariamente utiliza os serviços de saúde, nomeadamente as consultas de medicina familiar, sendo os maiores consumidores de fármacos (Ministério da Saúde, 2014).

Tabela 3.10 - Identificação dos utentes por categorias de idade com e sem médico de família

		Médico de família		Total
		Sim	Não	
Idade por categorias	18-35 anos	16	17	33
	36-50 anos	10	8	18
	51-65 anos	24	7	31
	Mais de 65 anos	57	11	68
Total		107	43	150

Desagregando os resultados por utentes com e sem médico de família (Tabela 3.11), constata-se que apenas 1 dos utentes sem médico de família tentou marcar consulta no centro de saúde antes de se deslocar à urgência do estabelecimento hospitalar. Os restantes utentes que tentaram marcar consulta nos cuidados de saúde primários, todos eles tinham médico de família atribuído.

Estes resultados confirmam a teoria de que a obtenção de um médico de família atribuído pelo Centro de Saúde será um fator de diferenciação crucial dos utentes relativamente à relação com os cuidados de saúde primários, tal como observado no Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários (ERS, 2016) e no *Relatório de Atividade dos Cuidados Saúde Primários nos Anos de 2011 a 2013*. Neste último,

observou-se que o aumento do número de utentes com médico de família levou ao aumento da produção de consultas realizadas no SNS (Ministério da Saúde, 2014).

Tabela 3.11 - Identificação dos utentes que têm médico de família e tentaram marcar consulta no Centro de Saúde

		Consulta centro de saúde		Total
		Sim	Não	
Médico de família	Sim	27	80	107
	Não	1	42	43
Total		28	122	150

Como é possível observar na Figura 3.6, dos 28,7% que não têm médico de família, 95,3% (n= 41) afirmam desejar também ter um médico de família. Apenas 2 utentes referiram não ser necessário, uma vez que são acompanhados por médicos da própria família.

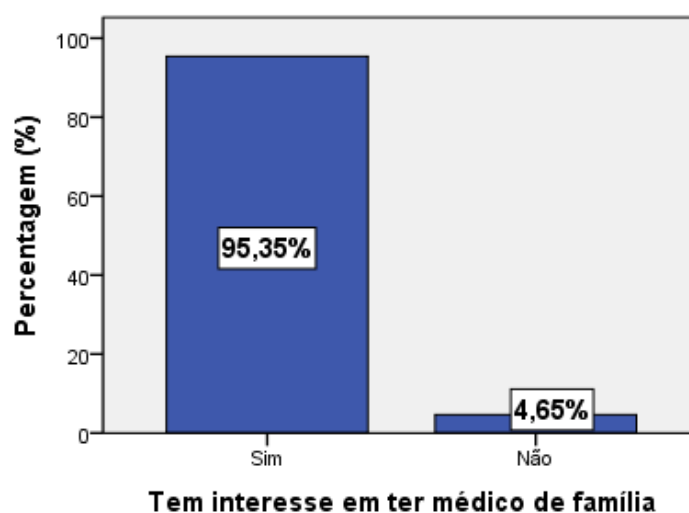


Figura 3.6 - Identificação dos utentes que estão interessados em ter médico de família

Por fim, procurou-se perceber qual a opinião dos utentes sem médico de família, sobre o motivo que julgam estar a obstar à atribuição de médico (Tabela 3.12). Tal como observado no *Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários* (ERS, 2016), prevalece a ideia de que a falta de médicos é o principal obstáculo para ter médico de

família (74,4% dos utentes sem médico de família assim o respondeu), seguindo-se a referência a eventuais dificuldades administrativas (14,0% dos utentes).

Tabela 3.12 - Identificação da razão para ainda não ter sido atribuído médico de família

	Frequência	Percentagem
Não pediu	4	9,3
Falta de médicos	32	74,4
Dificuldades administrativas	6	14,0
Outra	1	2,3
Total	43	100,0

4. Conclusão

No presente estudo, o acesso aos cuidados de saúde do SNS foi analisado segundo uma metodologia que consiste na avaliação das razões que levam os utentes a preferir os serviços de urgência hospitalar ao invés dos cuidados de saúde primários, em casos considerados pouco ou não urgentes.

Os resultados do estudo evidenciaram que os elementos da amostra são predominantemente do sexo feminino, têm uma idade compreendida entre os 18 e 92 anos, com uma média de 57 anos e sobressaindo uma percentagem elevada de idosos, isto é, pessoas com mais de 65 anos. De facto, o sexo é um fator determinante na procura destes serviços, dado que a maior parte são mulheres, como é referido no estudo de Carret, Fassa e Kawachi (2007). Os utentes apresentam um nível de escolaridade geralmente baixo, com apenas o 1º ciclo do ensino básico como grau de escolaridade, o que vai de encontro ao esperado, dado que grande parte dos inquiridos têm mais de 65 anos. Pelo mesmo motivo, os resultados obtidos relativos à situação face ao trabalho eram previsíveis, ou seja, era de esperar que um maior número de utentes já estivessem reformados.

