

resultados computadores profissionais
impacto financeiro privado Centros de Saúde
parcerias produtividade
sistemas de informação tratamento desempenho
custo estudo tomada de decisão análise
ACES regulação custo-efetividade
utentes público TIC indicadores SNS tecnologia
saúde eficácia investigação

Nuno Filipe Lage Alves

EFICÁCIA DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NA SAÚDE — NO CASO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA REGIÃO CENTRO

Dissertação de mestrado em Administração Pública sob a orientação científica da Professora Doutora
Sara Moreno Pires e apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra

Coimbra, 2013



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE DIREITO



Eficácia das Tecnologias de Informação e Comunicação na Saúde
– No caso dos Cuidados de Saúde Primários na Região Centro

Nuno Filipe Lage Alves

MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
2.º CICLO DE ESTUDOS

Dissertação apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração Pública, sob a orientação científica da Professora **Doutora Sara Moreno Pires**, Professora Auxiliar da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.

Coimbra, Dezembro 2013

Agradecimentos

À professora Doutora Sara Moreno Pires, por ter aceitado orientar esta dissertação de mestrado, pela disponibilidade, prontidão, rigor, correções, sugestões, apoio, dedicação e amizade demonstrada. Foi um privilégio ser seu aluno e orientando. Provavelmente a melhor orientadora que alguém poderá ter. Simplesmente Obrigado.

Ao professor Doutor Manuel Facas Vicente pelas explicações e ajuda no tratamento dos dados estatísticos. Fica também gravado como um professor exemplar na ajuda aos seus alunos que jamais esquecerei.

A todos os utentes que participaram no estudo, obrigado pela disponibilidade e colaboração.

À minha família. Aos meus filhos Ana e André, pela compreensão das minhas ausências das suas (nossas) brincadeiras e dos seus estudos, pelo seu amor incondicional e por serem a razão maior da minha vida, incentivo supremo para concluir este projeto. À minha esposa Carla, pela sua sublime tolerância às minhas ausências e falhas como Pai e marido, agradecer também a sua ajuda, apoio, companheirismo, leituras, carinho e amor. À minha querida irmã Antónia, pela disponibilidade, incentivo, apoio, ajuda e pelas leituras da dissertação no pouco tempo que tinha para descansar, agradecer também o seu carinho e amor. Às minhas afilhadas Matilde e Inês pelas perguntas “já acabas-te a tese?” e pelos beijinhos. Aos meus Pais, sem os quais nunca teria conseguido começar e terminar este projeto, porque lhes devo tudo e dizer “tudo” é pouco, por me terem substituído no apoio à família, pelos almoços deliciosos da minha mãe. Ao meu cunhado Artur pela compreensão com a minha constante solicitação da sua mulher (minha irmã). Estas nove pessoas, são a minha família nuclear, essência da minha vida e razão para uma existência tão completa e feliz. Obrigado por tudo. Obrigado por terem aturado o meu mau humor.

À faculdade de direito da Universidade de Coimbra por ter lançado este curso de 2.º ciclo para outras licenciaturas. À D. Clementina Monteiro pela simpatia e esclarecimentos e aos serviços administrativos da Faculdade de Direito.

À Elsa Ramalho, à Filipa Almeida, ao Fábio Serôdio, ao Nelson Cabral, ao Pedro Coutinho, pelo apoio e ajuda durante o mestrado.

A todas a pessoas amigos, colegas, ou conhecidos que direta ou indiretamente me ajudaram na persecução deste objetivo.

Ao meu Insys® (computador pessoal) que nunca bloqueou ou deixou de funcionar, apesar de horas, dias e semanas consecutivamente ligado, deu sem dúvida uma boa imagem das tecnologias de informação e comunicação, ainda para mais um computador *made in* Portugal.

Pensamento

"Escrever não é agradável. É um trabalho duro e sofre-se muito. Por momentos, sentimo-nos incapazes: a sensação de fracasso é enorme e isso significa que não há sentimento de satisfação ou de triunfo. Porém, o problema é pior se não escrever..."

