



Avaliação da Perceção dos Utentes do ACES Nordeste face à Reorganização dos Serviços de Urgência

Patrícia Alexandra Morais Videira

*Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para a obtenção do
Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de
Saúde*

Orientada por

Professora Doutora Amélia Maria Martins Pires

Bragança, março 2014



Avaliação da Perceção dos Utentes do ACES Nordeste face à Reorganização dos Serviços de Urgência

Patrícia Alexandra Morais Videira

Orientada por

Professora Doutora Amélia Maria Martins Pires

Bragança, março 2014

Resumo

Os serviços de urgência vêm sendo objeto de várias reformas, seja por razões de ordem financeira seja pela necessidade de valorizar o que são as verdadeiras urgências e aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde urgentes e emergentes, diminuído a taxa de mortalidade e de morbidade. Neste contexto, foi objetivo deste estudo avaliar a percepção dos utentes do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Nordeste face à reorganização dos serviços de urgência no sentido de compreender se conhecem os serviços de saúde disponíveis e se sabem utilizá-los.

Para o efeito, baseamo-nos numa abordagem metodológica quantitativa, com recurso ao inquérito por questionário, aplicado a uma amostra de 314 utentes que recorreram à Consulta Aberta dos Centros de Saúde do ACES Nordeste nos meses de julho e agosto de 2012. Este estudo é do tipo descritivo simples exploratório.

Os resultados obtidos permitiram concluir que, tendo em conta a rede de urgências, a maioria dos utentes não sabem como agir em situações de urgência e emergência nem para que serve a Consulta Aberta, o que se traduz numa utilização nem sempre adequada dos serviços de saúde disponíveis.

Palavras-Chave: Reorganização dos Serviços de Urgência; Consulta Aberta; Emergência; Urgência

Abstract

The urgency services, have been targeted for many changes, for financial reasons, enriching is true mining, increase the emergent health care accessibility, and decrease the mortality and morbidity rate. In this context, this study goal is to measure the ACES Nordeste users perception about the urgency services reorganization, towards understand if they know what are the wealth care services available, and if they know how to use it.

For this purpose, we used an quantitative methodological approach, applying questionnaire survey to a 314 users sample, who have used the ACES Nordeste wealth care centres Consulta Aberta, in July and August 2012. This is a simple descriptive exploratory study.

The results allow to conclude, taking the urgencies network into account, that the users majority do not know how to act in urgency or emergency situations, neither the Consulta Aberta goal, which result in a inadequate health services use.

Key words: Urgency services reorganization; Consulta Aberta, Emergency; Urgency

Resumen

Los servicios de urgencias han venido a sufrir varias reformas a lo largo del tiempo. Los motivos de estas alteraciones están relacionados con asuntos económicos y otras veces por la necesidad de valorizar lo que realmente es un servicio de urgencias, aumentando el acceso a los cuidados de salud urgentes y emergentes y disminuyendo la tasa de de morbi-mortalidad. Este fue el motivo que originó que el objetivo de este trabajo fuese evaluar la percepción que los pacientes del agrupamiento de centros de salud del Nordeste tienen en relación a la reorganización de los servicios de urgencia, con el fin de comprender si conocían los servicios de salud disponibles y si sabían utilizarlos correctamente.

Para este estudio se utilizó una metodología cuantitativa, aplicando un cuestionario a una muestra de 314 pacientes, que utilizaron el servicio de “consulta abierta” en los centros de salud que integran el agrupamiento de centros de salud del Nordeste en los meses de Julio y Agosto de 2012. Este estudio es descriptivo y exploratorio.

Los resultados que obtuvimos, nos permiten concluir que, teniendo en cuenta la red de urgencias, la mayoría de los pacientes no sabe cómo actuar en situaciones de urgencia y emergencia, ni saben que cuidados son prestados en una “consulta abierta”, lo que indica que ni siempre utilizan de forma adecuada los servicios de salud disponibles.

Palabras clave: reorganización de los servicios de urgencia; “Consulta Abierta”; Emergencia Urgencia.

Dedicatória

A todos aqueles que fazem parte de mim e me apoiaram neste percurso.

Agradecimentos

À Professora Doutora Amélia Pires, por aceitar orientar esta dissertação e por compreender as dificuldades e os *timings* desta pesquisa. Obrigada pela sua disponibilidade, paciência, compreensão e sugestões.

A todos os que participaram no preenchimento dos questionários, sem eles, este estudo não poderia ser realizado.

A todas as minhas colegas do Centro de Saúde de Torre de Moncorvo, em especial à Enfermeira Amparo, pela amizade, apoio e ânimo na realização deste Mestrado.

À minha família, em especial aos meus pais pelo carinho e paciência que tiveram; Ao meu irmão e ao Gonçalo pela força e incentivo; Aos meus avós, pelo tempo que não pude estar presente.

Lista de abreviaturas e siglas

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

AEM - Ambulância de Emergência Médica

ARS - Administrações Regionais de Saúde

AS - Ambulâncias de Socorro

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CATUS - Centro de Atendimento de Urgências

CHNE - Centro Hospitalar do Nordeste

CRI - Centros de Responsabilidade Integrados

CRRNEU - Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

CS - Centros de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CTAPRU - Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação às Urgências

EPE – Entidade Pública Empresarial

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MQ – Manual da qualidade

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RRE - Regime Remuneratório Experimental

RRH - Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência

SADU - Serviço de Atendimento de Doentes Urgentes

SAP - Serviços de Atendimento Permanentes

SASU – Serviço de Atendimento de Situações Urgentes

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV - Suporte Imediato de Vida

SLS - Sistemas Locais de Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPA – Setor Público Administrativo

SRS - Sub-região de Saúde

SU – Serviços de Urgência

SUB - Serviço de Urgência Básica

SUMC - Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidades de Saúde Familiares

USP - Unidade de Saúde Pública

VMER - Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação

Índice

Resumo	iii
Abstract	iv
Resumen	v
Dedicatória	vi
Agradecimentos	vii
Lista de abreviaturas e siglas	viii
Índice	x
Índice de Tabelas	xii
Introdução	13
I-ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1. O Sistema de Saúde Português: principais reformas	16
1.1 O Serviço Nacional de Saúde	22
1.1.1 Cuidados de Saúde Primários	23
1.1.2 Os Serviços de Urgência e a nova Rede de Urgências	25
1.2 A Emergência Médica em Portugal: os meios pré-hospitalares	29
2. A Reorganização na oferta de cuidados de saúde no distrito de Bragança	32
2.1 Dicotomia entre Serviços de Atendimento Permanentes e Consulta Aberta nos Centros de Saúde	33
2.2 Caracterização da Rede de Urgências	35
II-ESTUDO EMPÍRICO	36
2.1 Caracterização do estudo	36
2.2 Formulação de hipóteses de investigação	37
2.3 Instrumento de recolha de dados	38
2.4 Recolha de dados	38
2.5 População e amostra	39
2.6 Caracterização da amostra	39
3. Apresentação, análise e discussão dos resultados	42
3.1 Análise Descritiva	42
3.2 Análise Inferencial	60
Conclusões, limitações e sugestões para investigação futura	66
Referências Bibliográficas	68
Anexo	73

Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> Organograma do Ministério da Saúde, adaptado.	21
<i>Figura 2.</i> Os serviços de saúde na ULS do Nordeste.....	33
<i>Figura 3.</i> Rede de Urgências na ULS do Nordeste em 2013.....	35
<i>Figura 4.</i> Razões para preferir a Consulta Aberta.....	45
<i>Figura 5.</i> Opinião sobre o movimento da Consulta Aberta.....	45
<i>Figura 6.</i> Resultado da ida à consulta aberta.....	52
<i>Figura 7.</i> Informação transmitida ao utente quando vai à Consulta Aberta.....	52
<i>Figura 8.</i> Respostas positivas, para melhorar o acesso aos cuidados de urgência.....	58
<i>Figura 9.</i> Respostas negativas: para melhorar o acesso aos cuidados de urgência.....	58
<i>Figura 10.</i> Comparação das respostas negativas em função da prioridade das respostas positivas.....	59

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas.....	40
Tabela 2. Distribuição da idade dos inquiridos.....	40
Tabela 3. Distribuição da amostra por Centro de Saúde.....	41
Tabela 4. Consulta Aberta.....	43
Tabela 5. Motivos que levam os utentes a recorrerem à Consulta Aberta	43
Tabela 6. Razões para preferir a Consulta Aberta	44
Tabela 7. Perceção do utente relativamente ao desempenho dos médicos	47
Tabela 8. Perceção do utente relativamente ao desempenho dos enfermeiros.....	49
Tabela 9. Perceção do utente relativamente ao desempenho dos assistentes técnicos	50
Tabela 10. Perceção do utente relativamente ao desempenho dos assistentes operacionais	51
Tabela 11. O que fazer em caso de emergência, urgência e quando necessita de uma consulta médica não programada	53
Tabela 12. Reorganização dos serviços de urgência no distrito de Bragança	55
Tabela 13. Satisfação com a rede de urgência	57
Tabela 14. Melhorar o acesso aos cuidados de urgência implica:	59
Tabela 15. Relação entre o género e a consulta aberta.....	60
Tabela 16. Relação entre o entendimento/finalidade da Consulta aberta e o concelho de residência.....	61
Tabela 17. Relação entre o concelho de residência e as razões de preferência da consulta aberta	62
Tabela 18. Relação entre o que entende por consulta aberta e os procedimentos a ter em caso de emergência, urgência e consulta médica não programada	64
Tabela 19. Relação entre a finalidade da consulta aberta e os procedimentos a ter em caso de emergência, urgência e consulta médica não programada	65

Introdução

Os serviços de urgência, têm vindo a ser reestruturados, ao longo dos tempos, não só pela despesa que estes acarretam para o SNS mas também porque cada vez mais é importante garantir a acessibilidade aos cuidados urgentes. Neste sentido, debatem-se problemas da sobrelotação dos serviços de urgência, racionalização de recursos financeiros e humanos e prevê-se a necessidade de alterar as características e os pontos da rede de urgência.

A preocupação com a reestruturação das urgências teve o seu início em 1996, no entanto só no ano de 2001 é que foi implementada a rede de referência de Urgência/Emergência que prevê dois tipos de SU, o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e o Serviço de Urgência Polivalente (SUP), surgindo mais tarde as Unidades Básicas de Urgência, com parcerias entre os hospitais nível I e os centros de saúde, que contribuiriam para o descongestionamento das urgências dos hospitais mais diferenciados (Rede de Referência Hospitalar [RRH], 2001 e Oliveira, 2008).

Assente no princípio de garantir segurança e boas práticas no atendimento de situações emergentes e urgentes bem como organizar e rentabilizar os recursos existentes, em 2006, o Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de apoiar o processo de requalificação das urgências criou, através do Despacho nº 17736/2006, a Comissão Técnica de Apoio do Processo de Requalificação das Urgências (CTAPRU). Neste enquadramento, importa perceber que emergência corresponde a uma situação grave com risco iminente de falência das funções vitais e urgência à situação onde existe potencial risco de falência das funções vitais.

A acessibilidade a cuidados urgentes não implica um Serviço de Urgência (SU) em proximidade mas, em muitas situações, esta pode ser garantida, com eficácia e eficiência, através da triagem inicial de situações que carecem de orientação e encaminhamento por via de meios qualificados e rápidos para um local dotado das valências e logísticas adequadas.

Uma vez que o atendimento urgente e emergente exige um sistema organizado e hierarquizado de prestação de cuidados, transporte e comunicações, o MS, através do Despacho nº 18459/2006, de 30 de julho de 2006, procedeu à atualização da rede de SU do SNS, definindo as características da rede, os níveis de resposta e os respetivos pontos de referência. Em concordância, foram definidos três níveis de urgência, a saber: urgência polivalente, urgência médico-cirúrgica e urgência básica.

Importa, ainda, referir que neste processo de mudança é importante manter uma rede de cuidados de proximidade às populações, principalmente nas zonas isoladas. Para tal, a CTAPRU propôs a consignação de Consultas Abertas para situações agudas, recentes, não urgentes e não programadas, em horário prolongado, para que estas não sejam indevidamente encaminhadas e resolvidas nos SU. Referiu, também, que os conceitos de Serviço de Atendimento Permanente (SAP) e Serviço de Atendimento de Situações Urgentes (SASU), não devem ser reforçados, uma

vez que estes serviços possuem logística de Consulta e não de Serviços de Urgência (Marques, 2007a,b).

Esta realidade, que tem vindo a comprometer os níveis de satisfação e qualidade na assistência aos cidadãos e a gestão dos recursos financeiros na saúde, conduzindo à reorganização dos Serviços de Urgência no quadro da qual se inscreve e justifica o nosso objeto de estudo.

Nesta concordância, vamos procurar avaliar qual a percepção dos utentes do ACES Nordeste face ao encerramento do SAP, decorrente da reorganização dos SU. A escolha surge do fato da mestrandia prestar cuidados de saúde e observar a falta de informação no que respeita aos conceitos entre o que é a Consulta Aberta, SAP/SASU, bem como o desconhecimento destas reformas por parte da população.

Pareceu-nos, por isso, tão pertinente quanto atual a realização deste estudo e acreditamos poder contribuir com resultados capazes de proporcionar à população do distrito de Bragança informação sobre a reorganização dos SU bem como a forma mais correta de os poder utilizar.

A formulação do problema de investigação passa pela seleção prévia de um tema ou domínio que se considere problemático e posteriormente pelo estruturar da questão (Fortin, 1999). A questão de investigação tem de ser explícita relativamente ao problema em estudo, “é um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, específica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 1999, p.51). Assim, constituem questões de investigação do presente estudo:

1. *Os utentes do distrito de Bragança conhecem o funcionamento da Consulta Aberta nos Centros de Saúde? e*
2. *A reorganização dos serviços de urgência influencia a utilização dos serviços de saúde?*

Assim, tendo em conta a problemática em estudo, o objectivo principal que orienta esta investigação é compreender qual é o entendimento que os utentes têm do funcionamento da Consulta Aberta nos Centros de Saúde do distrito de Bragança.

Na tentativa de obter respostas às questões de investigação e ao objetivo que orientam esta investigação, definem-se os seguintes objetivos específicos:

1. Avaliar se o género tem influência na compreensão do serviço de Consulta Aberta;
2. Avaliar se o concelho de residência tem influência na compreensão do serviço de Consulta Aberta;
3. Avaliar se o concelho de residência influencia a preferência pelo serviço de Consulta Aberta;
4. Compreender se o entendimento de Consulta Aberta influencia a forma de agir em caso de emergência, urgência e consulta médica não programada;
5. Compreender se o entendimento que se tem das finalidades da Consulta Aberta influencia a forma de agir em caso de emergência, urgência e consulta médica não programada.

Atendendo aos objetivos propostos, este trabalho surge estruturado em, para além desta introdução onde contextualizamos o estudo e apresentamos os objetivos específicos e das necessárias conclusões e limitações do estudo, em dois grandes pontos. Um primeiro, de enquadramento teórico, onde abordámos as principais reformas do sistema de saúde português, nomeadamente a emergência médica em Portugal e a Reorganização na oferta de cuidados de saúde no distrito de Bragança e o segundo que denominámos de componente empírica onde é descrita a metodologia, a população e amostra e o instrumento de recolha de dados, assim como a análise e tratamento de dados e respetiva discussão.

I-ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O Sistema de Saúde Português: principais reformas

As mudanças nas políticas de saúde vêm acontecendo um pouco por todo o mundo ainda que na Europa tenham sido mais evidentes a partir de 1980, apresentando como principal objetivo a necessidade de controlar a despesa e garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Em Portugal, tal como nos outros países com serviços nacionais de saúde, universais, financiados através dos impostos onde o Estado tem um papel relevante e a despesa em saúde tem um peso considerável na despesa pública, seguiram-se políticas semelhantes para enfrentar as pressões de (in)sustentabilidade, utilizando como estratégia a separação do Estado como regulador, financiador e prestador de cuidados. Mesmo assim, ainda hoje, se mantém um sistema público, financiado por impostos, que funciona como seguro público, universal e obrigatório. “O Estado permanece, prestador de serviços de saúde e proprietário de uma parcela significativa do sistema” (Silva, 2012, p.123)

A primeira tentativa de criar um sistema de saúde público teve início em 1899, quando o Dr. Ricardo Jorge organizou os Serviços de Saúde e Beneficência Pública, mas só mais tarde, em 1903, é que esta organização entra em vigor. A prestação de cuidados de saúde era uma atividade essencialmente privada, cabendo ao Estado a assistência aos pobres (Portal da Saúde, 2010).

A segunda reforma no sistema de saúde teve início em 1945 com a publicação do Decreto-lei nº 35108, de 7 de novembro. Nesta época a falta de condições sanitárias no país era por demais evidente, dando origem à criação de institutos destinados à resolução de problemas como a tuberculose e a saúde materna. Para tanto, é criada em cada distrito uma Delegação de Saúde e em cada concelho uma Subdelegação. Esta reforma prevê, ainda, a criação de outras instituições com autonomia técnica e administrativa, como os Hospitais Civis de Lisboa e os Hospitais da Universidade de Coimbra (Simões, 2004).

Em 1946 é publicada a Lei nº 2011, de 2 de abril, que vem estabelecer a base para a organização de uma rede hospitalar, iniciando-se a construção de hospitais que foram entregues às Misericórdias. Começa aqui a regionalização hospitalar, com a criação de hospitais concelhios, distritais e de zona (Campos, 1983 citado por Simões, 2010).

Mais tarde, em 1968, com a publicação dos Decretos-leis nº 48357 e nº 48357, de 27 de abril, assiste-se à regulamentação dos hospitais e das carreiras dos profissionais da saúde, nomeadamente médicos, enfermeiros, administração e farmácia e é, em simultâneo, criado o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais, respetivamente.

Em paralelo, assiste-se, no país, a importantes transformações ocorridas na sociedade, nomeadamente a Revolução de 1974, que potencia a maior reforma no sistema de saúde em Portugal, vulgarmente designada como terceira reforma ou reforma de Gonçalves Ferreira, com início em 1971, pela publicação do Decreto-lei nº 413, de 27 de setembro. Apresenta, como principal pilar, o reconhecimento ou assunção de que o Estado tem a responsabilidade de assegurar o direito à Saúde a todos os cidadãos e, com ela, a criação do SNS e dos centros de saúde (CS) de primeira geração, dedicados essencialmente aos problemas de saúde pública, tais como a vigilância materna e infantil, a vacinação, a saúde escolar e atividades de saúde ambiental (Pereira & Costa, 2007). No seguimento desta reforma e com a Revolução de 25 de abril de 1974, ocorreu a nacionalização dos serviços de saúde perspetivando oferecer a toda a população o acesso à saúde, independentemente da forma de pagamento (Barros, 2008).

Importa, porém, referir que antes da verdadeira criação do SNS, em 1979, no ano de 1978 havia sido publicado o Despacho “Arnaut”, que antecedeu o SNS e que veio permitir a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva, o acesso aos Serviços Médico-Sociais, garantindo-se assim, pela primeira vez, a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação medicamentosa (Portal da Saúde, 2010).

Em 1982 aparecem os primeiros médicos de família e em 1983, pelo Despacho Normativo nº 97/1983, são criados os Centros de Saúde de segunda geração, unindo os Centros de Saúde de primeira geração com os serviços médico-sociais das Caixas de Previdência e com os hospitais concelhios (Gouveia, Silva, Oliveira & Miguel, 2006).