Na generalidade, os utentes que participaram no estudo não ligaram para a Linha de Saúde 24, visto que a maioria desconhece a sua existência. O facto de se constatar existir uma percentagem relevante de utentes que desconhece a existência da Linha de Saúde 24, sugere alguns problemas ao nível da prestação de informação aos utentes. É de salientar a recomendação feita pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários para que todos os centros de saúde e todas as suas unidades promovam ativamente a divulgação do serviço “Saúde 24” como forma de melhorar a adequação dos cuidados, evitar a procura desnecessária e aperfeiçoar a orientação dos doentes.

Avaliou-se, também, a razão que levou os utentes a recorrer ao serviço de urgência hospitalar. Verificou-se que a maioria dos inquiridos considera a sua situação clínica urgente e, por isso, só neste tipo de cuidados pode ser resolvida. Salienta-se que a todos os utentes que participaram no estudo foi-lhes atribuída uma pulseira verde através do Sistema de Triagem de Manchester, o que significa que são casos considerados pouco urgentes.

Outra variável analisada foi a situação face ao pagamento de taxas moderadoras, ou seja, se o utente paga ou está isento. Verificou-se que a maioria dos utentes que utilizaram o SU não estão isentos deste pagamento. Atendendo à conjuntura de grave crise económica e social que o país atravessa, ao sentimento propalado de que o

alargamento da tabela de taxas moderadoras a atos anteriormente não abrangidos por esta tabela, assim como a atualização do seu valor, poderão estar a interferir na procura e acessibilidade dos utentes aos cuidados prestados pelas Unidades de Saúde do SNS (Núcleo de estudos e planeamento, 2014), neste estudo não se verifica esta associação. Este facto pode ser explicado através da crise que o país enfrenta, em que as pessoas isentas são aquelas que normalmente têm menos posses financeiras, e que apesar de não pagarem a taxa de urgência, teriam outros gastos associados à ida ao SU e por isso vão quando estritamente necessário (OPSS, 2013). Existe ainda a possibilidade de que as pessoas não isentas, noutra altura livre de crise económica recorreriam ao setor privado, enquanto agora recorrem ao setor público. Em todo o caso, o que parece evidente é a necessidade de mais estudos de impacto das taxas moderadoras, uma vez que não se resumem a efeitos na saúde, alcançando todo o espectro socioeconómico do indivíduo (OPSS, 2013).

Dado o objetivo do estudo, considerou-se importante verificar se os utentes que recorreram ao SU tentaram marcar consulta no Centro de Saúde. Os resultados obtidos mostram que a maioria dos cidadãos utilizadores do SU do HSJ, não tentaram, o que comprova que a população prefere claramente recorrer aos SU do que aos CS, quer pela possibilidade de atendimento no próprio dia, quer pela possibilidade de realização de qualquer tipo de exames de diagnóstico. Este facto pode ser indicativo de um uso regular do serviço de urgência percecionado como alternativa rápida e viável a uma consulta. É necessário que os cidadãos aprendam a utilizar os SU, uma vez que uma correta racionalização ao acesso à urgência permitiria diminuir o número de atendimentos e distribuir os recursos disponíveis de uma forma mais eficaz.

Verifica-se que um grupo pequeno de utentes tentaram marcar consulta no centro de saúde. Estes resultados indicam que é necessário reforçar os cuidados de saúde primários, estendendo horas de serviço, ou aumentando a oferta de profissionais de saúde. Também o processo de admissão aos CSP deve ser melhorado, assim como os pacientes que rotineiramente recorrem aos SU, devem ser orientados para a integração nos CSP. No que concerne aos pacientes idosos é também importante mobilizar o apoio social. É ainda importante referir que, quer ao nível dos CSP, serviços de saúde hospitalar ou cuidados continuados, é necessário promover a Literacia em Saúde.

Analisando o número de utentes inquiridos, verifica-se que, neste estudo, a maioria dos utentes tem médico de família atribuído pelo centro de saúde. Este número vai de encontro a alguns estudos realizados, nomeadamente, o “Relatório Anual sobre o

Acesso a Cuidados de Saúde no SNS, 2015”, que refere que o número de utentes sem médico de família atribuído terá atingido o valor mais baixo de sempre. À semelhança dos resultados obtidos no “Relatório de Atividade dos Cuidados de Saúde Primários nos Anos 2011 a 2013” (Ministério da Saúde, 2014), também neste estudo, a maioria dos utentes que tem médico de família são do sexo feminino. É de salientar que a proporção de idosos (idade superior a 65 anos) com médico de família é elevada, dado que são o grupo mais utilizador de consultas médicas e de enfermagem.

Por sua vez, verifica-se que a maioria dos utentes que não tem médico de família considera a falta de médicos como a principal razão para a falta de atribuição de médicos de família. É ainda de salientar que a maioria dos utentes que não tem médico de família mostra interesse em ter.

Analisadas todas as variáveis em estudo, resta referir o esforço que deve ser feito na educação para uma utilização adequada dos serviços de saúde, bem como explicar aos utentes o tipo de cuidados prestados nos SU e os riscos e desvantagens de usar esses serviços como fonte primária de cuidados. Neste sentido, devem criar-se campanhas nacionais de sensibilização que informem, que tenham impacto e que sirvam para que a população seja responsabilizada pelo correto usufruto dos serviços que o Estado põe a nosso dispor.