Paul Auster

Sumário

O presente projeto insere-se na dissertação de Mestrado subordinada ao tema “Eficácia das Tecnologias de Informação e Comunicação na Saúde - No caso dos Cuidados de Saúde Primários na Região Centro”.

Procuramos perceber se as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) utilizadas nos serviços de saúde na região centro, de uma forma geral, mas em particular no agrupamento de centros de saúde (ACES) “Baixo Mondego”, cumprem os objetivos a que se propuseram, tais como armazenar, recuperar, processar e disseminar a informação, facilitar o atendimento dos utentes, facilitar a relação dos utentes com a sua unidade de saúde e/ou auxiliar na tomada de decisões.

Ao pretendermos avaliar a perceção que os utentes têm sobre a utilização das TIC nos cuidados de saúde primários (CSP) na região centro, procuramos ir ao encontro do repto do Alto Comissariado da Saúde, inscrito no Plano Nacional de Saúde 2011-2016, no sentido de “inquirir por questionário uma amostra da população, onde se possa avaliar as utilizações e as expectativas dos utentes em relação às TIC em saúde”.

Tendo em conta o tema que nos propomos tratar e o objetivo principal de investigação, consideramos adequada após uma aprofundada revisão da literatura da especialidade a utilização de uma metodologia do tipo quantitativa, usando como método de recolha de dados um questionário aplicado a uma amostra representativa de utentes do ACES “Baixo Mondego”, com o objetivo de aferir acerca da perceção dos inquiridos quanto ao grau de eficácia e de satisfação com a utilização das TIC.

Os resultados da investigação refletem de forma clara a perceção que os utentes têm do uso das TIC na saúde no sentido de considerarem que cumprem globalmente os objetivos a que se propuseram.

Palavras-Chave: Tecnologias de Informação e Comunicação, Sistema de Saúde, Serviço Nacional de Saúde, Eficácia, Agrupamentos de Centro de Saúde, Cuidados de Saúde Primários.

Abstract

This project is part of a Master's thesis entitled "Effectiveness of Information and Communication Technologies in Health - The case of Primary Health Care in the Centre Region".

We seek to understand whether the Information and Communication Technologies (ICT) used in health services in the centre region of Portugal, in general, but in particular in the group of health centers (ACES) "Baixo Mondego" reach the objectives they intend to: store, retrieve, process and disseminate information, facilitate customer assistance, facilitate the users with respect to your health care facility and assist in decision making.

We aim to evaluate the perception of users in relation to the use of ICT in primary health care (CSP) in the centre region, trying to meet the challenge of the High Commissioner for Health, enrolled in the National Health Plan 2011-2016, in order to "ask for a sample survey of the population, where it can evaluate the uses and expectations of users in relation to ICT in health".

Given our research goal and after a thorough review of the literature, we use a quantitative methodology based on a questionnaire administered to a representative sample of users of the ACES "Baixo Mondego". The aim is to assess the perception of respondents about the degree of effectiveness and satisfaction with the use of ICT.

Research results clearly reflect the perception that users have of the use of ICT in health, consider that meet the overall objectives to they have set.

Key-words: Information and Communication Technologies, Health System, National Health Service, Effectiveness, Groupings Health Centre, Primary Health Care.

ACRÓNIMOS UTILIZADOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ADM - Assistência na Doença aos Militares

ADSE – Direcção-Geral da Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública

ARS – Administração Regional de Saúde

CRP – Constituição da Republica Portuguesa

DGS – Direcção Geral de Saúde

DL – Decreto-Lei

EPE - Entidade Pública Empresarial

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

IP – Instituto Público

MS – Ministério da Saúde

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PPP - Parceria Público Privado

PT ACS – Associação de Cuidados de Saúde da Portugal Telecom®

SAMS – Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPA – Setor Público Administrativo