De acordo com Biscaia (2006), a quarta reforma do sistema de saúde português corresponde ao período de 1985 e 1994, com a publicação da Lei de Bases da Saúde, Lei nº 48/90, de 24 de agosto, e da Lei nº 22/1993, de 15 de janeiro, referente ao Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Nesta época, o aumento da despesa em saúde acentua-se e é aprovada a lei da gestão hospitalar, com a publicação do Decreto-lei nº 19, de 21 de janeiro. Refira-se, a este propósito que a Lei de Bases da Saúde (Base 1 da Lei nº 48/1990, de 24 de agosto) estabeleceu orientações importantes para a prossecução dos objetivos do SNS, nomeadamente:

“...a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade (...); o Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis; a promoção e a defesa da saúde pública são efetuadas através da atividade do Estado e de outros entes públicos; os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos.”

Esta Lei de Bases da Saúde permite incutir nos cidadãos a responsabilidade da sua saúde e consequentemente o dever de a defender e de a promover (Campos, 2001).

Porém, na tentativa de controlar os gastos públicos em saúde, Biscaia (2006) refere-se à importância de gerir os serviços e o conceito de Saúde “tendencialmente” gratuita. A necessidade de ver reduzidos estes gastos deu lugar à publicação do Decreto-lei nº 54/1992, de 11 de abril, relativo às taxas moderadoras de acesso aos serviços de urgência, às consultas e a meios

complementares de diagnóstico e terapêutica em regime de ambulatório, bem como às suas isenções. Estas taxas constituíam-se em receita para o SNS (Santos, 1987, citado por Simões, 2010).

O ano de 1995 marcaria o início de um novo ciclo político e governativo e com ele, o início de uma nova reforma, a quinta reforma no sistema de saúde, respeitante ao período de 1996 a 2002 e considerado como “Uma Nova Gestão Pública” (Gago, 2008). De acordo com (Simões, 2004, p.69), esta nova etapa na política de saúde procura “uma solução intermédia entre os sistemas públicos convencionais de comando e controlo e a gestão mais empresarial do sistema”.

Várias iniciativas foram tomadas neste período com a intenção de obter ganhos em saúde e aumentar a satisfação dos utentes e dos profissionais. Este propósito levou à criação de um regime remuneratório experimental (RRE) dos médicos de clínica geral, publicado pelo Decreto-lei nº 117, de 5 de maio, com o objetivo de consolidar e expandir as reformas da organização da prestação dos cuidados através do reconhecimento do desempenho dos profissionais de saúde (Portal da Saúde, 2010). Em seguida foi instituído o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), conforme o Decreto-lei nº 156, de 10 de maio, que engloba os centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção direta ou indireta na área da saúde, que se complementam e organizam segundo critérios geográficos e populacionais. No seguimento da publicação deste diploma e pelo Decreto-lei nº 374, de 18 de Setembro, foram criados os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) nos hospitais do SNS. Pretendia-se que os CRI se constituíssem em estruturas orgânicas de gestão intermédia que, sem quebrar a unidade de conjunto, tivessem poder decisório e possibilitassem a descentralização da tomada de decisão.

Ainda dentro desta fase, no ano de 1999, viria a ser estabelecido o novo regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, pelo Decreto-lei nº 157, de 10 de maio, instituindo os centros de saúde de terceira geração que, acordo com Branco e Ramos (2001, p.7), surgem organizados em “unidades operativas com missões complementares”.

A sexta reforma no sistema de saúde compreende os anos de 2002 a 2005, que Gago (2008) apelidou de “Nova Agenda Política” e que Biscaia (2006) classificou como essencial para os cuidados hospitalares. Surgem aqui os novos modelos de gestão, com as parcerias público-privadas para construir e gerir novos hospitais, que consubstanciam um tipo específico de organizações (Fialho, 2008). Assim, em 2002 foi adotada a nova Lei de Gestão Hospitalar, pela Lei nº 27, de 8 de novembro, que introduziu fortes alterações na Lei de Bases da Saúde, definindo um novo modelo de gestão hospitalar de tipo empresarial, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integravam a rede de prestação de cuidados de saúde. Esta reforma hospitalar “pretendia libertar os hospitais do enquadramento burocrático e administrativo que enformava o seu estatuto jurídico, privilegiando maior independência, agilidade e adotando definitivamente natureza e gestão empresarial” (Reis & Falcão, 2003, p.10). Este período suportou, ainda, a preparação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 com o objetivo de reunir estratégias de

combate à doença e de promoção da saúde, organizar as parcerias público privadas e a nova lei de gestão hospitalar, reconfigurar os Cuidados de Saúde Primários, criar a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), a política do medicamento, preparar o diploma da criação da rede de cuidados continuados e introduzir o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas.

Em 2003 nasce a rede de cuidados de saúde primários, constituída pelos CS do SNS, pelas entidades do sector privado, profissionais liberais e outras instituições com contratos e acordos com o SNS que prestem cuidados de saúde primários aos utentes do SNS. Esta rede apresenta como principal missão a promoção da saúde e a prevenção da doença, “bem como a gestão dos problemas de saúde, (...) tendo em conta a sua dimensão física, psicológica, social e cultural, (...), através de uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e a comunidade em que se insere” (Artigo 1º, Decreto-lei nº 60/2003, de 1 de abril). Com esta rede foi revogado o diploma dos CS de terceira geração e deu-se início a um novo modelo de organização de CSP (Gouveia *et al.*, 2006). Com o objetivo de moderar, racionalizar e regular o acesso à prestação de cuidados de saúde, surge, ainda, neste ano a Lei nº 173, de 1 de agosto, relativa às taxas moderadoras. Aparece, também, a ERS, por via do Decreto-lei nº 309, de 10 de dezembro, e instala-se, por esta via, a separação da função do Estado enquanto regulador e supervisor com relação às suas funções de operador e de financiador.

Por fim, aquela a que podemos chamar a última reforma, porque permanece até à actualidade, teve o seu início em 2005, com a nova reforma nos CSP, com a criação de um Grupo Técnico para a Reforma dos CSP com a missão específica de desenvolver a metodologia para a criação de Unidades de Saúde Familiares (USF) (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2006). A Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), criada na dependência do Ministério da Saúde, pela Resolução do Conselho de Ministros nº 157, de 22 de setembro, tinha como objetivo reformar os cuidados de saúde primários e, conseqüentemente, reconfigurar os CS, implementando as USF que, de acordo com (MCSP citado por Farinha, 2007, p.4):

“...definem-se como uma unidade com autonomia técnica e funcional, sem personalidade jurídica, mas com um novo modelo organizacional, leve e flexível, para uma prestação de cuidados de saúde, aos indivíduos (mínimo de 4000 e máximo de 18.000) e às famílias, de maior proximidade e de elevado nível de qualidade.”

Em 2006, tendo em conta o aumento do envelhecimento da população, da esperança média de vida e do número de doentes crónicos com elevados níveis de dependência, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), através do Decreto-lei nº 101, de 6 de junho.

A par destas reformas nos CSP, assiste-se à criação dos ACES do SNS, pelo Decreto-lei nº 28, de 22 de fevereiro, com o objetivo de dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários e permitir uma gestão rigorosa e equilibrada e, simultaneamente, uma melhoria no acesso aos cuidados de saúde. Nos termos do Artigo 7º nº1 do referido Decreto-lei nº 28, os ACES podem compreender diferentes unidades funcionais, nomeadamente as USF, unidades de

cuidados de saúde personalizados (UCSP), unidade de cuidados na comunidade (UCC), unidade de saúde pública (USP) e unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP).

Esta última reforma ao sistema de saúde fica, também, marcada pela reconfiguração dos SU, assunto fulcral e em torno do qual se desenvolve a realização deste trabalho.

Neste particular, cabe referir que a Requalificação das Urgências Hospitalares teve o seu início em 2006 apresentando como objetivo normalizar a afluência de atendimentos, evitar o uso inapropriado destes serviços e promover a melhoria da qualidade do serviço (Campos, 2008). Neste sentido, o Despacho nº 17736/2006, de 31 de agosto, criou, na dependência do MS, a Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência Geral com a missão de apoiar o processo de requalificação das mesmas.

Considerando as propostas da Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência Geral, surge o Despacho nº 18459/2006, de 12 de setembro, que vem definir as características da rede de serviços de urgência bem como a distribuição geográfica dos pontos de urgência classificados a partir de três níveis, Serviço de Urgência Polivalente (SUP), Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC) e Serviço de Urgência Básica (SUB).

Em jeito de síntese, podemos dizer que todas as reformas implementadas ao longo dos tempos, nomeadamente as que suportam a reorganização da oferta de cuidados de saúde e a requalificação dos serviços de urgência, tendem, pelo menos fazem-se assentar nesse propósito, a melhorar a eficiência e eficácia do SNS.

Por outro lado, também podemos dizer, com base na leitura dos diferentes diplomas em que se fizeram assentar as sucessivas reformas, que o sistema de saúde português se caracteriza pela coexistência do SNS com os subsistemas de Saúde e com os seguros voluntários de saúde.

Neste particular, cabe ao MS a responsabilidade pelo desenvolvimento das políticas de saúde, nomeadamente na regulação, organização e gestão global do SNS. Nestes termos, o MS é hoje constituído por diferentes instituições, que detém sob administração direta ou indireta, com é o caso do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e das Administrações Regionais de Saúde (ARS) ou dos Setores Empresarias do Estado, onde se incluem as Unidades Locais de Saúde, conforme se pode analisar a partir do organograma que se apresenta na Figura 1 que se segue.

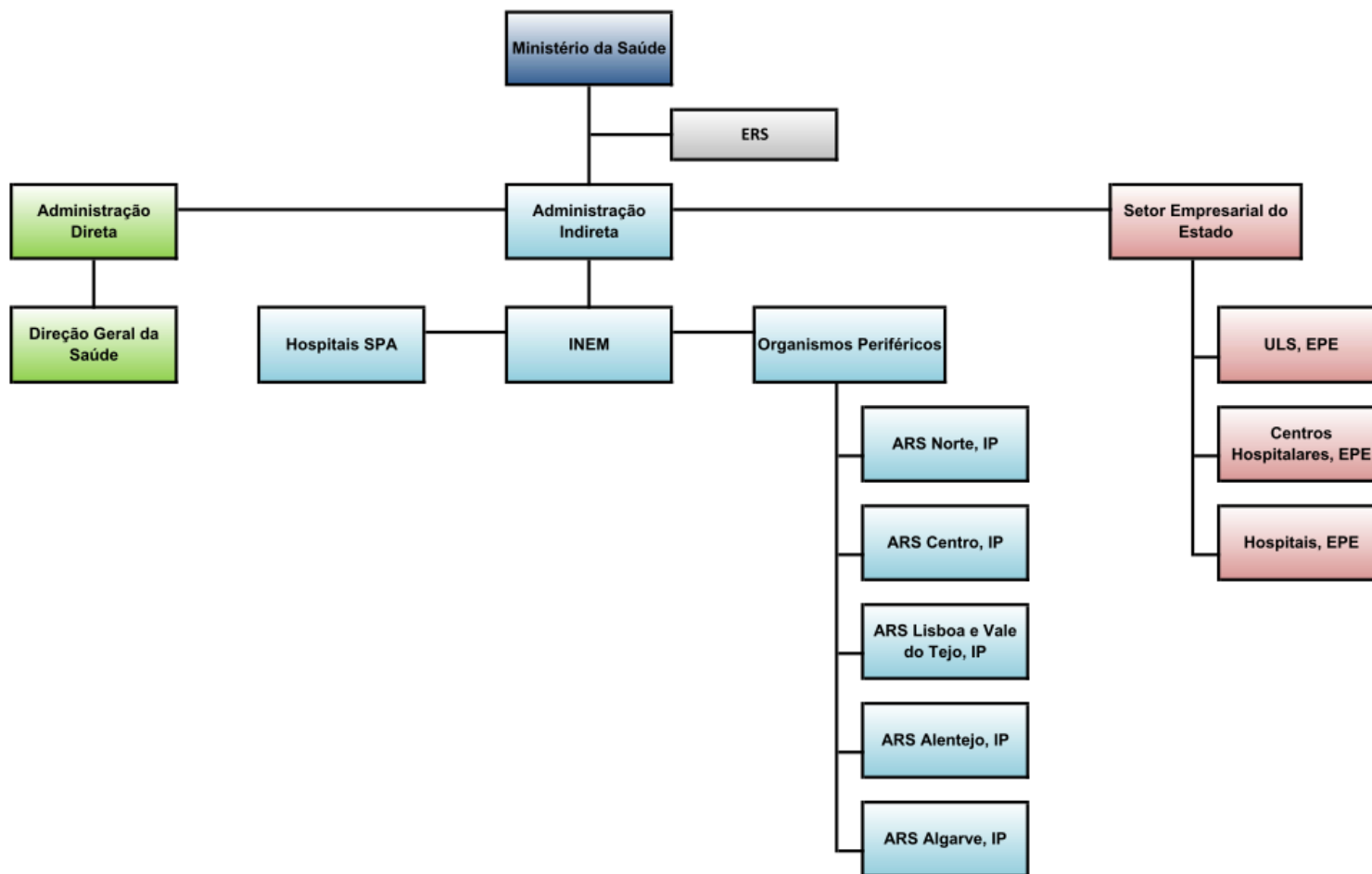


Figura 1. Organograma do Ministério da Saúde, adaptado.

Fonte: Adaptado de <http://www.portaldasaude.pt>

1.1 O Serviço Nacional de Saúde

O Serviço Nacional de Saúde foi criado na dependência da Secretaria de Estado da Saúde do Ministério dos Assuntos Sociais, pelo Decreto-lei nº 56/1979 de 15 de setembro. Nos termos deste diploma referido, o SNS viria a ser constituído por um conjunto de órgãos e serviços que atuavam de forma articulada e sob direção unificada, gestão descentralizada e democrática e tinham como objetivo a prestação de cuidados de saúde globais a toda a população. Para tal, foi-lhe atribuída autonomia administrativa e financeira e foi dotado de órgãos centrais, regionais e locais e de serviços prestadores de cuidados primários e diferenciados, prevendo-se que fosse “apoiado por estabelecimentos de ensino capazes de formar e aperfeiçoar os profissionais de saúde” (Artigo 18º, nº 2).

Nos termos da Lei de Bases da Saúde, Lei nº48/1990, de 24 de agosto, o SNS caracteriza-se por ser universal, prestar integralmente cuidados globais de saúde ou garantir a sua prestação, ser tendencialmente gratuito, garantir a equidade no acesso e ter uma gestão descentralizada e participada. O seu financiamento é essencialmente feito através da “tributação geral e contribuições compulsórias para os subsistemas públicos de saúde” (Paulo, 2010, p.7).

Atualmente, e de acordo com o Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-lei nº 11/1993, de 15 de janeiro, o SNS é um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, designadamente os ACES, os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação, e as ULS, dependentes do MS, conforme se ilustra na Figura 1, acima representada.

Da análise ao período de existência do SNS é possível identificar seis fases (Carapinheiro, Pinto, 1986 & Campos, 2011 citado por Silva, 2012, pp.122-123):

- a) De 1970 a 1982, fase de criação e expansão do SNS;
- b) De 1982 a 1995, período que registou a mudança da fronteira entre público e privado;
- c) De 1995 a 2002, fase de expansão ou crescimento dos serviços existentes e em que é visível o recuo na narrativa da privatização do SNS. Foi, também, neste período que se assistiu ao desenvolvendo das políticas de criação de um mercado interno;
- d) De 2002 a 2005, período de combinação de estratégias centradas na eficiência do sistema com um discurso centrado na mudança para um sistema misto entre público e privado e de substituição do Serviço Nacional de Saúde por um Sistema Nacional de Saúde;
- e) De 2005 a 2009, fase marcada por políticas que acentuam a manutenção da referência ideológica do SNS e o alargamento e modernização de serviços, ao mesmo tempo que se mantêm e acentuam as estratégias que visam os ganhos de eficiência; e
- f) Após 2010, período que vivemos e que marca a aplicação de medidas de austeridade impostas pelas revisões do Programa de Estabilidade e Crescimento e pelas obrigações do Estado português no âmbito do Plano de Assistência Financeira.

1.1.1 Cuidados de Saúde Primários

A primeira referência aos Cuidados de Saúde Primários surgiu em 1920, no Reino Unido, no relatório Dawson, e onde surgem estabelecidos os seguintes três níveis de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais - escola (Starfield, Shi, & Macinko, 2005). Mais tarde, na Declaração de Alma-Ata, em 1978, surgem definidos os CSP como a chave para se atingir um nível de saúde capaz de permitir a todos uma vida económica e socialmente produtiva (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2009).

Os cuidados de saúde primários são considerados um bem essencial, universalmente acessíveis a todos os indivíduos e famílias, enquanto cuidados de primeiro contacto, longitudinais, globais e holísticos e integráveis com os restantes níveis de cuidados (Starfield, 2007). De acordo com Zurro e Pérez (1991), os CSP caracterizam-se por serem integrais, integrados, contínuos e permanentes ao longo de toda a vida, ativos e acessíveis, multidisciplinares, programados e avaliados e que possibilitem o ensino e a investigação, podendo assim ser considerados como a chave de um sistema de saúde (Nunes & Rego, 2002).

Porém, Sakellarides (2001, p.101), defende que os CSP “acontecem todos os dias, quando as pessoas comuns aprendem ou fazem alguma coisa de útil à sua saúde e à dos que lhes estão próximos, sempre que comunicam com alguém habilitado a ouvi-los e apoiá-los sobre as suas dúvidas, medos, fantasias, angústias, preferência ou necessidades de saúde.”

Os CSP têm por finalidade alcançar “um potencial de saúde para todos, através da promoção e proteção da saúde dos indivíduos ao longo da vida e da redução da incidência e dos danos relativos às principais doenças e lesões assentes numa estratégia fundamental que consiste no reforço dos CSP orientados para a comunidade e família” (Castro, 2005, p.28). Em qualquer sistema de saúde, os CSP têm como elementos estruturantes a acessibilidade, a globalidade, a coordenação, a longitudinalidade, a responsabilização das entidades prestadoras de cuidados, a participação comunitária, a focalização na comunidade e a auto-responsabilização dos cidadãos (Biscaia *et al.*, 2006). A centralidade do cidadão reconhece a importância do acesso fácil e atempado aos CSP com o Estado a ter um papel determinante neste âmbito (Antunes, 2001), enquanto entidade que garante no imediato o acesso ao maior número de cuidados diversificados e assentes em linhas de orientação precisas ao longo da vida do indivíduo (Biscaia *et al.*, 2006).

Inerente à sua evolução, os CSP visam seguir uma lógica pró-ativa e de antecipação, que torna imperativo um conjunto de atitudes, vontades e esforços adicionais para viabilizar este tipo de cuidados (Simões, 2004). Ao longo das décadas, estes têm vindo a assumir formas diversas embora sempre com objetivos semelhantes nos diversos países europeus (Saltman, Rico & Boerma, 2006).

Os sistemas de saúde fundamentados nos CSP apresentam mais vantagens que aqueles que se baseiam nos cuidados hospitalares (Biscaia *et al.*, 2006; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2008) e permitem a obtenção de melhores resultados quanto à saúde da população, proporcionam

maior equidade, acessibilidade, continuidade dos cuidados, menores custos, melhor relação custo-efetividade e maior satisfação dos cidadãos (Starfield, Shi, & Macinko, 2005).