É essencial perceber que a sobrelotação dos serviços de urgência leva a um aumento dos custos de cuidados de saúde e diminuição da qualidade de cuidados urgentes. No entanto, é importante considerar o impacto na saúde dos utentes que muitas vezes recebem medicamentos para aliviar os sintomas mas não para a gestão a longo prazo das suas condições.

É igualmente importante que relações entre diferentes níveis de cuidados precisam de ser melhoradas. Podemos concluir que os CSP e os CSH são instituições distintas, têm preocupações e práticas diferentes, têm uma missão, estruturas organizacionais e funcionais e, até, culturas e atitudes distintas, que devem ser diferentes para que sejam complementares e, assim, cada um dos setores possa assumir o seu papel social, que lhe é exigido nos processos assistenciais e de proteção e promoção da saúde (Nunes *et al.*, 2012).

É fundamental tornar o sistema menos hospitalocêntrico e mais orientado para a prevenção da doença, para a proximidade entre cidadão e médico de família, porque tal melhora a saúde e a eficiência global na gestão da saúde.

4.1. Limitações do estudo

As limitações que ocorreram neste projeto servem de base para uma continuação deste estudo, mas com um material de estudo bastante mais alargado.

Uma das limitações deste estudo deve-se à inexistência de um instrumento já validado para analisar o tema. Como foi criado pelo investigador, pode apresentar certas limitações quanto à validade. Todavia, houve a preocupação de validar o conteúdo junto de peritos.

Outra limitação prende-se com o facto de ter sido utilizada uma amostra por conveniência, dado que a participação era consoante a chegada do utente ao local. Assim, os resultados deste estudo não podem ser generalizados à população-alvo.

Poderia ser incluída a variável condição de saúde, onde avaliando a causa (sinal, sintoma ou doença) que levou o utente ao SU, se conseguisse perceber quais as condições de saúde que mais despertam nos utentes a necessidade de cuidados imediatos de urgência.

Finalmente, seria interessante estudar a capacidade organizativa dos cuidados de saúde primários, nomeadamente, o processo de marcação de consultas, formação dos profissionais e, também, a capacidade de diagnóstico (equipamento) dos mesmos.

Seria também interessante estudar a facilidade/limitações na marcação de consultas externas nos hospitais, dado que, por vezes, as urgências hospitalares são usadas para esse fim.

5. Referências bibliográficas

- Aacharya, R. P., Gastmans, C., & Denier, Y. (2011). Emergency department triage: an ethical analysis. *BMC Emergency Medicine*, 11(1), 16. [Consultado em 16 de fevereiro de 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3199257/pdf/1471-227X-11-16.pdf>
- ACSS. (2009). Sistema de Avaliação da Qualidade apercebida e da Satisfação do Utente dos Hospitais EPE e SPA, 434.
- Arvidsson, E., André, M., Borgquist, L., Andersson, D., & Carlsson, P. (2012). Setting priorities in primary health care-on whose conditions? A questionnaire study. *BMC Family Practice*, 13, 114. [Consultado em 24 de fevereiro de 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3528614/pdf/1471-2296-13-114.pdf>
- Atun R. (2004). What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. [Consultado em 21 de março de 2016] Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/74704/E82997.pdf
- Australasian College for Emergency Medicine (2014). Policy on standard terminology 1., 1–5. [Consultado em 16 de fevereiro de 2016]. Disponível em: <https://acem.org.au/getattachment/3907984e-2a6c-4789-9f11-5d1d75f0e837/Policy-on-Standard-Terminology.aspx>
- Barros, P. P. (2001). Procura de cuidados de saúde os efeitos do Estado de saúde, copagamento e rendimento. *Associação Portuguesa de Economia da Saúde*. [Consultado em 28 de abril de 2016]. Disponível em: http://www.apes.pt/files/dts/dt_022001.pdf
- Biscaia, A. R. (2006). A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 67–79. [Consultado em 2 de novembro de 2015] Disponível em:

<https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/viewFile/10211/9947>

Biscaia, A., & Amorim, A. (2013). A essência das Unidades de Saúde Familiar – Modelo Positivo do Presente e para o Futuro. *Encontro Nacional Das USF*, 1-17.

Biscaia, A. R., Pereira, A. (2014). O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal – 2013/2014. USF-NA – Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar. <https://app.box.com/s/dah80rfas907p634wcqw>

Branco, A. G., & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5–11. [Consultado em 6 de abril de 2016]. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-01-2001.pdf>

Campos, A. C. (2007). Por um Sistema de Saúde mais Eficiente. *Cadernos de Economia*, 80, 9-15. [Consultado em 28 de abril de 2016] Disponível em: <http://docplayer.com.br/2296001-Por-um-sistema-de-saude-mais-eficiente.html>

Carey TA, Wakerman J, Humphreys JS, Buykx P, Lindeman M. (2013). What primary health care services should residents of rural and remote Australia be able to access? A systematic review of “core” primary health care services. *BMC Health Services Research*. 13:178. [Consultado em 24 de outubro de 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3663724/pdf/1472-6963-13-178.pdf>

Carret, M. L. V, Fassa, A. G., & Kawachi, I. (2007). Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research*, 7, 131. [Consultado em 21 de abril de 2016]. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-7-131>

Christ, M., Grossmann, F., Winter, D., Bingisser, R., & Platz, E. (2010). Modern triage in the emergency department. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107(50), 892–8. [Consultado em 10 de fevereiro de 2016]. Disponível em:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3021905/pdf/Dtsch_Arztebl_Int-107-0892.pdf

Dahrouge, S., Hogg, W., Ward, N., Tuna, M., Devlin, R. A., Kristjansson, E., Pottie, K. (2013). Delivery of primary health care to persons who are socio-economically disadvantaged: does the organizational delivery model matter? *BMC Health Services Research*, 13(1), 517. [Consultado em 24 de fevereiro de 2016]. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3927777/pdf/1472-6963-13-517.pdf>

Deloitte (2011). Desafio: Melhorar a gestão do Serviço Nacional de Saúde. Saúde em análise: Uma visão para o futuro. Deloitte, Life Sciences & Healthcare, 88-. [Consultado em 30 de abril de 2016]. Disponível em:

<http://docplayer.com.br/13831-Saude-em-analise-uma-visao-para-o-futuro.html>

Direcção-Geral da Saúde. (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência, 23. [Consultado em 24 de fevereiro de 2016]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005661.pdf>

Direcção-Geral de Saúde. (2015). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata, 1–22.

Entidade Reguladora da Saúde. (2009). Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários. [Consultado em 16 de janeiro de 2016] Disponível em: <http://www.sep.org.pt/files/2014/05/290514ERS.pdf>

Entidade reguladora da saúde. (2013). O Novo Regime Jurídico das Taxas Moderadas. [Consultado em 18 de abril de 2016]. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/892/Estudo_Taxas_Moderadas.pdf

INE. (2014). Estatísticas do Emprego 1º Trimestre 2014. [Consultado em 26 de março de 2016]

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da conceção à realização* (3.ª ed.). Loures: Lusociência.

- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (1.^a ed.). Loures: Lusociência.
- Furtado, C., & Pereira, J. (2010). Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde - Intervenções. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa [Consulta em 18 de abril de 2016] Disponível em: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/EA1.pdf>
- Gentile, S., Vignally, P., Durand, A.-C., Gainotti, S., Sambuc, R., & Gerbeaux, P. (2010). Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. *BMC Health Services Research*, 10, 66. [Consultado em 18 de fevereiro de 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2846926/pdf/1472-6963-10-66.pdf>
- Grumbach, K., Keane, D., & Bindman, A. (1993). Primary care and public emergency department overcrowding. *American Journal of Public Health*, 83(3), 372–378. [Consultado em 22 de fevereiro de 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1694659/pdf/amjph00527-0070.pdf>
- Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. (2009). Acontecimento extraordinário: Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. [Consultado em 17 de novembro de 2015]. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/7BC7CBA8-CAFB-4BA0-8CEE-D214AF7316A5/0/RelatorioCSPFev2009FECHADOx300dpi.pdf>
- Hill, M. & Hill, A., (2005). *Investigação por questionário* (2^a Ed.). Lisboa: Edições Sílado.
- Jornal Médico. (2016). Portal do Jornal Médico. Disponível em: <http://www.jornalmedico.pt/>
- Khangura, J. K., Flodgren, G., Perera, R., Rowe, B. H., & Shepperd, S. (2012). Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11 [Consultado em 16 de fevereiro de 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164956/pdf/emss-57132.pdf>

- Leal, C. A., Garcez, S. M. (2016). Qual o Impacto das Taxas Moderadoras, no Acesso aos Cuidados de Saúde, por Parte dos Utilizadores. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 18, 25-29. [Consultado em 02 de maio de 2016] Disponível em: <http://www.jornalmedico.pt/wp-content/uploads/rpgs/rpgs018/files/downloads/rpgs018.pdf>
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health* [Internet]. BioMed Central Ltd. 12(1):18. [Consultado em 5 de outubro de 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3610159/pdf/1475-9276-12-18.pdf>
- Marconi, M. & Lakatos, E. (2007). *Fundamentos de metodologia científica*. (2ªEd.). São Paulo: Editora Atlas. [Consultado em 25 de fevereiro de 2016]. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/237629448/tecnicas-de-pesquisa-marconi-lakatos-pdf>
- MCSP. (2008). Acessibilidade aos cuidados de saúde primários. Flexibilidade organizativa e resposta a situações especiais. Documento de Trabalho, 1–4. [Consultado em 26 de março de 2017].
- Mello, S. (2011). Desafio: Organizar e regular o sistema de saúde português. Saúde em análise: Uma visão para o futuro. Deloitte, Life Sciences & Healthcare. 62-69. [Consultado em 30 de abril de 2016]. Disponível em: <http://docplayer.com.br/13831-Saude-em-analise-uma-visao-para-o-futuro.html>
- Miguel, L. S., Sá, A. B. (2010). Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016 : reforçar, expandir. *Ministério Da Saúde*. [Consultado em 16 de novembro de 2015] Disponível em: <http://1nj5ms2li5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/08/CSP1.pdf>
- Ministério da Saúde (2010). A Organização Interna e a Governação dos Hospitais. [Consultado em 13 de abril de 2016] Disponível em: <http://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>
- Ministério da Saúde (2011). Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Saúde Pública. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários –

- Coordenação Estratégica. Lisboa. [Consultado em 26 de abril de 2016]
Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/aprovacao_usp.pdf
- Ministério da Saúde. (2012). Quadro de orientações estratégicas para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, 32. [Consultado em 18 de março de 2016]. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/1-quadrodeorientaoestrategicaparaodesenvolvimentodoscsp_2012.09.30_2.pdf
- Ministério da Saúde. (2014). Relatório de Atividade dos Cuidados Saúde Primários nos Anos de 2011 a 2013. *ACSS - Administração Central Do Sistema de Saúde, IP*.
- Ministério da Saúde (2015). Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde no SNS, 2014. [Consultado em 7 de setembro de 2015] Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/2015%2007%2020-RA_Acesso_2014-VFinal.pdf
- Moura, A., Barros, P. P. (2015). Acesso: Garantir a cobertura de cuidados de saúde primários. *Políticas Públicas em Saúde: 2011 – 2014: Avaliação do Impacto. Nova Health Initiative – Research*. 5-19 [Consultado em 30 de abril de 2016]. Disponível em: <http://docplayer.com.br/5284831-Politicass-publicas-em-saude-2011-2014-avaliacao-do-impacto.html>
- New England Healthcare Institute. (2010). A Matter of Urgency: Reducing Emergency Department Overuse, 1–15. [Consultado em 20 de março de 2017]. Disponível em: http://www.nehi.net/writable/publication_files/file/nehi_ed_overuse_issue_brief_032610final edits.pdf
- Núcleo de Estudos e Planeamento - Área funcional de estatística. (2014). Análise do movimento assistencial dos cuidados de saúde primários e consultas e urgências hospitalares, 2013, 1 – 80.
- Nunes, *et al.* (2012). Os Cuidados de Saúde Primários nas Unidades Locais de Saúde. *Ministério Da Saúde*. [Consultado a 30 de outubro de 2015]. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/6-ulsecsp_2012.09.30.pdf
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2001). Relatório de Primavera 2001: Conhecer os Caminhos da Saúde, 88.

- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2002). *Relatório de Primavera 2002: O estado da Saúde e a Saúde do Estado*. [Consultado em 21 de Julho de 2015] Disponível em: http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2002_OPSS.pdf
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS] (2013). Relatório de Primavera 2013 OPSS, 1 – 152. [Consultado em 22 de abril de 2016]. Disponível em: http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2013_0.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (1948). Official Records of the World Health Organization: Summary Report on Proceedings Minutes and Final Acts of the International Health Conference, nº2, p. 100. [Consultado em 27 de abril de 2016]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85573/1/Official_record2_eng.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca* [Consultado em 4 de abril de 2016]. Disponível em: http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1
- Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Eixo estratégico – Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. Lisboa. [Consultado em 28 de julho de 2015]. Disponível em: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/Acesso_e_Equidade_2013_003_04.pdf
- Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Roteiro de Intervenção em Cuidados de Saúde Primários. Lisboa. [Consultado em 11 de abril de 2016]. Disponível em: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_5_CSP.pdf
- Plano Nacional de Saúde. (2015): Revisão e Extensão a 2020. [Consultado em 18 de março de 2017]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Pinheiro, R. S., Viacava, F., Travassos, C., & Brito, A. dos S. (2002). Género, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 687–707. [Consultado em 19 de março de 2017] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14599.pdf>

- Pisco, Luís. (2007). A reforma dos cuidados de saúde primários. Cadernos de Economia. Ed. nº 80.
- Portugal. Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Lei de Bases da Saúde. Lisboa, Diário da República, 1ª. Série (195), p. 3452-3464. Base I, 1.
- Portugal. Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Lei de Bases da Saúde. Lisboa, Diário da República, 1ª. Série (195), p. 3452-3464. Base II, 1-b.
- Portugal. Decreto-Lei nº298/2007, de 22 de Agosto. Lei de Bases da Saúde. Lisboa, Diário da República, 1ª. Série (161), p. 5587-5596. Base XIII.
- Portugal. Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Lei de Bases da Saúde. Lisboa, Diário da República, 1ª. Série (195), p. 3452-3464. Base XXXIV.
- Portugal. Projeto de Lei n.º763/XII/4.ª, de 23 de janeiro. Reorganização Funcional da Rede de Serviços de Urgência. Assembleia da República. Bloco de Esquerda.
- Presidência do Concelho de Ministros. Plano do XIX Governo Constitucional. [Consultado em 02 de maio de 2016]. Disponível em: <http://www.parlamento.pt/documents/prq-xii-1.pdf>
- Santos, A. P., Freitas, P., & Martins, H. M. G. (2014). Manchester Triage System version II and resource utilisation in the emergency department. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 31(2), 148–52. [Consultado em 10 de fevereiro de 2016]. Disponível em: [http://www.grupoportuquestriagem.pt/images/documentos/emergmedj2013jan%2023Epu ahead of print.pdf](http://www.grupoportuquestriagem.pt/images/documentos/emergmedj2013jan%2023Epu%20ahead%20of%20print.pdf)
- Silvério, F., Barros, P. P. (2015). Utilização de cuidados de acesso: barreiras de acesso. Políticas Públicas em Saúde: 2011 – 2014: Avaliação do Impacto. *Nova Health Initiative – Research*. 35-59. [Consultado em 30 de abril de 2016]. Disponível em: <http://docplayer.com.br/5284831-Politicass-publicas-em-saude-2011-2014-avaliacao-do-impacto.html>
- Silvério, F., Cipriano, R. P., Barros, P. P. (2015). Sensibilização para os custos do Serviço Nacional de Saúde. Políticas Públicas em Saúde: 2011 – 2014:

Avaliação do Impacto. *Nova Health Initiative – Research*. 67-90. [Consultado em 30 de abril de 2016]. Disponível em: <http://docplayer.com.br/5284831-Politicass-pubblicas-em-saude-2011-2014-avaliacao-do-impacto.html>

Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Alvarez, a. (2010). [Triage: a key tool in emergency care]. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 33 Suppl 1, 55–68. [Consultado em 8 de fevereiro de 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20508678>

Starfield B, Shi L, Macinko J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 83:457–502. [Consultado em 24 de outubro de 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/pdf/milq0083-0457.pdf>

Storm-Versloot, M. N., Ubbink, D. T., Kappelhof, J., & Luitse, J. S. K. (2011). Comparison of an Informally Structured Triage System, the Emergency Severity Index, and the Manchester Triage System to Distinguish Patient Priority in the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*, 18(8), 822–829. [Consultado em 8 de fevereiro de 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2011.01122.x/epdf>

Travassos, C., & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (d), 190–198. [Consultado em 13 de abril de 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>

Vital, E., & Teixeira, J. (2012). Cuidados de saúde primários: as regras do jogo. *Saúde & Tecnologia*, 9 – 17. [Consultado em 21 de março de 2016]. Disponível em: https://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/st_7_2.pdf

Warwick-Booth, L., Cross, R., Lowcock, D. (2012). Contemporary Health Studies: An Introduction. Chapter 1. What is Health? [Consultado em 27 de abril de 2016] Disponível em: http://www.politybooks.com/chs/pdf/Contemporary_Health_Studies_sample_chapter1.pdf

Zhiheng, Z., Caixia, W., Jiayi, W., Huajie, Y., Chao, W., & Wannian, L. (2012). The knowledge, attitude and behavior about public health emergencies and the response capacity of primary care medical staffs of Guangdong Province,

China. *BMC Health Services Research*, 12(1), 338. [Consultado em 16 de fevereiro de 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3489590/pdf/1472-6963-12-338.pdf>

6. Anexos

Anexo 1 – Parecer emitido pela Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT



Exma. Senhora

Dr.ª Mariana Rodrigues

mariana_mr3@hotmail.com

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência
1744/CES/2016

Data
12.02.2016

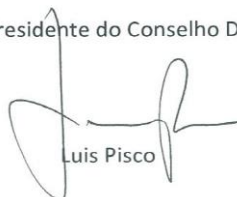
Assunto: “Os Cuidados de Saúde Primários como Reguladores do Acesso às Urgências Hospitalares.”

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT apreciou na sua reunião da Secção de Investigação do dia 5.02.2016, o projecto mencionado em epígrafe, tendo sido emitido o parecer em anexo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo



Luis Pisco

Av. Estados Unidos da América n.º75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

Parecer

Proc.007/CES/INV/2016

Título: Os Cuidados de Saúde Primários como Reguladores do Acesso às Urgências Hospitalares

Âmbito do estudo: Académico

Enquadramento institucional do proponente: Estudante de Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias de Saúde da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Investigador (es): Mariana Mira Rodrigues

Orientador(es): Margarida Maria de Matos Rodrigues e Silva Eiras

Financiamento : Não aplicável

Apreciação

Trata-se de um estudo com potencial interesse e valor social que procura analisar se a necessidade de reduzir o recurso a urgências hospitalares em situações de menor gravidade poderá ser eficientemente solucionada em atendimentos nos cuidados de saúde primários.

Trata-se, portanto de um estudo de um estudo que poderá cumprir, no essencial, no que concerne à sua fundamentação, critérios de valor social, interesse e relevância (clínica e de saúde pública). Julgamos que para que a investigação possa cumprir esses desideratos interessaria que os investigadores procurassem identificar e descrever os diversos estudos já realizados neste domínio e que procurassem clarificar qual novo conhecimento que este estudo pode aportar.