Os CSP apresentam como principais desafios aumentar a equidade em saúde, a confiança nas autoridades de saúde, orientar os sistemas de saúde para as pessoas e promover e proteger a saúde das comunidades (OMS, 2008).

Em suma, os CSP representam um elemento fundamental num sistema de saúde, alvo de investimento por parte das políticas governamentais, prestadores, indivíduos e comunidades, visando sempre a contínua melhoria, universalidade e acessibilidade dos cuidados de saúde para que estes se aproximem cada vez mais dos locais onde a população vive e trabalha (OMS, 2008).

1.1.1.1 Os Centros de Saúde

O Centro de Saúde é considerado uma unidade integrada, polivalente e dinâmica que presta cuidados de saúde primários a indivíduos, famílias e comunidades, visa a promoção da saúde e a prevenção da doença (Despacho Normativo nº 97/1983). Segundo Simões (2005), os CS foram criados pelo Decreto-lei nº 413/1971, de 27 de setembro, e mais tarde reformulados com a institucionalização das primeiras ARS, pelo Decreto-lei nº 254/1982, de 29 de junho, regulamentados pelo Despacho Normativo nº 97/1983, de 28 de fevereiro, e recriados pelo Decreto-lei nº 157/1999, de 10 de maio.

Nos termos do Decreto-lei nº 157 os CS apresentam como objetivo primordial a melhoria do nível de saúde da população da área geográfica por eles abrangida, a promoção e vigilância da saúde e prevenção da doença, desenvolver e contribuir para a investigação em saúde e participar ativamente na formação de diversos grupos profissionais. Devem, ainda, assegurar aos utentes a maior acessibilidade aos cuidados de saúde, nomeadamente através do princípio de atendimento no próprio dia e marcação de consultas programadas. Apresentam como horário de funcionamento normal o período compreendido entre as 8 e as 20 horas, podendo ser alargado até às 24 horas, incluindo sábados, domingos e feriados em função das necessidades em saúde da população, das características geodemográficas da área por eles abrangida e da disponibilidade de recursos.

Os centros de saúde representam, assim, a infraestrutura organizativa dos CSP e cobrem todo o território nacional tendo, para isso, sofrido várias modificações ao longo dos tempos (Branco & Ramos, 2001). De acordo com Cortez (2009), no período de 1971 a 2003 podemos considerar três gerações de centros de saúde:

- i. Uma primeira que surge em 1971, dela fazendo parte entidades dirigidas para a prevenção da doença e para a saúde pública, e cujas atividades incluíam programas de vacinação, vigilância de saúde da grávida e da criança, saúde escolar e atividades de autoridade sanitária (Simões, 2005);

- ii. A segunda, estruturada pelo Despacho Normativo nº 97/83, de 22 de abril, que veio definir o CS como uma unidade integrada, polivalente e dinâmica, prestadora de cuidados primários e que visava a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença dirigindo, globalmente, a sua ação ao indivíduo, à família e à comunidade. Estes CS surgiram da integração entre os serviços médicos-sociais das caixas de previdência e os novos centros de saúde, em resultado nos designados centros de saúde de segunda geração (Ramos, 2007); e
- iii. A terceira, que ocorreu em 1999, aquando da publicação da Lei nº 157/1999, de 10 de maio, que estabeleceu o novo regime de criação, organização e funcionamento dos CS.

De acordo com Redondo (2009), até 1 de março de 2009 cada CS dependia, orgânica e funcionalmente, da Sub-região de Saúde (SRS) da sua área, momento a partir do qual, por força da publicação da Portaria nº 274/2009, de 18 de março, foram extintas todas as SRS e criados os ACES. Porém, nos termos do artigo 7º nº 2 e nº 3 do Decreto-lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, “em cada CS componente de um ACES funcionam, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta. Cada ACES tem somente uma USP e uma URAP.

Os CS são o pilar do sistema de saúde (Simões, 2004). Porém, todas as tentativas de reorganizar e regulamentar os CS fracassaram como consequência de mudanças de Governo. Foi o caso da proposta de 1999, que garantia, de dentre outras, a autonomia financeira e administrativa aos CS, a contratação, pela ARS, de equipas multiprofissionais, da tentativa, em 2003, de introduzir uma nova regulamentação para a rede de cuidados de saúde primários e a possibilidade dos CS terem um diretor não médico, com a gestão a poder ser confiada a entidades privadas ou a grupos de profissionais de saúde (Campos, 2008). Em 2006, o Governo aprovou outra reforma que veio introduzir alterações nos modelos organizativos e de financiamento dos cuidados de saúde primários. Esta reforma cria as USF, equipas multidisciplinares, remuneradas parcialmente com mecanismos de incentivos que incluem, de entre outros, suplementos relacionados com a dimensão da lista de utentes, consultas domiciliárias, número de horas de trabalho, compensações por desempenho, atividades de vigilância específicas relativamente a doentes vulneráveis ou em risco e serviços adicionais. Esta reforma inclui também a reestruturação dos cuidados de saúde primários, no sentido da reconfiguração e autonomia dos CS, a reestruturação dos serviços de saúde pública, a implementação de ULS e o desenvolvimento de sistemas de informação (Campos, 2008).

1.1.2 Os Serviços de Urgência e a nova Rede de Urgências

O recurso ao SU de forma inapropriada é um problema comum em diversos países (Carret, Fassa & Domingues, 2009), e Portugal não é exceção, sendo uma preocupação constante e elemento de reflexão do SNS levando a significativas mudanças, sobretudo porque os SU, transformaram-se, progressivamente, na porta de entrada no SNS.

Outro dos problemas no funcionamento dos SU é a sobrelotação deste serviço, que para além de aumentar os tempos de espera, também pode por em risco a vida dos seus utilizadores e diminuir a qualidade dos serviços prestados e consequentemente aumenta a despesa (Moskop, Sklar, Geiderman, Schears & Bookman, 2009).

De acordo com (Northington, Brice & Zou, 2005) e (Tsai, Liang & Pearson, 2010), cerca de 33-50% das visitas ao SU são originadas por casos considerados não urgentes. A falta de acessibilidade aos CSP e as próprias características do SU, de funcionar 24 horas por dia, não é necessário marcação e o fácil acesso ao médico especialista e a exames complementares de diagnóstico e a percepção por parte do utente de que o seu caso é urgente, são as principais razões para esta ocorrência (Oliveira, 2008).

Os SU são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em situações de urgência e emergência médicas (Despacho Normativo nº 11/2002, de 6 de março). Neste contexto, urgência são todas as situações clínicas de instalação súbita, onde existe risco de falência das funções vitais. Aliás, as situações de emergência distinguem-se das situações de urgência uma vez que nestas está iminente ou instalada a falência súbita de funções vitais (RRH, 2001). Porém, grande parte dos utentes recorre aos serviços de urgência por livre iniciativa, ultrapassando muitas vezes outros recursos de saúde. Diversos estudos demonstram que a maioria não apresenta situações de verdadeira urgência, o que parece refletir falta de informação ou ineficaz resposta nos cuidados de saúde primários (Pego, 1998, Vaz & Catita, 2000 e Oliveira, 2008). A este respeito, Nunes (2008)¹ defende que “o SU não deve ser a porta de entrada no sistema de saúde para os casos não urgentes. A missão do SU deve consistir na abordagem de situações urgentes e emergentes, competindo a outras estruturas promover a resposta às situações não urgentes.”

A construção de uma rede de resposta articulada para as situações de urgência e emergência tem sido desde 1996 até à data, uma preocupação do MS.

Para que o processo de requalificação dos SU seja implementada de forma eficaz e equitativa é necessário definir os pontos da rede de urgências e a respetiva rede de referência.

Em 1996, foi criada a Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências, que definiu os princípios precursores da Rede de Referência das Urgências consagrada em 2001.

Em 2001 a RRH, assente na necessidade de atender as situações que carecem de referência hospitalar para unidades que permitam o seu correto atendimento, foram definidos dois níveis de serviços de urgência, as Médico-Cirúrgicas e as Polivalentes. Porém, apesar de terem sido definidos estes dois serviços de urgência, continuavam a existir zonas em que o acesso aos Hospitais não se encontra assegurado. A consciência desta realidade levou, em 7 de fevereiro de 2002, à criação das unidades básicas de urgência, definidas pela Lei nº 157/1999, de 10 de maio.

¹ Em comunicação pessoal proferida no âmbito de um encontro promovido entre os dias 25 a 28 de junho.

Estas unidades, integradas nos centros de saúde, tinham como função a prestação de cuidados de carácter urgente a populações em que o acesso à referida rede não se encontrava garantido.

Posto isto, em 2007, a CTAPRU, considera fundamental promover a equidade de acesso dos cidadãos, a racionalização de recursos, a defesa de uma política de verdade sobre os SU, bem como a procura de soluções que beneficiem os doentes verdadeiramente urgentes e os carentes de cuidados emergentes qualificados.

A mesma Comissão constatou que nesta altura se encontravam em funcionamento serviços de urgência hospitalares que não tinham sido contemplados na RRH de 14 de novembro de 2001. Como exemplo o serviço de urgência do Hospital Distrital de Mirandela e do Hospital de Macedo de Cavaleiros (CTAPRU, 2007, p.7). Assim, propôs, por Despacho nº 17736/2006, de 31 de agosto, níveis, critérios, condições de acesso e localização de Pontos de Rede de Urgência. Como critérios para a nova rede de urgências destacam-se no relatório final da rede de urgências (2007):

1. Três níveis de SU: SUP, SUMC e SUB.
2. Tempo de resposta do socorro ao local.
3. Tempo de trajeto ao SU.
4. Pontos de rede por capitação.
5. Mobilidade sazonal da população.
6. Risco de Trauma.
7. Risco Industrial.
8. Acidente previsível no SU.
9. Horário de funcionamento dos pontos de rede.

Na sequência do trabalho desta Comissão, o Despacho nº 727/2007, de 18 de dezembro, vem alterar “as características da rede de SU bem como os níveis de resposta que a integram e com base nas quais se deve reger a determinação dos pontos de referência que a compõem, até então definidos pelo Despacho nº 18 459/2006 de 12 de setembro. Esta reforma, veio acrescentar outro serviço (SUB) que a anterior rede de referência não previa e permitiu que hoje se vejam assegurados três níveis de serviços de urgência hospitalares, nomeadamente o SUB, o SUMC e o SUP.

Esta hierarquização dos serviços de urgência corresponde a capacidades diferenciadas de resposta para necessidades distintas. Um SUP corresponde ao nível mais diferenciado de resposta à situação urgência/emergência, incorporando as especialidades médicas e cirúrgicas altamente diferenciadas. É típico dos grandes centros urbanos. Um SUMC, habitualmente existente nas capitais de distrito, constitui o segundo nível de atendimento das situações de urgência, integrando especialidades médicas e cirúrgicas, ainda que carecendo de especialidades altamente diferenciadas. Por último, um SUB corresponde ao primeiro nível de atendimento a situações de urgência, com cariz médico (não cirúrgico) que permite o atendimento das situações urgentes com maior proximidade das populações.

De acordo com o relatório da Comissão Técnica, a racionalização da localização dos pontos de rede das Urgências não infringe o direito à saúde e aumenta a acessibilidade aos cuidados de urgência mais adequados. Para isso, “há que compreender que acessibilidade a cuidados

urgentes nem sempre passa pela existência de um SU de proximidade mas que, em muitas circunstâncias, pode ser a garantia, com eficácia e eficiência, através da manutenção da acessibilidade aos cuidados médicos (Consulta), da triagem inicial das situações mais graves e da estratificação do risco e encaminhamento qualificado, em tempo útil, para um centro dotado das valências e logísticas mais adequadas. O conceito de acesso a cuidados de urgência implica a capacidade de possuir um meio de pedido de socorro (112 funcionante), resposta adequada ao local da ocorrência e estabilização durante o transporte (emergência pré-hospitalar qualificada), com encaminhamento correto em função da necessidade clínica (rede de referência organizada) ” (Marques, 2007b, p.1).

A requalificação do SU passa pela reorganização do CS, pelo reforço da assistência domiciliária e pela formação das equipas dos SU e pretende normalizar o fluxo de utentes, evitar o uso inapropriado destes serviços, proporcionando melhoria nos cuidados de saúde urgentes. A reorganização dos SU “pressupõe a redefinição da sua missão no SNS, (...) sendo necessário, a criação de novos SU (Gomes, 2008, p.23).

Campos (2008) refere-se á reforma nos SU como uma forma de se conseguir benefícios no atendimento aos cidadãos. Considera, para tanto, ser necessário requalificar os serviços de urgência da Rede Nacional através da agregação de unidades hospitalares em centros, reforçando a emergência pré-hospitalar com mais meios móveis, sobretudo Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), Viaturas de Suporte Imediato de Vida (SIV), ambulâncias e helicópteros e, ainda, pelo reforço do centro de atendimento telefónico, conhecido pela linha de “Saúde 24”. Refira-se, neste particular, que esta linha foi implementada na esperança de conseguir ligar os portugueses à saúde e racionalizar a utilização dos recursos de saúde e, conseqüentemente, reduzir a procura desnecessária dos SU.

Segundo Novo (2010), com a requalificação dos SU pretende-se reduzir o tempo médio de acesso e melhorar a equidade territorial e a qualidade da assistência médica. O recurso indevido ao SU hospitalar acarreta dificuldades acrescidas aos doentes verdadeiramente urgentes e conseqüências logísticas no funcionamento do serviço. “É fundamental o conhecimento por todos os intervenientes, incluindo a população, de que um SU não pode nem deve ser encarado como um acesso facilitador aos cuidados de saúde para as situações não urgentes, porque na realidade não o é” (Novo, 2010, p.12).

Atendendo às alterações da rede de CSP e hospitalares, dados demográficos de Censos de 2011 e as alterações na rede rodoviária, o MS através do Despacho nº 13377/2011 de 23 de setembro cria a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU). Conforme o referido Despacho, ponto 2, esta Comissão tem por missão:

- a) Avaliar o estado de implementação da rede de emergência pré-hospitalar e das urgências hospitalares, nomeadamente a distribuição territorial existente, as condições de acesso, a composição das respostas existentes e as conseqüências dos processos de encerramento e deslocalização de SAP e serviços de urgência;
- b) Analisar os casos em que a rede não foi implementada e avaliar as razões;

- c) Informar o MS sobre a adequação de prosseguir com encerramentos e deslocalizações já previstos e deslocalizações ainda não efetuadas;
- d) Propor alterações à rede e fazer sugestões para a sua evolução
- e) Verificar o que tem sido feito para acompanhar a situação dos serviços de emergência pré-hospitalar e urgências e propor a melhor forma de manter um excelente acompanhamento deste sector da saúde.

A nova rede de urgência contempla também a criação das diferentes Vias Verdes, consideradas como estratégias que visam melhorar as acessibilidades dos doentes, na fase aguda de doenças, como Sepsis, Acidente Vascular Cerebral, Enfarte do Miocárdio, Trauma, aos cuidados médicos mais adequados. Devem ser acionadas através do número de emergência nacional 112 e envolvem a intervenção INEM no diagnóstico, eventual tratamento pré-hospitalar e adequado encaminhamento para os hospitais com unidades especializadas no tratamento.

1.2 A Emergência Médica em Portugal: os meios pré-hospitalares

Em Portugal existe, desde 1981, um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) que corresponde a um conjunto de entidades que cooperam com o objetivo de prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita. Fazem parte deste sistema entidades de segurança (PSP e GNR), INEM, Bombeiros, Cruz Vermelha, hospitais e CS. Em conformidade com os objetivos a que preside, o SIEM é acionado através do número de Emergência Médica (112), igual em todos os países da União Europeia. Por sua vez, o INEM é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, do SIEM.

O transporte de emergência é assegurado pelos Bombeiros, INEM e pela Cruz Vermelha Portuguesa. A Emergência pré-hospitalar é dotada de vários meios de socorro (cf. Plano de Atividades do INEM, 2012), de entre os quais passamos a referenciar cinco por serem aqueles que existem na área geográfica em que o presente estudo é realizado.

i. Ambulância de Emergência Médica (AEM)

As AEM, anteriormente designadas por Ambulâncias de Suporte Básica de Vida (SBV), integram uma equipa de dois Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE) do INEM e têm como missão a deslocação rápida de uma equipa de emergência médica pré-hospitalar ao local da ocorrência com o objetivo de proceder à estabilização clínica das vítimas de acidente ou de doença súbita e o transporte assistido para o SU mais adequado ao seu estado clínico. Estão sediadas em bases do próprio INEM e dispõem de equipamento diverso de avaliação, reanimação e estabilização clínica,

indispensável ao cumprimento dos algoritmos de decisão médica definidos pelo INEM e aprovados pela Ordem dos Médicos.

ii. Ambulâncias de Socorro (AS)

As AS têm como missão assegurar a deslocação rápida de uma tripulação com formação em técnicas de emergência médica ao local da ocorrência e no mínimo tempo possível, em complementaridade e articulação com os outros meios de emergência médica pré-hospitalar bem como o eventual transporte para a unidade de saúde mais adequada ao estado clínico da vítima. Estão fixadas em Postos de Emergência Médica operados por entidades agentes de proteção civil e/ou por elementos do SIEM, sendo tripuladas por elementos pertencentes às respetivas entidades, com formação específica em técnicas de emergência médica pré-hospitalar, definida e certificada pelo INEM.

iii. Ambulâncias Suporte Imediato de Vida

As SIV têm por missão garantir cuidados de saúde diferenciados, tais como manobras de reanimação. A tripulação é composta por um Enfermeiro e um TAE e visa a melhoria dos cuidados prestados em ambiente pré hospitalar à população. Destinam-se a garantir cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida. Ao nível dos recursos técnicos tem a carga de uma Ambulância de Suporte Básico de Vida, acrescida de um monitor-desfibrilhador e diversos fármacos. O equipamento das SIV permite a transmissão de electrocardiograma e sinais vitais.

iv. Viatura Médica de Emergência e Reanimação

A VMER é um veículo de intervenção pré-hospitalar destinado ao transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente. A sua equipa é constituída por um Médico e um Enfermeiro e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida. As VMER têm base hospitalar. O seu principal objetivo consiste na estabilização pré-hospitalar e no acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência.

v. Helicópteros

Os helicópteros de emergência médica do INEM são utilizados no transporte de doentes graves entre unidades de saúde ou entre o local da ocorrência e a unidade de saúde. Estão equipados

com material de Suporte Avançado de Vida, sendo a tripulação composta por um Médico, um Enfermeiro e dois pilotos.

2. A Reorganização na oferta de cuidados de saúde no distrito de Bragança

A reorganização dos cuidados de saúde no distrito de Bragança, à semelhança do que aconteceu em todo o país, ocorreu nos CSP, nos cuidados de saúde hospitalares, nos SU e consequentemente na Emergência pré-hospitalar.

Nos CSP destaca-se a criação do ACES Nordeste, com a publicação do Decreto-lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, que veio substituir a anterior SRS de Bragança. O ACES, para além dos CS do distrito, inclui ainda o CS de Vila Nova de Foz Côa que, entretanto, foram organizados em unidades funcionais, as UCC, UCSP e a constituição de uma USF, localizada em Torre D. Chama.