Trata-se de um projecto de intervenção que aparenta ter um delineamento sistemático e que procura um novo conhecimento, ainda que de âmbito local aplicável apenas á realidade em estudo

Trata-se de um projecto de intervenção que aparenta ter um delineamento sistemático e que procura um novo conhecimento, ainda que de âmbito local aplicável apenas á realidade em estudo

Trata-se assim de um estudo com as seguintes características:

- 1.- Não envolve profissionais de Saúde da ARSLVT
- 2.- que não foi realizado
- 3.- é uma investigação sistemática e pretende gerar um novo conhecimento com impacto local;
- 4.- É um estudo que envolve seres humanos;
- 5.- Implica a interacção com os participantes;

Tendo em conta os pressupostos anteriores não cumpre critérios de apreciação por esta Comissão de Ética

Apreciação Ética

Respeito pela dignidade da pessoa humana

Autonomia

Modalidade de obtenção do consentimento informado

Não presente

Privacidade e Confidencialidade de Dados

Seria de referenciar a informação relativa aos dados em particular no que concerne à sua gestão, arquivo e prazo para a sua destruição:

Beneficência

Os potenciais benefícios do estudo face aos seus riscos permitem-nos afirmar que os potenciais benefícios poderiam superar os riscos que este estudo pode acarretar, desde que clarificados alguns dos aspectos relativos ao estudo.

Justiça

No que concerne ao cumprimento do princípio da justiça nas suas duas dimensões, discriminação e exploração, diríamos que não se identificam nenhum procedimento que possa "obrigar" ou coagir os utentes a envolverem-se no estudo

Não maleficência

Os riscos previsíveis de um estudo desta natureza poderão ser menores que os mínimos.

Cronograma:

Explícito

Presente e adequado

CV dos Investigadores

presente

Declaração dos Orientadores Pedagógicos

Presente

Declaração dos responsáveis das Unidades de saúde:

Comentário relator

Não disponíveis

Caderno de Recolha de Dados

Presente

Comissão Nacional de Protecção de Dados

Não presente

Monitorização da investigação

Não prevista

Previsão de custos financeiros para os ACES:

Não estimados

Divulgação dos resultados:

Explícita

Propriedade dos dados:

Explícita



Compromisso de entrega de relatório final

Explicito

Comentário final:

Trata-se de um estudo que irá ser realizado em contexto hospitalar em instituições que dispõem de Comissões de Ética para a Saúde. Nesta circunstância seria de requerer a apreciação pelas Comissões de Ética das Instituições onde se prevê realizar o estudo.

05 de Fevereiro de 2016

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

7. Apêndices

Apêndice 1 – Questionário aos utentes com pulseiras verde ou azul do serviço de urgência hospitalar

Os cuidados de saúde primários como reguladores do acesso às urgências hospitalares

O meu nome é Mariana Rodrigues e sou aluna do Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias de Saúde na Escola Superior de Tecnologias de Saúde de Lisboa. No âmbito do projeto final de curso estou a conduzir um inquérito com o objetivo de estudar a importância dos cuidados de saúde primários na regulação da utilização abusiva dos serviços de urgência hospitalares.

Agradeço-lhe o tempo que quis dispensar para responder a estas questões.

Todas as suas respostas são anónimas e confidenciais.

Para cada questão, assinale apenas uma hipótese de resposta. As questões onde assinalar mais de uma resposta terão de ser invalidadas.

Informações dos utentes:

1. Idade: _____ anos

2. Sexo:

- Feminino _____
- Masculino _____

3. Grau de Escolaridade:

- Sem Escolaridade _____
 - 1º ciclo do ensino básico (4ª classe) _____
 - 2º ciclo do ensino básico (6ª classe) _____
 - 3º ciclo do ensino básico (9º ano) _____
 - Ensino secundário/Liceu (12º ano) _____
 - Bacharelato _____
 - Licenciatura _____
 - Pós-Graduação _____
 - Mestrado _____
 - Doutoramento _____
 - Outro _____
- Qual? _____

4. Situação face ao trabalho:

- Desempregado (a) _____
- Reformado (a) _____
- Estudante _____
- Trabalhador (a) por contra de outrem _____
- Trabalhador (a) por conta própria _____
- Outra situação _____ Qual? _____

5. Ligou para a Linha de Saúde24 antes de se deslocar à urgência?

- Sim _____
- Não _____

6. Se não o fez, diga porquê:

- Não sei o que é a Linha de Saúde24 _____
- A minha situação é urgente _____
- Não me lembrei _____
- Outra situação _____

Qual? _____

7. Qual a razão para ter recorrido à urgência hospital?

- Não tenho outra alternativa _____
- Fica-me mais perto _____
- Aqui têm tudo o que preciso nesta situação _____
- A minha situação é urgente _____
- Foi o médico de família que me enviou para aqui _____
- Foi o médico assistente que me enviou para aqui _____
- Foi a Linha de Saúde24 que me disse que vir para aqui _____
- Outra _____

Qual? _____

8. Quando vai ao seu médico de família ou nas outras vezes que veio à urgência pagou taxas moderadoras?

- Sim _____
- Não _____

9. Tentou marcar consulta no Centro de Saúde?

- Sim _____
- Não _____

10. Caso tenha respondido que sim na pergunta anterior, qual a razão para a falta de resposta dos cuidados de saúde primários (centro de saúde)?