Ao nível dos CS destaca-se o encerramento dos Serviços de Atendimento Permanentes, serviços que funcionavam numa zona destinada para o efeito mas com características próprias de acordo com a área de influência onde estavam inseridos, e a criação ou red denominação para a atual Consulta Aberta.

No que respeita aos cuidados de saúde hospitalares, os antigos Hospitais Distrital de Bragança, SA, Hospital Distrital de Mirandela, SPA e Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros, SPA, uniram-se e deram origem ao Centro Hospitalar do Nordeste, EPE, (CHNE, EPE) dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, com sede na cidade de Bragança conta com uma área de influência que respeita aos doze Concelhos do distrito.

A par destas mudanças e com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, pelo Decreto-lei nº 101/2006, de 6 de junho, assistimos à criação no distrito de algumas unidades de diferentes tipologias, nomeadamente a Unidade de Convalescença e de Cuidados Paliativos, no âmbito da unidade hospitalar de Macedo de Cavaleiros, a Unidades de Média Duração e Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia de Vila Flor e de Freixo de Espada à Cinta, as unidades de Longa Duração da Santa Casa da Misericórdia de Miranda do Douro, Mogadouro, Torre de Moncorvo e Vimioso e as Equipas Domiciliárias, também designadas por Equipas de Cuidados Continuados Integrados, inseridas nos CS do distrito, à exceção do CS de Torre de Moncorvo.

Mais recentemente foi constituída a ULS do Nordeste, EPE, pelo Decreto-lei nº67/2011, de 2 de junho, que integra o CHNE, EPE e o ACES Nordeste. Nos termos do referido Decreto-lei nº 67/2011, a ULS do Nordeste, foi criada "...no sentido de otimizar a oferta dos serviços de saúde".

A Figura 2 representa os diversos serviços de saúde disponíveis na ULS do Nordeste.



Figura 2. Os serviços de saúde na ULS do Nordeste

Fonte: Elaboração própria

2.1 Dicotomia entre Serviços de Atendimento Permanentes e Consulta Aberta nos Centros de Saúde

Os primeiros SAP surgiram em Lisboa, na década de 80, com intuito de diminuir a afluência às urgências hospitalares (Brito de Sá, 2002). O distrito de Bragança também não foi exceção e assistiu à criação dos SAP associados aos CS em resultado da transformação das estruturas de atendimento urgente existentes, nomeadamente os hospitais concelhios (Teixeira, Pires & Nunes, 2007).

De acordo com Campos (2008), a missão inicial do SAP era prestar cuidados de saúde aos cidadãos sem médico de família, ou que não pudessem ser atendidos em tempo útil pelo seu médico durante o horário de atendimento do CS. Implicitamente, o objetivo seria assegurar uma consulta de cuidados primários ou o encaminhamento para um SU, caso se justificasse. Porém, e apesar dos SAP e estruturas afins SASU, CATUS (Centro de Atendimento de Urgências), SADU (Serviço de Atendimento de Doentes Urgentes), entre outros terem aumentado ao longo dos anos,

de 64 em 1985 para 230 em 1996 e, aproximadamente, 280 em 2005 (MCSP, 2005) o objetivo inicial de diminuir o recurso às urgências hospitalares não foi conseguido (Brito de Sá, 2002).

Todavia, um estudo realizado em 2005 nos CS do distrito de Bragança, nomeadamente nos CS de Alfândega da Fé, Carrazeda de Ansiães, Freixo de Espada à Cinta, Miranda do Douro, Mogadouro, Torre de Moncorvo, Vila Flor, Vimioso e Vinhais revela que a afluência aos SAP, mesmo em meses de maior afluxo populacional, de que são exemplo o período do verão, julho e agosto, e o inverno, novembro e dezembro) foi reduzido, inclusive no período nocturno, de 2,3% (1,49 utentes por noite) da população residente (Teixeira, Pires & Nunes, 2007). Posto isto, e tendo em conta a desertificação e envelhecimento da população do distrito de Bragança, tornou-se imperativa a reorganização dos CSP, especialmente os SAP em horário noturno, no que diz respeito à sua viabilidade no âmbito das capacidades financeiras e técnicas existentes (Teixeira, Pires & Nunes, 2007).

Nunes (2008)² refere que os conceitos de SAP e SASU não devem ser reforçados uma vez que estes locais possuem logística de Consulta e não de Serviços de Urgência. A centralização da atividade clínica em torno do SU é contrária à lógica da (real) proximidade junto do utente, que deve, sobretudo, assentar no reforço da Consulta Externa, seja ela programada ou não. Todavia, estas alterações estruturais e organizacionais, com consequências sociais e culturais profundas, não são entendidas pelas populações descontentes.

As Consultas Abertas foram criadas em abril de 2007, por protocolos entre o MS e autarquias da região Norte, nomeadamente as do distrito de Bragança. Esta consulta não possui, porém, enquadramento legal e é definida pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários como “consulta de agudos não programada” (MCSP, 2007). Por sua vez, a CTAPRU vem referir que existem muitas situações agudas, com aparecimento recente, que não sendo urgências nem emergência, necessitam de resolução rápida, no próprio dia ou em horas, em Consulta Aberta para situações não programadas, ou seja, sem marcação prévia (Marques, 2007a,b). Neste particular, Novo (2010, p.14) refere que “o papel da Consulta Aberta é assegurar o acesso à consulta de cuidados primários para quem não a consegue obter durante o horário normal, por falta de vaga no médico de família”.

Acreditamos, contudo, que o conceito de Consulta Aberta não está bem definido e por isso cada CS descreve a Consulta Aberta de forma diferente, como se pode ler em diferentes Manuais da Qualidade (MQ) dos diferentes CS do distrito. Por exemplo, de acordo com o MQ do CS de Miranda do Douro “ o Serviço de Consulta Aberta efetua o atendimento dos utentes em situação de urgência/emergência médica, situações agudas, doentes esporádicos e utentes cujo médico de família se encontra ausente por períodos superiores a três dias uteis. No CS de Vimioso, tendo em conta o seu MQ, “ a Consulta Aberta funciona 24 horas diárias com a Enfermagem em presença física. O atendimento médico, a partir das 22 horas nos dias úteis e das 20 aos Sábados, Domingos e Feriados até às 8 horas da manhã é assegurado em regime de chamada, sendo nos

² Idem

restantes períodos em presença física. Já, nos termos do MQ do CS de Vinhais, “a Consulta Aberta é o período de consulta com marcação presencial ou telefónica, só no próprio dia, para situações não programadas mas que sejam agudas (ou seja, com aparecimento recente), que não sendo urgências nem emergências, carecem de resolução rápida (no mesmo dia ou em horas). Em suma, e de acordo com MCSP (2007), concordamos que, não obstante a Consulta Aberta ter sido objeto de múltiplas interpretações e designações que se foram construindo pelo país e ao longo dos anos, converge para o que vulgarmente vem sendo conhecido por SAP.

2.2 Caracterização da Rede de Urgências

Atualmente, a população do distrito de Bragança conta com uma oferta que compreende dois tipos de serviços de urgência, três SUB e dois SUMC, geograficamente distribuídos conforme Figura 3 que a seguir se apresenta.

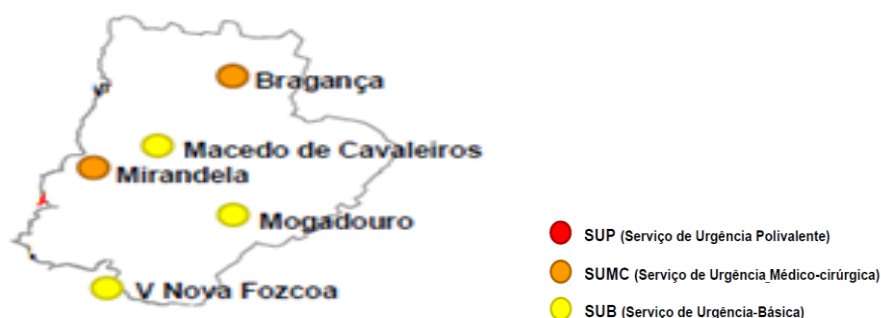


Figura 3. Rede de Urgências na ULS do Nordeste em 2013

Fonte: CTAPRU, 2007

No entanto está previsto no relatório da CRRNEU (2012), o encerramento do SUB de Macedo de Cavaleiros, o SUMC de Mirandela passar a SUB e manter um helicóptero ligeiro na região de Trás-os-Montes a funcionar 24 horas.

Para além dos SU o distrito está também provido de meios de emergência pré-hospitalar, acima descritos e das Vias Verdes Sépsis, Trauma e AVC.

II-ESTUDO EMPÍRICO

2.1 Caracterização do estudo

Este estudo é de natureza exploratória simples, uma vez que consiste na exploração de domínios da investigação pouco conhecidos ou desenvolvidos e na descrição de uma realidade à qual o investigador procura aproximar para tentar descrever e documentar como são os fenómenos que nela acontecem sem que exista qualquer tipo de manipulação de variáveis. Ou seja, o objetivo é tão só o de descrever um fenómeno a partir da observação e procurar explicá-lo.

A investigação é uma experiência única, que segue caminhos próprios e cuja escolha está ligada a numerosos critérios, como a seleção do tema, a formulação do problema, a formação do investigador e os meios de que este dispõe (Quivy & Campenhoudt, 2008). Por sua vez, a metodologia é uma forma de conduzir essa investigação e pode ser entendida como um conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica e que Fortin (1999) define como um processo prático de adquirir conhecimentos e de encontrar respostas para questões.

A estrutura a utilizar para o desenvolvimento de uma investigação deve fazer-se depender da questão em investigação, das variáveis ou grupos de sujeitos a utilizar, explorar ou examinar, das relações entre variáveis e, ainda, da verificação das hipóteses e sua causalidade (Fortin (1999, p. 133).

Assim e em concordância com o âmbito e objetivos que presidem ao nosso estudo desenvolvemos esta investigação em duas grandes componentes. Uma primeira, que suporta o nosso enquadramento teórico, e que foi desenvolvida a partir de uma revisão de literatura, em concordância com Quivy e Campenhoudt (2008) defendem que a investigação assenta num enquadramento teórico. A segunda, que consubstancia o nosso trabalho de campo ou empírico, assenta numa metodologia quantitativa ou positivista. A metodologia quantitativa constitui, no dizer de Reidy e Mercier (2003, p.322) "... um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos no que concerne às variáveis em estudo, visando assegurar uma representação da realidade, de modo a que estes dados sejam generalizados a outras populações." Para o efeito, selecionámos como técnica de recolha de dados o inquérito por questionário, a aplicar a uma amostra recolhida da população formada pelos cidadãos/utentes que utilizaram a Consulta Aberta dos Centros de Saúde da ACES Nordeste e onde, face à reorganização dos serviços de urgência, foram encerrados os SAP. Esta técnica de recolha de dados, que compreende "um conjunto de questões que são respondidas por escrito pelo inquirido" (Gil, 1991, p.90) revela-se de grande utilidade na medida em que proporciona o acesso a informações acerca do que a pessoa "sabe, crê ou espera, sente ou deseja, pretende fazer, faz ou

fez” (Selltiz, 1967 citado por Gil, 1991; p.90). Para Barañano (2004, p.96) “é a ferramenta utilizada para a obtenção de informação em primeira mão”.

O questionário a utilizar neste estudo foi elaborado pela autora, com base noutros já existentes.

A técnica escolhida para o tratamento dos dados é, em concordância com a metodologia, de natureza estatística, com recurso à utilização do programa SPSS (Statistical Package for Social Science), versão 21 para Windows, tendo-se efetuado a análise descritiva, apresentando frequências absolutas e relativas em percentagens, condensando essa informação em Tabelas, a variável idade apresenta-se nas medidas de tendência centra, média e mediana e o desvio padrão, assim como, a análise inferencial para testar as hipóteses formuladas.

No estudo das hipóteses, uma vez que, as variáveis deste estudo são categóricas, medidas numa escala nominal aplicou-se o teste não paramétrico de independência do χ^2 (Qui- quadrado) para descrever a associação entre as variáveis, considerando-se o nível de significância (α) de 5%. Se p -value $< 0,05$, rejeita-se a hipótese nula (H_0). Considera-se para o presente estudo a hipótese nula (H_0) e a hipótese alternativa (H_1).

2.2 Formulação de hipóteses de investigação

Tendo em conta os objetivos propostos é necessário construir as hipóteses a que Campenhoudt e Quivy (2008, p. 119) chamam “fio condutor” da investigação. Neste sentido, o estudo foi desenvolvido a partir das seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1: O género e a Consulta Aberta estão associados

Hipótese 2: O entendimento/finalidade da Consulta Aberta e o concelho de residência estão associados.

Hipótese 3: O concelho de residência e as razões de preferência da Consulta Aberta estão associados.

Hipótese 4: O entendimento de Consulta Aberta e o procedimento a ter em caso de emergência, urgência e consulta médica não programada estão associados.

Hipótese 5: A finalidade da Consulta Aberta e o procedimento a ter em caso de emergência, urgência e consulta médica não programada estão associados.

2.3 Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados selecionado para o desenvolvimento deste estudo foi, como já tivemos oportunidade de referir, o questionário.

Este instrumento apresenta um conjunto de vantagens, nomeadamente o facto de resultar menos dispendioso, poder ser aplicado a um grande número de sujeitos, permitir obter mais informações relativamente a um conjunto populacional, ser de natureza impessoal, elemento imprescindível para este estudo, por assegurar o anonimato e, dessa forma, fazer sentir às pessoas segurança para expressarem livremente as suas opiniões pessoais. O questionário assegura, ainda, pelo facto de seguir as mesmas diretrizes para todos, uma certa uniformidade, o que facilita a comparação entre os sujeitos e ajuda a organizar, normalizar e a controlar os dados obtidos, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma forma rigorosa (Fortin, 1999).

Recordamos que o questionário, que se apresenta em anexo foi construído pela autora do estudo com a colaboração da orientadora, baseando-se noutros já existentes, como o IAQH-UA (Instrumentos para a Avaliação da Qualidade Hospitalar - Unidade de Adultos), desenvolvido pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra e aplicado no SU, do Hospital Santo António por Rodrigues (2009) e do CHNE por Fernandes (2011) e o questionário de Avaliação da Qualidade e da Satisfação dos Utentes, desenvolvido pelo Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia “Augusto da Silva” aplicado no Hospital do Espírito Santo de Évora por (Silva, Lopes, Massapina & Santos, 2007).

Surge dividido em três grandes partes. Uma primeira, que respeita aos dados pessoais para caracterização da amostra, uma segunda que se refere, explicitamente, à Consulta Aberta no Centro de Saúde com o objetivo de identificar a perceção dos utentes relativamente a este serviço, e uma terceira e última parte que pretende recolher informação para avaliar o grau de satisfação dos utentes relativamente à reorganização dos serviços de urgência no distrito de Bragança.

2.4 Recolha de dados

Para a aplicação do instrumento de recolha de dados, o questionário, seguiram os trâmites necessários e normais, nomeadamente o pedido de autorização ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Nordeste. Todavia, a dificuldade em obter autorização para a recolha dos dados, conduziu a aplicação dos questionários fora do contexto do CS. Mesmo assim, foi possível obter dados nos concelhos de Alfândega da Fé, Carrazeda de Ansiães, Freixo de Espada

à Cinta, Miranda do Douro, Torre de Moncorvo, Vila Flor, Vimioso e Vinhais. A aplicação decorreu nos meses de julho de 2012 e agosto de 2012.

2.5 População e amostra

A realização de um estudo de investigação pressupõe a recolha de dados num determinado conjunto de indivíduos (população) que partilham características comuns. A população alvo deste estudo é constituída pelos cidadãos que utilizam a Consulta Aberta dos Centros de Saúde do ACES Nordeste. Neste sentido, obtiveram-se dados em 8 concelhos do distrito de Bragança.

Frequentemente o investigador não possui meios nem disponibilidade para recolher e analisar a população, considerando apenas uma amostra (Hill & Hill, 2005). Nestes termos, da população extraiu-se uma amostra que corresponde a um subgrupo dessa população e que é representativa das suas características. O processo de seleção da amostra designa-se por amostragem (Ribeiro, 2010). Na realização deste estudo foi utilizada uma amostragem não probabilística, com recurso a uma amostra accidental. Assim, a amostra é constituída por 314 utentes que obedecem ao critério de inclusão definido, isto é, que utilizaram a Consulta Aberta dos centros de saúde nos meses de julho e agosto de 2012.

A participação dos utentes foi voluntária e precedida de informação e todos os esclarecimentos necessários sobre o âmbito e finalidade do estudo. A aplicação do questionário ao conjunto de utentes que compõem a amostra permitiu obter informação capaz de nos proporcionar o desenvolvimento de uma caracterização da população que recorre à Consulta Aberta.

2.6 Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 314 utentes, dos quais 65,3% (n=205) são do género feminino e 34,7% (n=109) são do género masculino. A grande maioria, 67,2% (n=211) é casada ou vive em união de fato, é ativa, 59% (n=178) e reside em meio urbano, 54% (n=125). Quanto às habilitações literárias cerca de 20% (n=62) possui habilitação superior que contempla os

bacharéis, licenciados, mestres e doutores. Dos restantes 80%, cerca de 27% (n=84) possui o ensino secundário, 21% (n=64) têm o 3º ciclo, 10% (n=32) o 2º ciclo e cerca de 22% (n=70) têm o 1º ciclo. Esta caracterização, de acordo com as variáveis sociodemográficas, surge apresentada na Tabela 1 que se segue.

Tabela 1. Caracterização da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas

Variáveis sociodemográficas		Utentes	
		n	%
Género	Feminino	205	65,3
	Masculino	109	34,7
Estado civil	Solteiro	73	23,3
	Casado/união de facto	211	67,4
	Divorciado	14	4,5
	Viúvo	15	4,8
Habilitações literárias	1º Ciclo	70	22,4
	2º Ciclo	32	10,3
	3º Ciclo	64	20,5
	Secundário	84	26,9
	Bacharelato	11	3,5
	Licenciatura	43	13,8
	Mestrado	7	2,2
Doutoramento	1	0,3	
Profissão	Ativo	178	58,7
	Não ativo	125	41,3
Meio de residência	Rural	142	45,7
	Urbano	169	54,3

Fonte: Elaboração própria

Para efeitos de uma melhor interpretação dos resultados apresentados na tabela cabe referir que, dos 314 utentes inquiridos, um não revelou o estado civil, dois não revelaram as habilitações literárias, onze não revelaram a profissão e três não revelaram a residência.

A idade dos inquiridos varia entre um mínimo de 12 e um máximo de 92 anos, situando-se a média de idades nos 45 anos, como se apresentada na Tabela 2 que se segue.

Tabela 2. Distribuição da idade dos inquiridos

n	Min.	Máx.	Média	Mediana	desv. Padrão
313	12	92	45,39	43,00	17,26

Fonte: Elaboração própria

Dos questionários que foram tratados estatisticamente, a maior percentagem foi obtida no Centro de Saúde de Alfândega da Fé (41,7%; n= 131), seguido do Centro de Saúde Torre de Moncorvo (37,6%; n=118), com os restantes (20%; n=65) a serem obtidos noutros Centros de Saúde do distrito de Bragança, como se pode verificar da análise à Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição da amostra por Centro de Saúde

Centro de Saúde	Utentes	
	n	%
Alfândega da Fé - AFE	131	41,7
Carrazeda de Ansiães - C	14	4,5
Freixo de Espada à Cinta - F	18	5,7
Miranda do Douro - MD	15	4,8
Torre de Moncorvo - TM	118	37,6
Vila Flor - VF	7	2,2
Vimioso - V	9	2,9
Vinhais - VN	2	0,6
Total	314	100

Fonte: Elaboração própria

3. Apresentação, análise e discussão dos resultados

É objetivo deste ponto dar a conhecer os resultados obtidos após tratamento estatístico dos dados recolhidos através da aplicação do instrumento de recolha de dados. A apresentação e discussão dos dados é um processo que tem como objetivo não só resumir as observações efetuadas de forma a dar resposta às questões de pesquisa mas, também, procurar um significado mais vasto para essas respostas, relacionando-as com outros conhecimentos e estudos disponíveis. Para facilitar a sua leitura, seguiu-se a sequência das questões apresentadas no questionário, pelo que passamos a apresentar a análise descritiva dos resultados obtidos em cada questão e posteriormente apresentamos a análise inferencial.

3.1 Análise Descritiva

À questão “O que entende por Consulta Aberta”, responderam 312 utentes, a maioria dos quais, 55,4% considera que é o local onde pode recorrer quando necessita de uma consulta médica não programada. Isto vai de encontro à definição dada pela MCSP (2007) e ao critério definido pela CTAPRU para as “situações agudas, não programadas que não sendo urgências nem emergências, carecem de resolução rápida (no mesmo dia ou em horas) em Consulta Aberta. Importa, porém, referir que uma grande parte dos utentes que responderam à pergunta, 34,3% considera que é um local para recorrer em caso de urgência/emergência, 2,2% para recorrer quando precisa de uma receita médica e 8,0% que não sabe para que serve este serviço.

Relativamente à finalidade da mesma as respostas dividem-se, com 42,6% dos utentes a considerarem que esta tem como finalidade “Atender situações agudas não programáveis”, 41,7% a referirem que cabe à Consulta Aberta “Atender situações emergentes e urgentes”, 6,1% a afirmarem que serve para “Atender utentes sem médico de família” e os restantes 9,6% a referirem não saber qual é a finalidade da Consulta aberta. As respostas estão organizadas conforme é apresentado na Tabela 4.

A maioria, 55,4%, define corretamente o que é a Consulta Aberta e 42,6% conhece a sua finalidade. No entanto, 34,3% de utentes define-a como o local onde pode recorrer em caso de urgência/emergência e 41,7% consideram essa a sua finalidade.

Dos resultados obtidos às questões, salientam-se a percentagem de inquiridos que considera a Consulta Aberta um SU, ou não sabe para que serve nem qual é a sua finalidade. A definição de Consulta Aberta não possui legislação própria. Este serviço nasceu da elaboração de Protocolos assinados com algumas autarquias e as ARS, sendo que grande parte da população, quer sejam

utentes e/ou profissionais desconhece a existência destes protocolos e as características deste serviço, continuando muitas vezes a chamar-lhe “urgência”.

Tabela 4. Consulta Aberta

	Utentes	
	n	%
<u>O que entende por consulta aberta?</u>		
Local onde posso recorrer em caso de emergência /urgência	107	34,3
Local onde posso recorrer quando necessito de uma consulta médica não programada	173	55,4
Local onde posso recorrer quando necessito de uma receita médica	7	2,2
Não sei	25	8,0
<u>A finalidade da consulta aberta é:</u>		
Atender situações emergentes e urgentes	130	41,7
Atender situações agudas não programáveis	133	42,6
Atender utentes sem médico de família	19	6,1
Não sei	30	9,6

Fonte: Elaboração própria

O principal motivo de saúde que leva os utentes a recorrer à Consulta Aberta é o ter adoecido de repente (50,2%), seguindo-se o motivo de estar “Adoentado(a) há vários dias sem sentir melhoras” (30,4%) e o de “Adoentado(a) há algum tempo, tendo piorado” (12,7%). Os restantes indicam ter sofrido um acidente ou outros motivos diferentes dos mencionados. Importa, ainda, referir que 15 dos 314 inquiridos não referiram o que os motivou a ir à Consulta Aberta.

Os nossos resultados corroboram os apresentados por Fernandes (2011), que estudou a razão da ida ao SU. Os utentes em situação de doença súbita recorrem ao serviço de saúde mais próximo, uma vez que o principal motivo de ida à Consulta Aberta coincide com o da ida ao SU. Estes resultados são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5. Motivos que levam os utentes a recorrerem à Consulta Aberta

Motivos de ida à Consulta Aberta	Utentes	
	n	%
Adoentado(a) há vários dias sem sentir melhoras	91	30,4
Adoentado(a) há algum tempo, tendo piorado	38	12,7
Adoeci de repente	150	50,2
Um acidente	8	2,7
Outra razão	12	4,0

Fonte: Elaboração própria

A Tabela 6 que se segue tem como objetivo identifica, com maior exactidão, quais as razões que levam os utentes a preferir a Consulta Aberta.

Tabela 6. Razões para preferir a Consulta Aberta

Razões	Utentes		
	n	%	
	Sim	198	63,1
<u>É mais rápido o atendimento?</u>	Não	53	16,9
	Não sei	39	12,4
	Não responde	24	7,6
Não consegue consulta com o médico de família?	Sim	129	41,1
	Não	121	38,5
	Não sei	22	7,0
	Não responde	42	13,4
Não tem médico de família?	Sim	80	25,5
	Não	163	51,9
	Não sei	19	6,1
	Não responde	52	16,6
Precisa de um atestado médico?	Sim	40	12,7
	Não	198	63,1
	Não sei	24	7,6
	Não responde	52	16,6
Precisa de uma receita médica?	Sim	69	22,0
	Não	175	55,7
	Não sei	21	6,7
	Não responde	49	15,6
<u>Precisa de ajuda urgente?</u>	Sim	200	63,7
	Não	60	19,1
	Não sei	20	6,4
	Não responde	34	10,8
<u>O seu caso podia ser tratado num serviço de urgência?</u>	Sim	160	51,0
	Não	49	15,6
	Não sei	61	19,4
	Não responde	44	14,0

Fonte: Elaboração própria

De forma a observar mais facilmente as respostas dadas aos itens propostos, apresentamos, também, a Figura 4, que contém, por ordem decrescente, as respostas positivas relativas às razões que justificam a preferência pela Consulta Aberta.

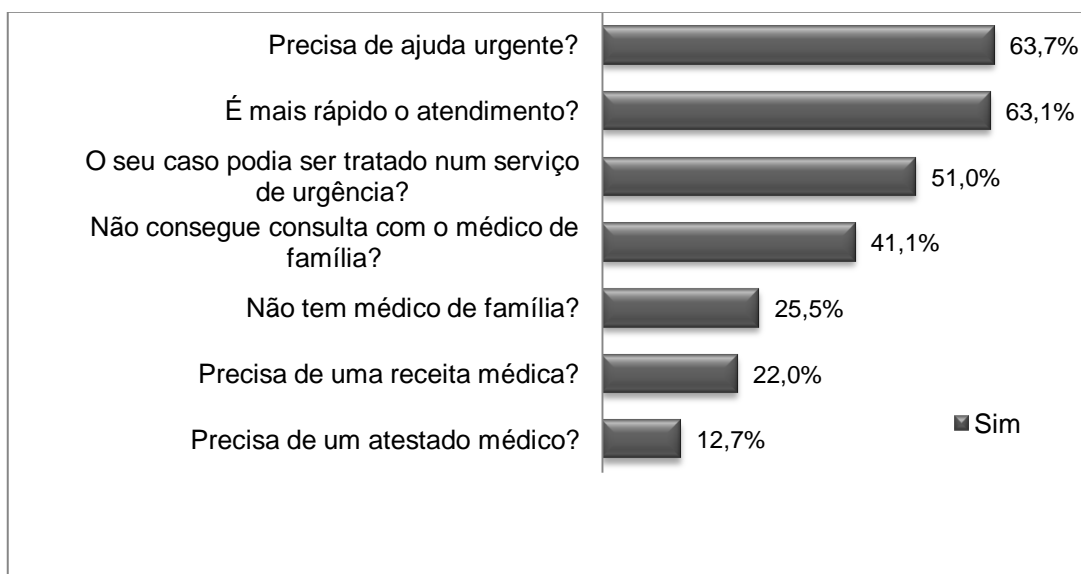


Figura 4. Razões para preferir a Consulta Aberta

Fonte: Elaboração própria

No que respeita às razões porque os utentes preferem a Consulta Aberta destaca-se, com mais de 60% de respostas afirmativas, o facto de sentir que “Precisa de ajuda urgente” considerando que para 51,0% “O seu caso podia ser tratado num serviço de urgência” e que 63,1% prefere recorrer à Consulta Aberta porque “É mais rápido o atendimento”, apesar de 57,3% considerarem este serviço muito movimentado, conforme mostra a Figura 5. Os outros 41% “Não consegue marcar consulta com o médico de família” e apenas 16% asseguram que o seu caso não podia ser tratado num serviço de urgência, 19% dos inquiridos não sabem e 14% não respondem.

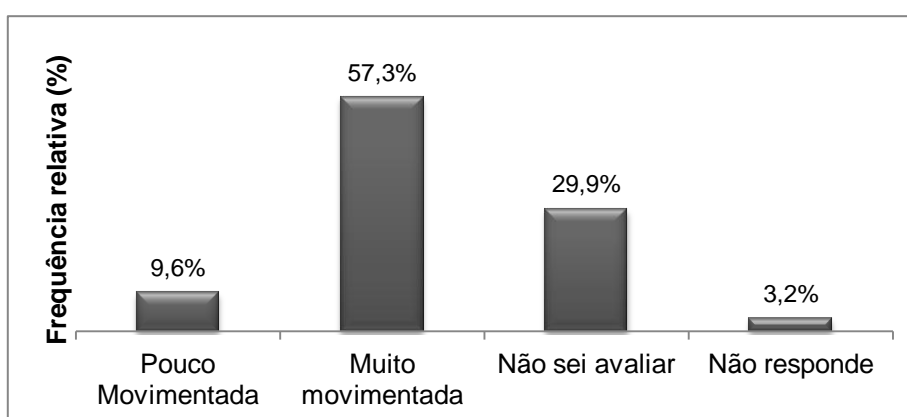


Figura 5. Opinião sobre o movimento da Consulta Aberta

Fonte: Elaboração própria

Na Tabela 7, que se segue, apresentamos a opinião dos inquiridos face ao desempenho dos médicos na Consulta Aberta com relação aos seguintes fatores: informação clínica, desempenho clínico, simpatia, disponibilidade e cortesia.

No que respeita à **informação clínica**, 49% considera “Aceitável/suficiente”, 35% considera “Bom” e 8% “Muito bom” o que perfaz 92%. Os restantes acham a informação clínica que lhes é transmitida má ou muito má, não sabem ou não respondem.

Relativamente ao **desempenho clínico**, 46% consideram-no “Aceitável/suficiente”, 39% “Bom”, 7% “Muito bom”, perfazendo um total de 92%. Os restantes classificam-no como “Mau” ou “Muito mau”, não sabem ou não respondem.

Quanto à **simpatia**, 41% dos inquiridos testemunham que os médicos são simpáticos, classificando com “Bom”, 40% “Aceitável/suficiente”, 8% “Muito bom”, perfazendo 89%. Os restantes consideram-se indiferentes à simpatia manifestada ou até mesmo como antipáticos, classificando-os com “Mau” ou “Muito mau”, “Não sabem” ou “Não respondem”.

A **disponibilidade** é para 43% “Aceitável/suficiente”, 34% “Bom” e 8% “Muito bom”, num total de 85%. Os restantes consideram “Mau” ou “Muito mau”, “Não sabem” ou “Não respondem”.

Por último, a **cortesia** dos médicos é classificada de “Aceitável/suficiente” para 46% dos inquiridos, boa para 32% e muito boa para 8%, totalizando 86% dos inquiridos. Os restantes consideram os médicos indelicados, classificando-os com “Mau”, “Muito mau”, “Não sabe” ou “Não responde”.

Face ao descrito e da análise da Tabela 7 podemos assim anuir que nos extremos se situam os fatores **disponibilidade**, como aquele que regista um pior desempenho, por oposição à **simpatia**, como o de melhor desempenho.

Tabela 7. Perceção do utente relativamente ao desempenho dos médicos

Desempenho dos médicos	Utentes		
	n	%	
<u>Informação clínica</u>	Muito bom	26	8,3
	Bom	110	35,0
	Aceitável/suficiente	155	49,4
	Mau	8	2,5
	Muito mau	4	1,3
	Não sei	9	2,9
	Não responde	2	0,6
<u>Desempenho clínico</u>	Muito bom	22	7,0
	Bom	123	39,2
	Aceitável/suficiente	144	45,9
	Mau	9	2,9
	Muito mau	3	1,0
	Não sei	10	3,2
	Não responde	3	1,0
<u>Simpatia</u>	Muito bom	25	8,0
	Bom	129	41,1
	Aceitável/suficiente	126	40,1
	Mau	17	5,4
	Muito mau	5	1,6
	Não sei	9	2,9
	Não responde	3	1,0
<u>Disponibilidade</u>	Muito bom	26	8,3
	Bom	106	33,8
	Aceitável/suficiente	135	43,0
	Mau	31	9,9
	Muito mau	4	1,3
	Não sei	9	2,9
	Não responde	3	1,0
<u>Cortesia</u>	Muito bom	26	8,3
	Bom	101	32,2
	Aceitável/suficiente	143	45,5
	Mau	20	6,4
	Muito mau	8	2,5
	Não sei	11	3,5
	Não responde	5	1,6

Fonte: Elaboração própria

Na Tabela 8 apresentamos a opinião dos inquiridos face ao desempenho dos enfermeiros da Consulta Aberta a partir dos seguintes fatores: informação clínica, desempenho das funções, simpatia, disponibilidade e cortesia.

Quanto à **informação clínica**, 42% classificam-na como “Bom” desempenho, 32% considera “Aceitável/suficiente” e 21% “Muito bom”, o que perfaz 95%. Os restantes acham que é “Mau” ou “Muito mau”, “Não sabem” ou “Não respondem”.

Relativamente ao **desempenho das funções**, os inquiridos referem que os enfermeiros desempenham bem as suas funções, classificando-o como “Bom” por 43%, “Aceitável/suficiente” por 28% e “Muito bom” por 23%, o que perfaz 94%. Os restantes consideram “Mau” ou “Muito mau”, “Não sabem” ou “Não respondem”.

No que respeita à **simpatia**, 41% acham que o desempenho é “Bom”, 29% “Aceitável/suficiente”, 23% “Muito bom”, num total de 93%. Os restantes veem os enfermeiros como antipáticos ou são indiferentes à sua simpatia e identificam o seu desempenho como “Mau” ou “Muito mau”, “Não sabem” ou “Não respondem”.

Quanto à **disponibilidade**, cerca de 40% classifica-a como “Bom”, 31% “Aceitável/suficiente” e 22% “Muito bom”, num total 93%. Os restantes consideram os enfermeiros pouco disponíveis afirmado que a disponibilidade é má, muito má, não sabem ou não respondem.

Por último a **cortesia** dos enfermeiros, classificada como boa para 40%, aceitável/suficiente para 32% dos inquiridos e muito boa para 20%, totalizando 92% dos inquiridos. Os restantes consideram má ou muito má, não sabe ou não responde.

Comparativamente com os resultados obtidos para os médicos, os inquiridos classificam melhor o desempenho dos enfermeiros na medida em que a percentagem do “Muito bom” é superior face à registada para aqueles profissionais.

A avaliação positiva dos enfermeiros vai de encontro aos resultados apresentados num estudo realizado no Hospital do Espírito Santo de Évora EPE por Silva, *et al.* (2007).

Tabela 8. Perceção do utente relativamente ao desempenho dos enfermeiros

Desempenho dos enfermeiros	Utentes		
	n	%	
<u>Informação clínica</u>	Muito bom	65	20,7
	Bom	132	42,0
	Aceitável/suficiente	100	31,8
	Mau	6	1,9
	Muito mau	0	0
	Não sei	8	2,5
	Não responde	3	1,0
<u>Desempenho clínico</u>	Muito bom	72	22,9
	Bom	135	43,0
	Aceitável/suficiente	89	28,3
	Mau	7	2,2
	Muito mau	1	0,3
	Não sei	7	2,2
	Não responde	3	1,0
<u>Simpatia</u>	Muito bom	72	22,9
	Bom	130	41,4
	Aceitável/suficiente	92	29,3
	Mau	10	3,2
	Muito mau	1	0,3
	Não sei	7	2,2
	Não responde	2	0,6
<u>Disponibilidade</u>	Muito bom	70	22,3
	Bom	126	40,1
	Aceitável/suficiente	97	30,9
	Mau	10	3,2
	Muito mau	2	0,6
	Não sei	6	1,9
	Não responde	3	1,0
<u>Cortesia</u>	Muito bom	62	19,7
	Bom	124	39,5
	Aceitável/suficiente	101	32,2
	Mau	11	3,5
	Muito mau	2	0,6
	Não sei	8	2,5
	Não responde	6	1,9

Fonte: Elaboração própria

A Tabela 9 que se segue apresenta a opinião dos inquiridos face ao desempenho dos assistentes técnicos da Consulta Aberta a partir dos seguintes fatores: desempenho das funções, simpatia, disponibilidade e cortesia.

Tabela 9. Perceção do utente relativamente ao desempenho dos assistentes técnicos

Desempenho dos assistentes técnicos	Utentes		
	n	%	
<u>Desempenho das funções</u>	Muito bom	40	12,7
	Bom	137	43,6
	Aceitável/suficiente	106	33,8
	Mau	22	7,0
	Muito mau	1	0,3
	Não sei	6	1,9
	Não responde	2	0,6
<u>Simpatia</u>	Muito bom	43	13,7
	Bom	130	41,4
	Aceitável/suficiente	104	33,1
	Mau	22	7,0
	Muito mau	6	1,9
	Não sei	6	1,9
	Não responde	3	1,0
<u>Disponibilidade</u>	Muito bom	41	13,1
	Bom	129	41,1
	Aceitável/suficiente	110	35,0
	Mau	15	4,8
	Muito mau	9	2,9
	Não sei	7	2,2
	Não responde	3	1,0
<u>Cortesia</u>	Muito bom	41	13,1
	Bom	129	41,1
	Aceitável/suficiente	104	33,1
	Mau	20	6,4
	Muito mau	8	2,5
	Não sei	7	2,2
	Não responde	5	1,6

Fonte: Elaboração própria

A partir da sua análise podemos constatar que para todos os fatores o desempenho predominante é considerado “Bom”, com percentagens que variam entre os 41,1% e os 43,6%, seguindo de “Aceitável/suficiente”, com percentagens que variam entre 33,1% e os 35%. O desempenho “Muito bom” é a terceira categoria mais representada, com percentagens a variar entre 12,7% e 13,7%.

De acordo com os resultados obtidos, declaramos o **desempenho das funções** dos assistentes técnicos, como fator mais relevante para os utentes aquando da admissão na Consulta Aberta.

No que respeita à opinião dos inquiridos face ao desempenho dos assistentes operacionais da Consulta Aberta, relativamente aos vários fatores, desempenho das funções, simpatia, disponibilidade e cortesia, os resultados obtidos surgem apresentados na Tabela 10 que se segue.