- Falta de vaga _____
- Falta de médico _____
- Horário de atendimento do médico de família pouco adequado _____
- Outra _____

Qual? _____

11. Caso tenha respondido não na pergunta 9, qual a razão que o/a levou a optar pelo serviço de urgência hospitalar, ao invés dos cuidados de saúde primários?

- Possibilidade de ser atendido no mesmo dia _____
- Possibilidade de poder realizar todo o tipo de exames de diagnóstico _____
- Crença de que aqui no serviço de urgência podem resolver qualquer condição de saúde aguda de forma mais eficaz _____
- Não tem médico de família/ médico ausente _____
- Outra _____

Qual? _____

Médicos de família:

12. O/A Sr./Sra. Tem médico de família? (Caso afirmativo, o questionário termina)

- Sim _____
- Não _____

13. Caso tenha respondido não na pergunta anterior, o/a Sr./Sra. já teve médico de família e perdeu, ou nunca teve?

- Já tive e perdi, por não revalidar a inscrição _____
- Nunca tive _____
- Outra _____

Qual? _____

14. O/A Sr./Sra. Estaria interessado em ter médico de família?

- Sim _____
- Não _____

15. Qual pensa ser a razão para ainda não lhe ter sido atribuído um médico de família?

- Não pediu _____
- Falta de médicos _____
- Dificuldades administrativas _____
- Outra _____

Qual? _____

*Obrigado pela sua
Participação!*

Apêndice 2 – Apresentação e classificação das variáveis em estudo

Tabela 7.1 - Apresentação e classificação das variáveis em estudo

Questões	Variável	Descrição
1. Idade	Idade	Escala de razão (número inteiro)
2. Sexo	Sexo	Nominal: 1 – Feminino 2 – Masculino
3. Grau de Escolaridade	Escolaridade	Ordinal: 0 - Sem escolaridade 1- 1ºciclo do ensino básico 2- 2ºciclo do ensino básico 3 - 3ºciclo do ensino básico 4 – Ensino secundário 5 - Bacharelato 6 - Licenciatura 7 - Pós-Graduação 8 - Mestrado 9 - Doutorado 10 - Outro
4. Situação face ao trabalho	Situação face ao trabalho	Nominal: 0 - Desempregado (a) 1 - Reformado (a) 2 - Estudante 3 - Trabalhador (a) por conta de outrem 4 - Trabalhador (a) por conta própria 5 - Outro
5. Ligou para a Linha de Saúde24 antes de se deslocar à urgência?	Ligar Linha de Saúde 24	Nominal: 1 – Sim 2 – Não
6. Se não o fez, diga porquê:	Razão para não ligar para a linha de saúde24	Nominal: 1 - Não sabe o que é 2 - Situação urgente 3 - Não se lembrou 4 - Outra
7. Qual a razão para ter recorrido à urgência hospitalar?	Recorrer à urgência hospitalar	Nominal: 1 – Não tenho outra alternativa 2 – Fica-me mais perto 3 - Aqui têm tudo o que preciso nesta situação 4 – A minha situação é urgente 5 – Foi o médico de família que me enviou para aqui 6 – Foi o médico assistente

		que me enviou para aqui 7 – Foi a Linha de saúde24 que me disse para vir para aqui 8 - Outro
8. Quando vai ao seu médico de família ou nas outras vezes que veio à urgência pagou taxas moderadoras?	Isenção de taxas moderadoras	Nominal: 1 – Sim 2 – Não
9. Tentou marcar consulta no Centro de Saúde?	Marcação de consulta no centro de saúde	Nominal: 1 – Sim 2 – Não
10. Qual a razão para a falta de resposta dos cuidados de saúde primários?	Falta de resposta dos cuidados de saúde primários	Nominal: 1 - Falta de vaga 2 - Falta de médico 3 - Horário pouco adequado 4 - Outro
11. Qual a razão que o/a levou a optar pelo serviço de urgência hospitalar, ao invés dos cuidados de saúde primários?	Optar pelo serviço de urgência	Nominal: 1 – Atendimento no próprio dia 2 - Realização de exames de diagnóstico 3 – Crença na maior eficácia do serviço de urgência 4 – Não tem médico de família 5 - Outra
12. O/A Sr./Sra. Tem médico de família?	Médico de família	Nominal: 1 – Sim 2 – Não
13. O/A Sr./Sra. já teve médico de família e perdeu, ou nunca teve?	Ter tido médico de família	Nominal: 1 - Já tive e perdi 2 - Nunca tive 3 - Outra
14. O/A Sr./Sra. Estaria interessado em ter médico de família?	Interesse em ter médico de família	Nominal: 1 – Sim 2 – Não
15. Qual pensa ser a razão para ainda não lhe ter sido atribuído um médico de família?	Falta de atribuição de médico de família	Nominal: 1 - Não pediu 2 - Falta de médicos 3 - Dificuldades administrativas 4 - Outra