Tabela 10. Perceção do utente relativamente ao desempenho dos assistentes operacionais

Desempenho dos assistentes operacionais	Utentes		
	n	%	
<u>Desempenho das funções</u>	Muito bom	32	10,2
	Bom	116	36,9
	Aceitável/suficiente	126	40,1
	Mau	10	3,2
	Muito mau	6	1,9
	Não sei	21	6,7
	Não responde	3	1,0
<u>Simpatia</u>	Muito bom	32	10,2
	Bom	124	39,5
	Aceitável/suficiente	116	36,9
	Mau	13	4,1
	Muito mau	6	1,9
	Não sei	19	6,1
<u>Disponibilidade</u>	Não responde	4	1,3
	Muito bom	32	10,2
	Bom	114	36,3
	Aceitável/suficiente	118	37,6
	Mau	14	4,5
	Muito mau	12	3,8
<u>Cortesia</u>	Não sei	20	6,4
	Não responde	4	1,3
	Muito bom	32	10,2
	Bom	113	0,36
	Aceitável/suficiente	120	38,2
	Mau	14	4,5
	Muito mau	9	2,9
	Não sei	20	6,4
	Não responde	6	1,9

Fonte: Elaboração própria

Da sua análise verificamos que relativamente ao **desempenho das funções, disponibilidade e cortesia** o “Aceitável/suficiente” é a categoria predominante seguindo-se o “Bom” e o “Muito bom”. Quanto à **simpatia** predomina o “Bom”, seguindo-se o “Aceitável/suficiente” e o “Muito bom”.

Assim e de uma forma geral, os utentes quando são atendidos na Consulta Aberta classificam o desempenho dos médicos e dos assistentes operacionais como “Aceitável/ Suficiente” e o desempenho dos enfermeiros e dos assistentes técnicos como “Bom”.

Após a ida à Consulta Aberta, 86,3% dos utentes “Foi para casa depois de ter sido tratado”, não necessitando de ser “Transferido para um serviço de urgência” 72,3% e 21,3% dos utentes foram “Encaminhados para o médico de família”, conforme Figura 6 que se segue.

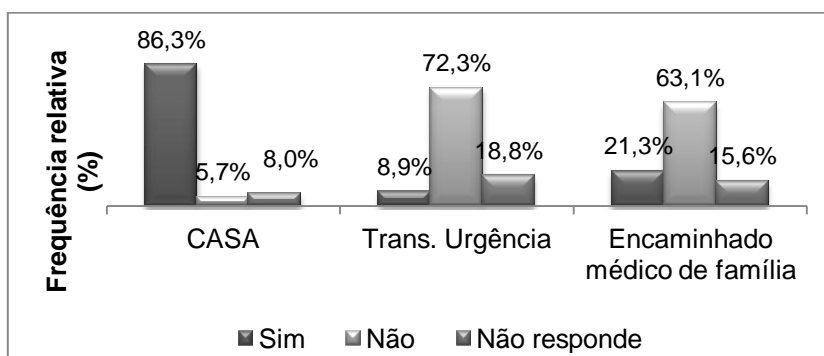


Figura 6. Resultado da ida à consulta aberta

Fonte: Elaboração própria

Aquando da entrada na Consulta Aberta, podemos observar, a partir da Figura 7. Que se segue que 4,1% não responderam, 6,1% dos utentes dizem ter sido “Informados que deveriam ter procurado outro serviço”, 23,2% foram “Informados que procederam corretamente” e 66,6% dizem que “Não lhe foi dada qualquer outra informação adicional”.

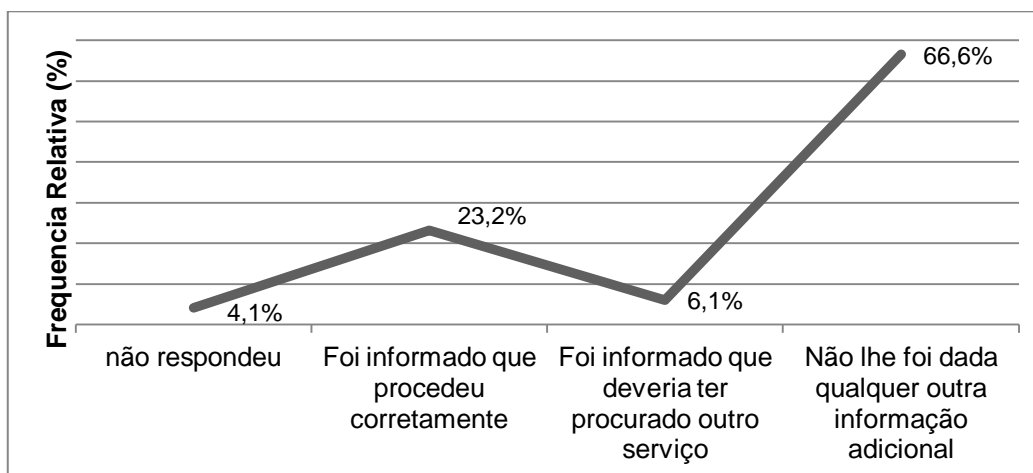


Figura 7. Informação transmitida ao utente quando vai à Consulta Aberta

Fonte: Elaboração própria

As questões relacionadas com a nova rede de urgências revelam que 65,9% dos utentes em **situações de emergência** acionam o INEM através da linha de emergência médica e 24,8% recorrem à Consulta Aberta das 8h-22h do Centro de Saúde mais próximo. Em **situações de urgência**, 56,4% dos utentes acionam o INEM através da linha de emergência médica e 28,3% dirige-se à Consulta Aberta do Centro de Saúde mais próximo. Para uma **consulta médica não programada** 81,2% vai a uma Consulta Aberta e 7,0% acionam o INEM.

De notar que 3,2% não sabe o que fazer em caso de emergência, 3,5% não sabe o que fazer em situações de urgência e 8% não sabe o que fazer quando necessita de uma consulta não programadas. Estes resultados são apresentados na Tabela 11 que se segue.

Tabela 11. O que fazer em caso de emergência, urgência e quando necessita de uma consulta médica não programada

Procedimento	Situação	Utentes	
		n	%
Acionar o INEM (112)	Emergência	207	65,9
	Urgência	177	56,4
	Consulta médica não programada	22	7,0
Dirigir-se ao SUB de Macedo de Cavaleiros, Mogadouro ou Vila Nova de Foz Côa	Emergência	12	3,8
	Urgência	22	7,0
	Consulta médica não programada	6	1,9
Dirigir-se ao SU do Hospital de Bragança ou do Hospital de Mirandela	Emergência	7	2,2
	Urgência	13	4,1
	Consulta médica não programada	3	1,0
Dirigir-se à CA do centro de saúde mais próximo	Emergência	78	24,8
	Urgência	89	28,3
	Consulta médica não programada	255	81,2
Não sei	Emergência	10	3,2
	Urgência	11	3,5
	Consulta médica não programada	25	8,0
Não responde	Emergência	0	0,0
	Urgência	2	0,6
	Consulta médica não programada	3	1,0

Fonte: Elaboração própria

Da análise à tabela importa salientar que mais de metade dos inquiridos utiliza a linha de emergência médica em casos de urgência e emergência. Contudo, nestas situações, ainda há utentes, cerca de 25%, que recorrem à Consulta Aberta das 8h-22h do Centro de Saúde mais próximo. Mais preocupante é, ainda, que 7% dos utentes utilizam os meios de emergência (INEM), para obter uma consulta médica, impossibilitando assim o acesso a outros que mais necessitem. Apesar disso existem utentes que referem recorrer aos serviços de urgência para obterem uma

consulta médica não programada, levando à sobrelotação dos serviços de urgência e conseqüentemente à iniquidade de acesso a cuidados de saúde urgentes.

Refira-se, a este propósito, que em 1999, 50% dos episódios de urgência correspondiam a situações que não necessitavam de cuidados urgentes (RRH, 2001). Neste particular, e de acordo com Novo (2010, p. 12):

“...o recurso indevido ao serviço de urgência hospitalar acarreta dificuldades acrescidas aos doentes verdadeiramente urgentes, logo mais necessitados, que vêm o seu atendimento atrasado, para além de todas as conseqüências que daí advêm para a logística do funcionamento do serviço.

Fernandes (2011, p. 38), relativamente a um estudo sobre o recurso ao SU, concluiu que cerca de 49% da amostra recorreu ao SU sem que anteriormente tenha recorrido a um outro serviço de saúde e que cerca de 27% do total da amostra recorre ao SU mesmo que tal não lhe tenha sido aconselhado.

No que respeita aos contributos da reorganização dos serviços de urgência no distrito de Bragança há, para cada uma das seis afirmações, predominância de respostas negativas, ainda que as duas últimas afirmações contabilizem mais de 50% de “nãos”. De notar que entre 20 a 28% dos inquiridos não têm opinião sobre o impacto da reorganização. Estes resultados são apresentados na Tabela 12 que se segue.

Em face destes resultados, na opinião da maioria dos utentes a reorganização dos serviços de urgência no distrito de Bragança é contrária aos objetivos e soluções propostos pela CTARU. Por isso não contribui para **“Melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde urgentes e emergentes”**, não **“Beneficia os doentes que carecem de cuidados emergentes qualificados”**, não **“Contribui para assegurar uma maior qualidade na assistência aos doentes”**, não **“Contribui para uma maior eficácia na gestão dos recursos”**, não **“Contribui para o aumento do grau de satisfação dos utentes”** nem tão pouco se **“Adapta às necessidades da população”**.

Tabela 12. Reorganização dos serviços de urgência no distrito de Bragança

		Utentes	
		n	%
Contribui para melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde urgentes e emergentes	Sim	102	32,5
	Não	140	44,6
	Não sei	64	20,4
	Não responde	8	2,5
Beneficia os doentes que carecem de cuidados emergentes qualificados	Sim	82	26,1
	Não	151	48,1
	Não sei	71	22,6
	Não responde	10	3,2
Contribui para assegurar uma maior qualidade na assistência aos doentes	Sim	94	29,9
	Não	134	42,7
	Não sei	76	24,2
	Não responde	10	3,2
Contribui para uma melhor eficácia na gestão dos recursos	Sim	100	31,8
	Não	117	37,3
	Não sei	87	27,7
	Não responde	10	3,2
Contribui para um aumento do grau de satisfação dos utentes	Sim	69	22,0
	Não	168	53,5
	Não sei	68	21,7
	Não responde	9	2,9
Adapta-se às necessidades da população	Sim	68	21,7
	Não	165	52,5
	Não sei	75	23,9
	Não responde	6	1,9

Fonte: Elaboração própria

No que respeita à satisfação dos inquiridos relativamente aos vários aspetos relacionados com a rede de urgência os resultados, que apresentamos na Tabela 13 que se segue, mostram que o nível de satisfação com a **“Abertura dos serviços de urgência básica de Macedo de Cavaleiros, Mogadouro e Vila Nova de Foz Côa”** a maioria dos inquiridos manifesta “indiferença”.

Relativamente ao **“Acesso a meios de emergência”**, entre 30 a 36% dos inquiridos manifestam “indiferença”, entre 6,7% a 40% dizem-se “muito satisfeitos” e “satisfeitos” e menos de 20% estão “insatisfeitos”. Há ainda 5,7% a 10% que não responderam.

Quanto ao acesso a **“Cuidados de urgência adequados”**, 46% estão “satisfeitos/muito satisfeitos”, 22% “indiferentes”, 29% “insatisfeitos/muito insatisfeitos” e cerca de 3% não responderam.

Sobre a **“Qualidade na assistência em situações urgentes”**, 45% estão “satisfeitos/muito satisfeitos”, 23% estão “indiferentes”, 2, 28% “insatisfeitos/muito insatisfeitos” e cerca de 4% não responderam.

Relativamente à **“Segurança na assistência em situações de urgência”**, 40% estão “satisfeitos/muito satisfeitos”, 28% manifestaram-se “indiferentes”, 28% “insatisfeitos/muito insatisfeitos” e cerca de 4% não responderam.

A propósito da **“Distribuição dos pontos de rede de urgências”**, apenas 27% estão “satisfeitos/muito satisfeitos”, 26% “indiferentes”, 43% “insatisfeitos/muito insatisfeitos” e cerca de 5% não responderam.

No que respeita ao **“Acesso às consultas médicas no centro de saúde”** é para 59% motivo de “satisfação/muita satisfação”, 18% estão “indiferentes”, 26% “insatisfeitos/muito insatisfeitos” e cerca de 2% não responderam.

Quanto ao **“Acesso às consultas externas do hospital de Mirandela, Macedo de Cavaleiros e Bragança”**, os “satisfeitos/muito satisfeitos” variam entre os 33 e os 38%, sendo mais baixa em Macedo de Cavaleiros. Os “indiferentes” variam entre os 21 e 22% e os “insatisfeitos/muito insatisfeitos” variam entre os 26 e 27% para as três unidades mencionadas. Os inquiridos que não responderam correspondem a 3% do total.

Por último, quando inquiridos sobre a **“Racionalidade da utilização de recursos humanos e materiais”**, 30% estão “satisfeitos/muito satisfeitos”, cerca de 33% estão “indiferentes”, 35% estão “insatisfeitos/muito insatisfeitos” e 3% dos inquiridos não responderam.

Assim, e no global, os utentes que responderam à questão **“Satisfação com a rede de urgências”**, manifestam-se muito indiferentes.

Baseados na literatura e no estudo realizado por Novo, 2010, a procura e a utilização dos serviços de saúde está ligada ao nível de satisfação que o utente tem em relação a esses serviços. Assim podemos aceitar que a indiferença manifestada em relação à satisfação com a rede de urgências, pode estar relacionada com a não utilização dos serviços ou até com o desconhecimento da existência dos mesmos.

Quanto à opinião dos inquiridos sobre o que fazer para melhorar o acesso aos cuidados de urgência, obtivemos mais de 70% de respostas afirmativas com a maior parte deles, 84,4%, a aceitar que **“Reforçar os cuidados de saúde primários”** é a melhor forma de melhorar o acesso aos cuidados de urgência. 78,3% Referem que deve existir **“Uma rede de referência organizada para o encaminhamento correto em função da necessidade clínica”** e, conseqüentemente, a mesma percentagem (78%) a defender a criação de uma **“Emergência pré-hospitalar qualificada”**. 72,9% Referem ser igualmente necessário **“Reforçar os sistemas de informação aos cidadãos (Linha Saúde 24)”** e, por último, e não menos importante, **“Possuir um meio de pedido de socorro (número nacional de emergência médica – 112)”**. Verificamos que a opinião manifestada vai de encontro às recomendações da Comissão Técnica que assegura a melhoria da resposta da rede de urgência com o reforço dos Cuidados de Saúde Primários e da Emergência Pré-hospitalar.

Analisando as respostas negativas, observamos que a melhoria dos cuidados de urgência, para 9,6%, não passa por ter um meio de pedido de socorro, talvez porque reconhecem que este já existe. Para 7,3% não interessa reforçar a Linha Saúde 24, para 4,8% de nada vale existir emergência pré-hospitalar qualificada, para 3,8% uma rede de referência organizada para o encaminhamento correto em função da necessidade clínica e, por último, 1,9% desvaloriza a importância de reforçar os cuidados de saúde primários. Destaca-se, também, que entre 10% e 15% não tem opinião sobre o impacto das medidas na melhoria ao acesso a cuidados de urgência e há, ainda, entre 4% a 6% de inquiridos que não responderam.

Tabela 13. Satisfação com a rede de urgência

		MS	S	Ind.	Ins.	MI	NR	
SUB Macedo de Cavaleiros	n	19	82	162	33	9	9	
	%	6,1	26,1	51,6	10,5	2,9	2,9	
SUB Mogadouro	n	18	61	177	38	11	9	
	%	5,7	19,4	56,4	12,1	3,5	2,9	
SUB Vila Nova de Foz Côa	n	20	67	169	30	18	10	
	%	6,4	21,3	53,8	9,6	5,7	3,2	
	SIV	n	21	104	101	51	11	26
		%	6,7	33,1	32,2	16,2	3,5	8,3
	SBV	n	22	101	101	48	11	31
		%	7	32,2	32,2	15,3	3,5	9,9
Meios de emergência	Bombeiros	n	27	126	93	41	9	18
		%	8,6	40,1	29,6	13,1	2,9	5,7
	VMER	n	24	94	112	49	11	24
		%	7,6	29,9	35,7	15,6	3,5	7,6
	Helicóptero	n	41	86	113	37	14	23
		%	13,1	27,4	36,0	11,8	4,5	7,3
Acesso a cuidados de urgência adequados	n	27	118	69	60	31	9	
	%	8,6	37,6	22,0	19,1	9,9	2,9	
Qualidade na assistência em situações de urgência	n	19	123	72	72	16	12	
	%	6,1	39,2	22,9	22,9	5,1	3,8	
Segurança na assistência em situações de urgência	n	19	107	88	71	17	12	
	%	6,1	34,1	28,0	22,6	5,4	3,8	
Distribuição dos pontos de rede de urgências	n	18	66	80	83	51	16	
	%	5,7	21,0	25,5	26,4	16,2	5,1	
Acesso às consultas médicas no centro de saúde	n	33	139	55	64	17	6	
	%	10,5	44,3	17,5	20,4	5,4	1,9	
Acesso às consultas externas do hospital de Mirandela	n	21	98	101	68	15	11	
	%	6,7	31,2	32,2	21,7	4,8	3,5	
Acesso às consultas externas do hospital de Macedo de Cavaleiros	n	20	82	119	67	16	10	
	%	6,4	26,1	37,9	21,3	5,1	3,2	
Acesso às consultas externas do hospital de Bragança	n	21	98	100	69	17	9	
	%	6,7	31,2	31,8	22,0	5,4	2,9	
Racionalidade na utilização de recursos humanos e materiais	n	15	78	102	68	42	9	
	%	4,8	24,8	32,5	21,7	13,4	2,9	

Fonte: Elaboração própria

Com o objetivo de proporcionar uma fácil compreensão das respostas obtidas apresentamos, nas Figuras 8 e 9 que se seguem, por ordem decrescente as respostas positivas e negativas, respectivamente.

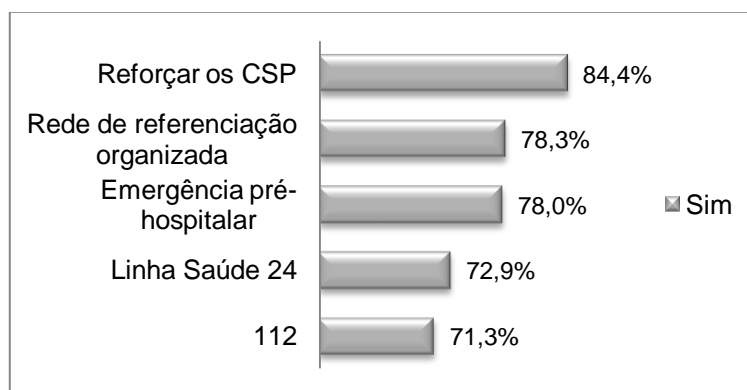


Figura 8. Respostas positivas, para melhorar o acesso aos cuidados de urgência

Fonte: Elaboração própria

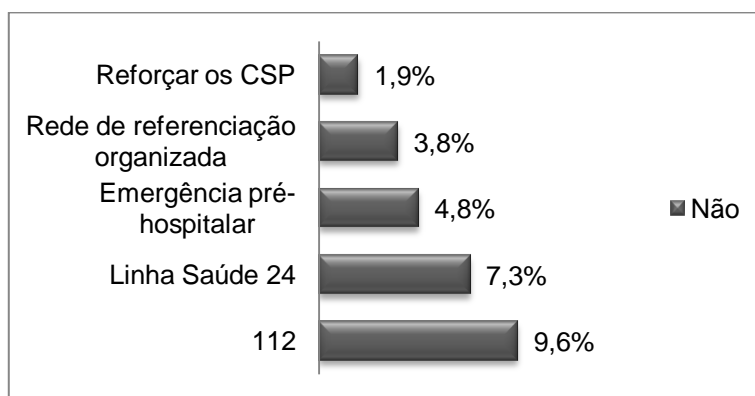


Figura 9. Respostas negativas: para melhorar o acesso aos cuidados de urgência

Fonte: Elaboração própria

Para complementar a análise, elaboramos a *Figura 10* que se segue com o objetivo de apresentar uma posição comparativa das respostas positivas e negativas obtidas em função das prioridades atribuídas.

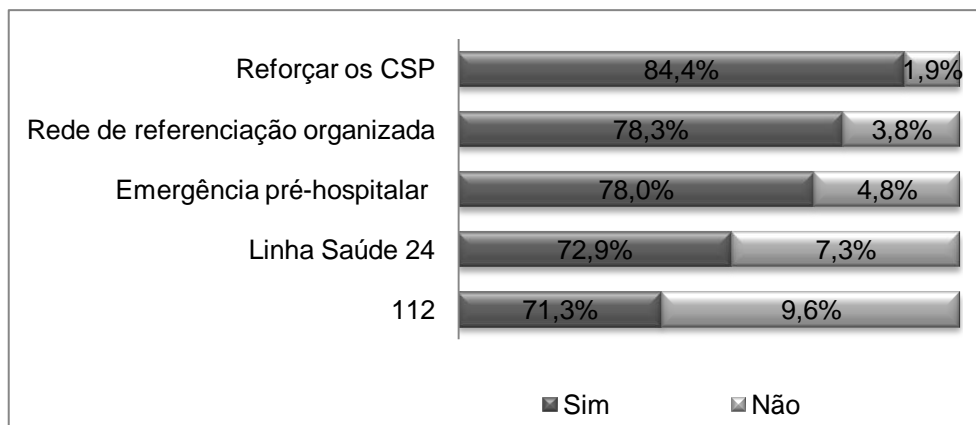


Figura 10. Comparação das respostas negativas em função da prioridade das respostas positivas.

Fonte: Elaboração própria

Para uma melhor compreensão apresentamos, na Tabela 14 que se segue, os resultados obtidos, quando inquiridos sobre a forma de melhorar o acesso aos cuidados de urgência.

Tabela 14. Melhorar o acesso aos cuidados de urgência implica:

		Utentes	
		n	%
Possuir um meio de pedido de socorro (número nacional de emergência média – 112)	Sim	224	71,3
	Não	30	9,6
	Não sei	40	12,7
	Não responde	20	6,4
Emergência pré-hospitalar qualificada	Sim	245	78,0
	Não	15	4,8
	Não sei	36	11,5
	Não responde	18	5,7
A existência de uma rede de referência organizada para o encaminhamento correto em função da necessidade clínica	Sim	246	78,3
	Não	12	3,8
	Não sei	40	12,7
	Não responde	16	5,1
Reforçar os cuidados de saúde primários	Sim	265	84,4
	Não	6	1,9
	Não sei	31	9,9
	Não responde	12	3,8
Reforçar os sistemas de informação aos cidadãos (linha saúde 24)	Sim	229	72,9
	Não	23	7,3
	Não sei	48	15,3
	Não responde	14	4,5

Fonte: Elaboração própria

3.2 Análise Inferencial

A análise inferencial permite a generalização, a uma população, dos resultados obtidos, através da análise descritiva, de uma amostra.

Para testar as hipóteses em estudo, utilizou-se o teste não paramétrico de independência do χ^2 (Qui- quadrado) por se tratar de uma análise entre variáveis categóricas e assim descrever a associação entre as variáveis, considerando-se o nível de significância (α) de 5%. Se p -value $<0,05$, rejeita-se a hipótese nula (H_0) e se p -value $>0,05$, não existe evidência suficiente para rejeitar a hipótese nula.

H₁: Existe relação entre o gênero e a consulta aberta.

Relativamente à H₁ e para um nível de significância de 5%, os resultados obtidos mostram que a utilização da consulta aberta não está relacionada com o gênero, conforme se pode concluir da observação à Tabela 15 que se segue.

Tabela 15. Relação entre o gênero e a consulta aberta

		Feminino	Masculino	ET	Valor de prova
O que entende por consulta aberta	Emergência/urgência	67 (70)	40 (37)	4,012	0,265
	Consulta não programada	118 (113,1)	55 (59,9)		
	Receita médica	6 (4,6)	1 (2,4)		
	Não sabe	13 (16,3)	12 (8,7)		
Finalidade da consulta aberta	Situações emergentes/urgentes	84 (85,0)	46 (45,0)	1,431	0,698
	Situações agudas não programáveis	91 (87,0)	42 (46,0)		
	Utentes sem médico de família	11 (12,4)	8 (6,6)		
	Não sei	18 (19,6)	12 (10,4)		
Motivo que o levou à consulta aberta	Adoentado há vários dias sem sentir melhoras	59 (59,7)	32 (31,3)	1,509	0,845
	Adoentado há algum tempo sem ter melhorado	27 (24,9)	11 (13,1)		
	Adoeci de repente	98 (98,3)	52 (51,7)		
	Um acidente	4 (5,2)	4 (2,8)		
	Outro motivo	8 (7,9)	4 (4,1)		

Fonte: Elaboração própria

Numa primeira observação, parecia haver associação entre o género e a Consulta Aberta. No entanto, após análise, verificamos $p\text{-value} > 0,05$ e por isso não existem evidências estatísticas suficientes, para afirmar que o género e a Consulta Aberta estejam associados. Rejeitamos portanto H_0 .

H₂: Existe relação entre o entendimento/finalidade da Consulta Aberta e o concelho de residência.

Para testar a relação entre o Centro de saúde e o entendimento sobre o que é a consulta aberta recorreu-se ao teste do qui-quadrado e como não se verificaram os pressupostos de aplicabilidade optamos por considerar as categorias mais representativas em linha e em coluna de forma a obter tabelas 2 por 2.

Na Tabela 16, apresentam-se os resultados obtidos, nomeadamente, frequências absolutas e frequências esperadas em cada categoria, estatística de teste e valor de prova associado.

Tabela 16. Relação entre o entendimento/finalidade da Consulta aberta e o concelho de residência

		Alfândega da Fé	Torre de Moncorvo	ET	Valor de prova
O que entende por consulta aberta	Emergência/urgência	27 (40,1)	51 (37,9)	13,658	<0,001*
	Consulta não programada	85 (71,9)	55 (68,1)		
Finalidade da consulta aberta	Situações emergentes/urgentes	50 (50,4)	56 (55,6)	0,014	0,999
	Situações agudas não programáveis	48 (47,6)	52 (52,4)		

Fonte: Elaboração própria

Quanto **ao entendimento do que é a consulta aberta**, o valor de prova obtido é inferior ao nível de significância adotado e assim, podemos afirmar que há uma relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis. Sendo a resposta mais correta **“Local onde posso recorrer quando necessito de uma consulta médica não programada”** analisamos em particular as suas frequências observadas e as esperadas atendendo ao local. Assim:

- i. 85 utentes de Alfândega da Fé responderam “corretamente” quando se esperava apenas 71,9;
- ii. 55 utentes de Torre de Moncorvo responderam “corretamente” mas esperavam-se 68,1;

Desta análise destaca-se que os utentes de Alfândega da Fé têm um melhor entendimento do que é a consulta aberta do que os restantes utentes. Da análise das respostas para os que consideram que se deve recorrer à consulta aberta em caso de emergência/urgência destaca-se os 51 utentes de Torre de Moncorvo quando se esperavam 37,9.

Quanto à **finalidade da consulta**, o valor de prova obtido foi de 0,999 que é superior ao nível de significância adotado (5%) e como tal não há uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis.

H₃: Existe relação entre o concelho de residência e as razões de preferência da Consulta Aberta

Os resultados obtidos nos testes de associação entre o local de residência e as razões pelas quais os inquiridos preferem a Consulta Aberta são apresentados na Tabela 17 que se segue.

Tabela 17. Relação entre o concelho de residência e as razões de preferência da consulta aberta

		Alfândega da Fé	Torre de Moncorvo	Outro	ET	Valor de prova
Atendimento mais rápido	Sim	66 (78,5)	85 (77,2)	47 (42,3)		
	Não	33 (21,0)	12 (20,7)	8 (11,3)	15,020	0,005**
	Não sei	16 (15,5)	16 (15,2)	7 (8,3)		
Não consegue consulta com o médico de família	Sim	55 (51,2)	40 (49,3)	34 (28,5)		
	Não	44 (48,0)	55 (46,3)	22 (26,7)	6,135	0,190
	Não sei	9 (8,7)	9 (8,4)	4 (4,9)		
Não tem médico de família	Sim	41 (32,4)	23 (29,3)	16 (18,3)		
	Não	54 (65,9)	69 (59,7)	40 (37,3)	10,468	0,032*
	Não sei	11 (7,7)	4 (7,0)	4 (4,4)		
Precisa de atestado médico	Sim	21 (16,2)	7 (14,7)	12 (9,2)		
	Não	71 (80,1)	84 (72,5)	43 (45,3)	12,854	0,011*
	Não sei	14 (9,7)	5 (8,8)	5 (5,5)		
Precisa de receita médica	Sim	39 (28,4)	9 (25,0)	21 (15,6)		
	Não	60 (72,0)	82 (63,4)	33 (39,6)	28,178	<0,001**
	Não sei	10 (8,6)	5 (7,6)	6 (4,8)		
Precisa de ajuda urgente	Sim	73 (80,0)	84 (75,7)	43 (44,3)		
	Não	29 (24,0)	17 (22,7)	14 (13,3)	5,521	0,238
	Não sei	10 (8,0)	5 (7,6)	5 (4,4)		

Fonte: Elaboração própria

Atendendo aos valores de prova comprova-se que há uma relação estatisticamente significativa entre o local e o “atendimento mais rápido”, o “não ter médico de família”, o “precisar de atestado médico” e “precisa de receita médica”. A este respeito permitimo-nos destacar que:

- i. Os utentes de Alfândega da Fé não recorrem à CA por ser mais rápida, contrariamente aos utentes de Torre de Moncorvo;
- ii. Os utentes de Alfândega da Fé recorrem mais do que o esperado à CA quando não têm médico de família e regista-se o contrário em Torre de Moncorvo;
- iii. Os utentes de Alfândega da Fé recorrem à CA mais do que deviam quando precisam de atestado médico contrariamente aos utentes de Torre de Moncorvo;
- iv. Os utentes de Alfândega da Fé também recorrem à CA em demasia quando precisam de uma receita médica ao contrário dos utentes de Torre de Moncorvo;
- v. Os utentes dos outros Centros de Saúde recorrem em demasia à CA por ser mais rápida, quando precisam de atestado médico e de uma receita, e menos do que o esperado quando não têm médico de família.

As Tabelas 18 e 19 apresentam os resultados dos testes de associação entre as variáveis relativas à Consulta Aberta, nomeadamente no que respeita ao que o utente entende por Consulta Aberta e a finalidade da Consulta Aberta, e o que fazer em caso de emergência, urgência ou consulta médica não programada. Relativamente às respostas obtidas nestas últimas variáveis consideraram-se apenas as categorias com mais respostas. Assim, em caso de emergência e urgência consideraram-se apenas “acionar INEM pelo 112” e “Consulta Aberta do Centro de Saúde mais próximo”. Na necessidade de uma consulta não programada para além das duas categorias anteriores considerou-se ainda a resposta “Não sei”.

H₄: O entendimento de Consulta Aberta interfere no procedimento a ter em caso de emergência, urgência e consulta médica não programada.

A este respeito, a Tabela 18 permite constatar que há uma relação estatisticamente significativa entre o que se entende por Consulta Aberta e a necessidade de uma consulta médica não programada pois o valor de prova obtido é inferior a 5%. Assim, da análise à referida tabela, em particular da comparação entre as frequências observadas e as esperadas pode afirmar-se que:

- i. Dos que consideram que a Consulta Aberta é o local onde devem recorrer em caso de emergência/urgência, há um desconhecimento do que fazer quando precisam de uma consulta médica não programada, pois 12 acionam o INEM quando deveriam ser apenas 7,5 e 83 dirigem-se a uma Consulta Aberta quando deveriam ser 89;

- ii. Dos que consideram que a Consulta Aberta serve para consultas médicas não programadas há 150 que optariam por esse serviço para uma consulta médica não programada quando são esperados 143,4 e apenas 6 acionariam o INEM sendo esperados 12,5. Assim, no global os inquiridos tomam uma decisão correta.

Tabela 18. Relação entre o que entende por consulta aberta e os procedimentos a ter em caso de emergência, urgência e consulta médica não programada

		O que entende por consulta aberta				ET	Valor de prova
		Emergência/urgência	Consulta médica não programada	Receita médica	Não sei		
Em caso de emergência	Acionar INEM via 112	71 (72,4)	113 (114,5)	4 (5,1)	17 (13,0)	5,899	0,105
	Consulta aberta do centro de saúde	29 (27,6)	45 (43,5)	3 (1,9)	1 (5,0)		
Em caso de urgência	Acionar INEM via 112	59 (64,3)	95 (92,8)	4 (4,6)	17 (13,3)	4,976	0,168
	Consulta aberta do centro de saúde	38 (32,7)	45 (47,2)	3 (2,4)	3 (6,7)		
Consulta médica não programada	Acionar INEM via 112	12 (7,5)	6 (12,5)	0 (0,4)	4 (1,6)	13,932	0,018*
	Consulta aberta do centro de saúde	83 (86,0)	150 (143,4)	6 (5,1)	14 (18,6)		
	Não sei	7 (8,5)	14 (14,2)	0 (0,5)	4 (1,8)		

Fonte: Elaboração própria

H₅: A finalidade da consulta aberta interfere no procedimento a ter em caso de emergência, urgência e consulta médica não programada.

A este respeito verificámos que há, também, uma relação significativa entre a finalidade da Consulta Aberta e o que fazer quando se necessita de uma consulta médica não programada, conforme Tabela 19 que se segue. Confirma-se, assim, algum desconhecimento sobre a correta forma de agir bem como da finalidade da Consulta Aberta, na medida em que os que consideraram a consulta aberta para situações emergentes/urgentes quando precisam de uma consulta não programada chamam o INEM em maior número que o esperado, 12 face a 9,1, e optam por Consulta Aberta em menor número que o esperado, 103 face a 104,6. Os que consideram a consulta aberta para situações agudas não programáveis agem corretamente em maior número que o esperado, 119 face a 110,5.

Tabela 19. Relação entre a finalidade da consulta aberta e os procedimentos a ter em caso de emergência, urgência e consulta médica não programada

		A finalidade da consulta aberta é:				ET	Valor de prova
		Atender situações emergentes/urgentes	Situações agudas não programáveis	Atender utentes sem médico de família	Não sei		
Em caso de emergência	Acionar INEM via 112	87 (89,1)	82 (86,9)	14(11,6)	22 (17,4)	7,455	0,057
	Consulta aberta do centro de saúde	36 (33,9)	38 (33,1)	2 (4,4)	2 (6,6)		
Em caso de urgência	Acionar INEM via 112	83 (78,9)	63 (68,9)	11 (9,9)	18 (17,2)	2,589	0,464
	Consulta aberta do centro de saúde	36 (40,1)	41 (35,1)	4 (5,1)	8 (8,8)		
Consulta médica não programada	Acionar INEM via 112	12 (9,1)	4 (9,6)	2 (1,3)	4 (2,0)	16,106	0,007**
	Consulta aberta do centro de saúde	103 (104,6)	119 (110,5)	14 (15,2)	17 (22,8)		
	Não sei	9 (10,3)	8 (10,9)	2 (1,5)	6 (2,3)		

Fonte: Elaboração própria

Em qualquer uma das situações consideradas é também importante salientar os que não sabem como agir e os que não sabem para que serve a Consulta Aberta. Neste particular, e face à forma correta de atuação para cada situação, podemos afirmar que, de um modo geral, a população não sabe como agir perante situações de emergência/urgência recorrendo aos serviços errados.

Conclusões, limitações e sugestões para investigação futura

O presente trabalho de investigação constituiu um processo complexo. Desde a seleção do tema até à conclusão do mesmo, representou um longo e penoso caminho. Algumas das dificuldades sentidas não eram, à partida, de todo ignoradas nem constituíram qualquer surpresa. Decidimos, mesmo assim, avançar. O desafio, vontade e a esperança de podermos apresentar, ainda que modestos, alguns contributos, falou mais alto.

Assim, a problemática trazida para a investigação parte do pressuposto que os resultados obtidos possam aportar algo capaz de proporcionar melhores condições aos utilizadores dos serviços de saúde do distrito de Bragança. Neste sentido, foi o mesmo desenvolvido com o objetivo de avaliar a perceção dos utentes do ACES Nordeste face à reorganização dos SU.

Deste estudo conclui-se, que a maioria dos utentes considera que a CA é o local onde pode recorrer quando necessita de uma consulta médica não programada; recorre à CA por ser mais rápido o atendimento e precisar de ajuda urgente; o atendimento prestado pelos diferentes profissionais que lá trabalham é encarado de uma forma geral como aceitável/suficiente para os médicos e assistentes operacionais e bom para os enfermeiros e assistentes técnicos; garante que não lhe é transmitida qualquer informação adicional, por parte dos profissionais de saúde, quando recorrem a este serviço; aciona o INEM em situações de emergência e urgência e recorrem à CA do Centro de Saúde mais próximo quando necessitam de uma consulta não programada.

Na opinião geral dos utentes, a reorganização dos serviços de urgência no distrito de Bragança não melhora o acesso aos cuidados de saúde nem a gestão dos recursos, também não aumenta a qualidade na assistência e nem tão pouco contribui para aumentar o grau de satisfação dos utentes, pelo que se manifestam indiferentes com a nova rede de urgências.

Apesar de tudo isto, de uma forma global, reforçar os cuidados de saúde primários e os sistemas de informação e comunicação, aliados a uma emergência pré-hospitalar qualificada, pode levar à melhoria do acesso aos cuidados de urgência.

Para além da análise descritiva, do trabalho realizado, permitimo-nos retirar um conjunto de conclusões, nomeadamente no que respeita às hipóteses de investigação levantadas:

1. A utilização da CA não está relacionada com o género do utente;
2. Que há uma relação estatisticamente significativa entre o entendimento/finalidade da CA e o concelho de residência
3. Que há uma relação estatisticamente significativa entre o concelho de residência e as razões de preferência da CA, ou seja, com relação ao “atendimento mais rápido”, o “não ter médico de família”, o “precisar de atestado médico” e “precisa de receita médica”.

4. Que há uma relação estatisticamente significativa entre o que se entende por CA e a necessidade de uma consulta médica não programada, ou seja, que o entendimento de consulta aberta interfere no procedimento a ter em caso de emergência, urgência e consulta médica não programada; e
5. Que há uma relação significativa entre a finalidade da CA e o que fazer quando se necessita de uma consulta médica não programada, isto é, que a finalidade da CA interfere no procedimento a ter em caso de emergência, urgência e consulta médica não programada.

Permitimo-nos extrair, porém, como principal conclusão, que, face á forma correta de atuação, tendo em conta a rede de urgências do distrito, de um modo geral a população não sabe como agir, nomeadamente, os que não sabem o que é a CA não sabem o que fazer quando necessitam de uma consulta não programada e os que consideram a CA para situações emergentes/urgentes, acionam o INEM quando precisam de uma consulta não programada.

Esta conclusão assenta na constatação de que, não raras vezes, os utentes não utilizam corretamente os serviços de saúde disponíveis.

Neste sentido, consideramos não só útil quanto oportuno, transmitir ao Conselho de Administração da ULS do Nordeste assim como á população em geral estes resultados para que, de alguma forma, seja através de ações de sensibilização, de folhetos informativos ou por outras vias, se dê a conhecer devidamente a reorganização dos serviços de saúde existentes na ULS do Nordeste, os pressupostos em que a mesma assentou e o que se espera de cada valência criada.

Estamos, porém, conscientes de que as conclusões são limitadas. Desde logo pela dimensão da amostra, o que retira capacidade explicativa comparativamente à população em estudo. O tipo de variáveis em estudo constitui também uma limitação. A utilização de variáveis qualitativas/catóricas limitou os testes de hipóteses. Acresce, também, o número de questionários respondidos, que ficou aquém das nossas expectativas. Tal reflete, um pouco, a exaustão ou falta de paciência dos utentes relativamente à situação do país em geral e à reforma da saúde em particular. O período de observação também não foi o melhor. O facto de o questionário ter sido aplicado nos meses de Verão ponderou negativamente porque a afluência à CA neste período é baixa quando comparada com “épocas endémicas”, como é o caso do Inverno, em que os utentes recorrem mais vezes aos serviços de saúde por gripe, constipações e doenças relacionadas.

Estas limitações abrem portas para o desenvolvimento de trabalhos futuros, utilizando ou não a mesma metodologia, mas aplicados a amostras maiores, de outras regiões territoriais, com período de observação diferente e com a utilização de variáveis que permitam a realização de outros testes e direcionado também para os profissionais de saúde.

Referências Bibliográficas

- Antunes, M. (2001). *A Doença da Saúde. Serviço Nacional de Saúde: ineficiência e desperdício*. Lisboa: Quetzal Editores.
- Barañano, A. (2004). *Métodos e Técnicas de Investigação em gestão: Manual de apoio à realização de trabalhos de investigação*. Editora Sílabo: Lisboa.
- Biscaia, A. (2006). A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Revista portuguesa de medicina geral e familiar*, 22 (1), 67-79.
- Biscaia, A. Martins, J., Carreira, M., Gonçalves, I., Antunes, A. & Ferrinho, P. (2006). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal, Reformar para Novos Sucessos*. Lisboa: Padrões Culturais Editora
- Branco, A., & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5-12.
- Brito de Sá, A. (2002). Urgência hospitalar e Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 18(5), 347-348.
- Campos, A. (2001). Despesa e défice na saúde: o percurso financeiro de uma política pública. *Análise Social*, XXXVI(161), 1079-1104
- Campos, A. (2008). *Reformas da Saúde: O fio Condutor*. Coimbra: Almedina.
- Carret, M., Fassa, A. & Domingues, M., (2009). Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Saúde Pública*, 25(1), 7-28.
- Castro, C. (2005). Cuidados de saúde primários: que modelo? *Enfermagem em Foco*, 14(60), 28-29.
- Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência [CRRNEU] (2012, fevereiro). *Relatório de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*.
- Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências [CTAPRU] (2007, janeiro). *Relatório final*.
- Cortez, A. (2009). *Utilização das urgências hospitalares e acesso aos cuidados de saúde primários. O impacto da implementação das USF na procura dos serviços de urgência*. Tese apresentada à Universidade Nova de Lisboa.
- Entidade Reguladora da Saúde [ERS] (2009). *Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS*.

- Farinha, R. (2007). Otimização de redes de cuidados de saúde: Desenvolvimento de um modelo de simulação discreta com aplicação à sub-região de saúde de Setúbal. Tese apresentada à Universidade Técnica de Lisboa.
- Fernandes, P. (2011). Que perfis concorrem para a satisfação do doente que recorre ao serviço de urgência – aplicação ao CHNE. Tese apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança.
- Fialho, S. (2008). Family Health Units vs Primary Health Care Centres. Development of a discrete event simulation model to compare the performance of the two organizational models. Tese apresentada à Universidade Técnica de Lisboa.
- Fortin, M. (1999). O processo de Investigação: da conceção à realização. Loures. Lusociência.
- Gago, A. (2008). O Financiamento Hospitalar e os Grupos de Diagnósticos Homogéneos. Tese apresentada à Universidade de Aveiro.
- Gil, A. (1991). Como elaborar projetos de pesquisa. 3ª Edição. São Paulo: Atlas.
- Gomes, C. (2008). Contato com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência: Satisfação do utente. Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa.
- Gouveia M., Silva S., Oliveira P. & Miguel L. (2006). Análise dos Custos dos Centros de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental. Lisboa, Missão para os Cuidados de Saúde Primários.
- Hill, M. & Hill, A. (2005). Investigação por questionário. Lisboa. Edições Sílabo.
- http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Consulta_Aberta_MCSP_20071213.pdf
- Imprensa Nacional Casa da Moeda:
- INEM (2012, abril). Plano de atividades.
- Marques, A. (2007a). Proposta de Requalificação das Urgências - Esclarecimentos adicionais. Comunicado nº 1/2007. Porto.
- Marques, A. (2007b). Requalificação das Urgências e alegado encerramento de Serviços. Comunicado nº 2/2007. Porto.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários [MCSP], 2007. Consulta Aberta.
- Moskop, J., Sklar, D., Geideman J., Schears R. & Bookman, K. (2009). Emergency Department Crowding, In Part 1. *Concept, Causes and Moral Consequences. American Journal of Emergency Medicine*; 53, 605-611.
- Northington, W., Brice, J. & Zou, B. (2005). Use of an Emergency department by nonurgent patients. *American Journal of Emergency Medicine*, 23, 131-137.

- Novo, L. (2010). A Procura de Cuidados de Saúde no Distrito de Viana do Castelo. Tese apresentada à Faculdade de Economia da Universidade do Porto.
- Nunes, N. (2008, junho). Movimentos de Saúde na Sociedade Portuguesa: Uma Primeira Abordagem Exploratória. *Comunicação apresentada no VI Congresso Português de Sociologia. Lisboa.*
- Nunes, R. & Rego, G. (2002). Prioridades na Saúde. Porto: McGraw-Hill.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2006
- Oliveira, A. (2008). Gestão estratégica da imagem: imagem do serviço de urgência pediátrica. *Revista de Investigação em Enfermagem, 18*, 41-52.
- Oliveira, A. (2008). Hiper Utilizadores e Urgência. *Acta Médica Portuguesa, 21(6)*, 553-558.
- Organização Mundial de Saúde [OMS], 2008. The World Health Report: Primary Health Care Now More Than Ever.
- Paulo, A. (2010, dezembro). SNS: Caracterização e Desafios. Artigo 09, Gabinete de planeamento, estratégia, avaliação e relações internacionais – Ministério das Finanças e da Administração Pública.
- Pego, M. (1998). Qualidade dos serviços de urgência: a perspetiva dos utentes. Tese apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Pereira, E. & Costa, M. (2007). Os centros de saúde em Portugal e o cuidado no idoso no contexto domiciliário: estudo de um Centro de Saúde. *Texto & Contexto Enfermagem, 16* (3).
- Pita Barros, P. (2008, outubro). Os modelos de financiamento da saúde e as formas de pagamento aos hospitais: em busca da eficiência e da sustentabilidade. *Comunicação apresentada na 3ª Conferência de Gestão Hospitalar dos Países de Língua Portuguesa, Lisboa, Portugal.*
- Portal da Saúde: História do Serviço Nacional de Saúde, publicado a 24 de fevereiro de 2010. Acedido a 9 de novembro de 2013, em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). Manual de investigação em ciências sociais. (5ª edição). Lisboa: Gradiva.
- Ramos, V. (2007). Os cuidados de saúde primários em Portugal: contextualização histórica. *Revista Missão dos Cuidados de Saúde Primários. 6-11.*
- Rede de Referência Hospitalar [RRH], 2001. Rede hospitalar de urgência/emergência. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

- Redondo, P. (2009). Mapeamento de processos em centros de saúde. Tese apresentada à Universidade de Aveiro.
- Reidy, M., & Mercier, L. (2003). A triangulação. In Fortin, M. *O processo de investigação da conceção à realização*. (3ª edição), (321-328). Loures: Lusociência.
- Reis, V. & Falcão, E. (2003). Hospital público português: da crise à renovação? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(2), 5-14.
- Reis, V. & Falcão, E. (2003). Hospital público português: da crise à renovação? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(2), 5-14.
- Rodrigues, R. (2009). Satisfação global aferida pelos pacientes: uma aplicação ao serviço de urgência português. Tese apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Sakellarides, C. (2001). De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 101-108.
- Sakellarides, C. (2001). De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 101-108.
- Saltman, B., Rico, A. & Boerma, W. (2006). Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Open University Press.
- Silva, C., Lopes, A., Massapina, I. & Santos, T. (Maio, 2007). Estudo da Satisfação dos Utentes do Hospital do Espírito Santo de Évora EPE. Évora: Universidade de Évora.
- Silva, M. (2012). Políticas Públicas de Saúde: Tendências recentes. *Sociologia, problemas e práticas*, 69, 121-128.
- Simões, J. (2004). *Retrato político da saúde. Dependência do percurso e inovação em saúde: Da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Simões, J. (2005). *Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.
- Simões, J. (2010). *Ética e cuidados de saúde primários. Um estudo descritivo em centros de saúde*. Tese apresentada à Universidade de Aveiro.
- Starfield, B. (2007). Global Health, Equity and Primary Care. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 20, 511-513.
- Starfield, B. (2007). Global Health, Equity and Primary Care. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 20, 511-513.

Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502.

Tsai, J., Liang, Y. & Pearson, W. (2010). Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems: patient preference and emergency department convenience. *Journal of the Formosan Medical Association*. 109(7), 533-542.

Vaz, C. & Catita, P. (2000). Cuidar no Serviço de Urgência. *Nursing*, 148, 14-17.

Zurro, A. & Pérez, J. (1991). Manual de cuidados primários. Organização e protocolos de atuação na consulta. Lisboa: Farmapress edições.

Legislação consultada:

Decreto-lei nº 11/93, publicado em 15/1, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Decreto-lei nº 157/99, publicado em 10/5, que aprova o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.

Decreto-lei nº 28/2008, publicado em 22/2, que aprova a criação dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

Decreto-lei nº 48/90, publicado em 24/8, que aprova a Lei de Bases da Saúde.

Decreto-lei nº 56/79, publicado em 15/9, que aprova a criação do Serviço Nacional de Saúde.

Decreto-lei nº 60/2003, publicado em 1/4, que aprova a criação da rede de cuidados de saúde primários.

Despacho nº 13377/2011, publicado em 6/8, que aprova a criação da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência.

Despacho nº 17736/2006, publicado em 31/8, que aprova a criação da Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência Geral.

Despacho nº 18459/2006, publicado em 30/7, que aprova a atualização da rede de serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde.

Despacho nº 11/2002, publicado em 6/3, que aprova a criação do serviço de urgência hospitalar, enquanto serviço de ação médica hospitalar.

Despacho nº 97/83, publicado em 22/4, que aprova a organização e funcionamento dos Centros de Saúde.

Anexo

Questionário: Reorganização dos serviços de urgência no Distrito de Bragança

Este questionário enquadra-se no âmbito do curso de Mestrado de Gestão de Organizações – Ramo Unidades de Saúde, da Escola Superior de Tecnologia e Gestão, no Instituto Politécnico de Bragança. Tem como principal objetivo identificar as perceções dos **utentes relativamente à reorganização dos serviços de urgência no Distrito de Bragança**.

Agradeço a sua opinião, esta é muito importante.

O questionário é anónimo.

Responda a todas as questões.

Coloque uma cruz na opção que corresponde à sua situação.

Dados pessoais

Género:

- Feminino
 Masculino

Idade (anos) _____

Estado civil:

- Solteiro(a)
 Casado(a) /União de facto
 Divorciado(a)
 Viúvo(a)
 Outro. Qual? _____

Habilitações Académicas:

- 1º Ciclo ensino básico (4º ano)
 2º Ciclo ensino básico (6º ano)
 3º Ciclo ensino básico (9º ano)
 12º Ano de escolaridade
 Bacharelato
 Licenciatura
 Mestrado
 Doutoramento

Profissão _____

Residência

Freguesia: _____

Concelho: _____

Distrito: _____

Serviços de Saúde – Consulta Aberta no Centro de Saúde

O que entende por Consulta Aberta?

- Local onde posso recorrer em caso de emergência/ urgência
- Local onde posso recorrer quando necessito de uma consulta médica não programada
- Local onde posso recorrer quando necessito de uma receita médica
- Não sei

A finalidade da Consulta Aberta é:

- Atender situações emergentes e urgentes
- Atender situações agudas não programáveis
- Atender utentes sem médico de família
- Não sei

Qual é o motivo de saúde que o levou à Consulta Aberta do Centro de Saúde?

- Adoentado(a) há vários dias sem sentir melhoras
- Adoentado(a) há algum tempo, tendo piorado
- Adoeci de repente
- Um acidente
- Uma outra razão. Qual? _____

Quais são as razões por que prefere a Consulta Aberta?

	Sim	Não	Não Sei
É mais rápido o atendimento?			
Não consegue consulta com o médico de família?			
Não tem médico de família?			
Precisa de um atestado médico?			
Precisa de uma receita médica?			
Precisa de ajuda urgente?			
O seu caso podia ser tratado num serviço de urgência?			
Outra razão. Qual? _____			

Na sua opinião, a Consulta Aberta é:

- Pouco movimentada
- Muito movimentado
- Não sei avaliar

Tendo em conta o atendimento prestado, como classifica o desempenho dos seguintes profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes técnicos e assistentes operacionais):

MÉDICOS

Atendimento	Muito Bom	Bom	Aceitável/ Suficiente	Mau	Muito Mau	Não sabe
Informação clínica prestada						
Desempenho clínico						
Simpatia						
Disponibilidade						
Cortesia						

ENFERMEIROS

Atendimento	Muito Bom	Bom	Aceitável/ Suficiente	Mau	Muito Mau	Não sabe
Informação clínica prestada						
Desempenho das funções						
Simpatia						
Disponibilidade						
Cortesia						

ASSISTENTE TÉCNICO (Administrativo)

Atendimento	Muito Bom	Bom	Aceitável/ Suficiente	Mau	Muito Mau	Não sabe
Desempenho das funções						
Simpatia						
Disponibilidade						
Cortesia						

ASSISTENTE OPERACIONAL (Auxiliar)

Atendimento	Muito Bom	Bom	Aceitável/Suficiente	Mau	Muito Mau	Não sabe
Desempenho das funções						
Simpatia						
Disponibilidade						
Cortesia						

Quais foram os resultados da sua ida à Consulta Aberta?

	Sim	Não
Foi para casa depois de ter sido tratado?		
Foi transferido para um serviço de urgência?		
Foi encaminhado para o médico de família?		

Depois de se ter dirigido à Consulta Aberta:

- Foi informado que procedeu corretamente
- Foi informado que deveria ter procurado outro serviço
- Não lhe foi dada qualquer outra informação adicional

Rede de urgências do Serviço Nacional de Saúde

Tendo em conta a nova rede de urgências:

O que deve fazer em caso de **emergência**?

- Acionar o INEM através da linha telefónica 112
- Dirigir-se ao Serviço de Urgência Básica de Macedo de Cavaleiros, Mogadouro ou

Vila Nova de Foz Côa

- Dirigir-se ao Serviço de Urgência do Hospital de Bragança ou do Hospital de

Mirandela

- Dirigir-se à Consulta Aberta (8h-22h) do Centro de Saúde mais próximo
- Não sei

O que deve fazer em caso de **urgência**?

Acionar o INEM através da linha telefónica 112

Dirigir-se ao Serviço de Urgência Básica de Macedo de Cavaleiros, Mogadouro ou

Vila Nova de Foz Côa

Dirigir-se ao Serviço de Urgência do Hospital de Bragança ou do Hospital de

Mirandela

Dirigir-se à Consulta Aberta (8h-22h) do Centro de Saúde mais próximo

Não sei

O que deve fazer quando necessita de uma **consulta médica não programada**?

Acionar o INEM através da linha telefónica 112

Dirigir-se ao Serviço de Urgência Básica de Macedo de Cavaleiros, Mogadouro ou

Vila Nova de Foz Côa

Dirigir-se ao Serviço de Urgência do Hospital de Bragança ou do Hospital de

Mirandela

Dirigir-se à Consulta Aberta (8h-22h) do Centro de Saúde mais próximo

Não sei

Na sua opinião, a reorganização dos serviços de urgência no distrito de Bragança:

	Sim	Não	Não sei
Contribui para melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde urgentes e emergentes.			
Beneficia os doentes que carecem de cuidados emergentes qualificados.			
Contribui para assegurar uma maior qualidade na assistência aos doentes.			
Contribui para uma maior eficácia na gestão dos recursos.			
Contribui para o aumento do grau de satisfação dos utentes.			
Adapta-se às necessidades da população.			

Apresente o seu grau de satisfação com a rede de urgências:

	Muito satisfeito	Satisfeito	Indiferente	Insatisfeito	Muito insatisfeito
Abertura do Serviço de Urgência Básica (SUB) de Macedo de cavaleiros.					
Abertura do Serviço de Urgência Básica (SUB) de Mogadouro.					
Abertura do Serviço de Urgência Básica (SUB) de Vila Nova de Foz Côa.					
Acesso aos meios de emergência existentes no Distrito:					
Ambulâncias SIV – Suporte Imediato de Vida.					
Ambulâncias SBV – Suporte Básico de Vida.					
Ambulâncias de emergência pré-hospitalares dos Bombeiros.					
VMER – Viatura Médica de Emergência e Ressuscitação.					
Helicóptero.					
Acesso a cuidados de Urgência adequados.					
Qualidade na assistência em situações de urgência.					
Segurança na assistência em situações de urgência.					
Distribuição dos pontos de Rede de Urgências					
Acesso às consultas médicas no Centro de Saúde.					
Acesso às consultas externas do Hospital de Mirandela.					
Acesso às consultas externas do Hospital de Macedo de Cavaleiros.					
Acesso às consultas externas do Hospital de Bragança.					
Racionalidade na utilização de recursos humanos e materiais.					

Na sua opinião, para melhorar o acesso aos cuidados de urgência, implica:

	Sim	Não	Não sei
Possuir um meio de pedido de socorro (número nacional de emergência médica – 112).			
Emergência pré-hospitalar qualificada.			
A existência de uma rede de referência organizada para o encaminhamento correto em função da necessidade clínica.			
Reforçar os cuidados de saúde primários.			
Reforçar os sistemas de informação aos cidadãos (Linha Saúde 24).			

Data: Junho 2012

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO NO PREENCHIMENTO DESTES QUESTIONÁRIOS