TIC – Tecnologias da Informação e Comunicação

PPP – Parcerias Público/privada

EU – União Europeia

Índice

	Pág.
Introdução -----	13
Capítulo I – A história do sistema de saúde português	
1. Sistemas de saúde -----	18
1.1 A origem dos sistemas de saúde na Europa e em Portugal -----	19
1.2 Perspetiva histórica do sistema de saúde português -----	24
1.2.1 Período que antecedeu o SNS (1945-1979) -----	24
1.2.2 Implantação do SNS (1979-1990) -----	26
1.2.3 A Lei de bases da saúde (1990-2013) -----	28
Capítulo II – Análise do Serviço Nacional de Saúde	
1. Serviço Nacional de Saúde -----	35
1.1 Síntese organizatória da administração da saúde -----	35
1.2 Agrupamentos de centros de saúde -----	38
2. Empresarialização do serviço público de saúde -----	41
3. As parcerias público/privadas na saúde -----	47
3.1 Implementação das PPP -----	49
4. Regulação do sistema de saúde -----	52
4.1 Entidade reguladora da saúde -----	54
4.2 Indicadores de atividade da ERS -----	57
5. Indicadores do estado de saúde -----	60
Capítulo III – As tecnologias de informação e comunicação	
1. As tecnologias de informação e comunicação -----	68
1.1 Sistemas de informação -----	70
1.2 Sistemas de informação na saúde -----	72
2. Tecnologias de informação e comunicação na saúde -----	74
2.1 Inconvenientes das TIC na saúde -----	77
2.2 Principais aplicações informáticas usadas no SNS -----	81
Capítulo IV – Metodologia	
1. Opções metodológicas -----	85
1.1 População e amostra em estudo -----	86
1.2 Instrumento de recolha de dados -----	88
1.3 Procedimentos éticos -----	90
1.4 Tratamento de dados -----	91
Capítulo V – Apresentação e análise de resultados	
1. Apresentação e análise de resultados -----	93
1.1 Caracterização sociodemográfica da amostra -----	93
1.2 Acesso e utilização das TIC -----	97
1.3 Escala de opinião dos utentes sobre a eficácia das TIC -----	98
1.3.1 Opinião dos utentes sobre a utilização das TIC no seu centro de saúde --	99
1.3.2 Opinião dos utentes sobre a utilização das TIC no seu tratamento -----	100
1.3.3 Opinião dos utentes sobre a utilização das TIC pelos profissionais saúde	102
1.4 Análise de correlações -----	103
Conclusões -----	108
Bibliografia -----	111

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Mapa da definição dos ACES da ARS Centro -----	40
Figura 2 – Modelo PPP adotado em Portugal -----	50
Figura 3 – Número de reclamações recebidas na ERS (2006-2012) -----	57
Figura 4 – A importância dos sistemas de informação -----	72
Figura 5 – Informação em saúde -----	73
Figura 6 – Várias formas de partilha de informação -----	79
Figura 7 - Mensagem de inoperacionalidade dos sistemas informáticos usados no SNS---	80

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Principais métodos de prestação de serviços da União Europeia -----	23
Quadro 2 – Principais acontecimentos legislativos do SNS (1945-1979) -----	25
Quadro 3 – Principais acontecimentos legislativos do SNS (1979-1990) -----	28
Quadro 4 – Principais acontecimentos legislativos do SNS (1990-2011) -----	30
Quadro 5 – Transformação das unidades de saúde em EPE (2005-2011) -----	45
Quadro 6 – Distribuição das reclamações recebidas na ERS por assunto -----	58
Quadro 7 – Causas da abertura de instruções pela ERS -----	59
Quadro 8 - Principais aplicações informáticas usadas no SNS -----	81
Quadro 9 - Número de utentes inscritos no ACES “Baixo Mondego” -----	87

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 – Número de beneficiários dos serviços de saúde (1951 a 1975) -----	26
Gráfico 2 - Esperança média de vida à nascença em Portugal (1960 a 2011) -----	61
Gráfico 3 - Esperança média de vida à nascença em alguns países da EU-----	61
Gráfico 4 – Taxa de mortalidade infantil (por cada 1000 nascimentos vivos) -----	62
Gráfico 5 – Número de médicos por 100 mil habitantes em alguns países Europeus -----	63
Gráfico 6 – Profissionais de saúde por 100 mil habitantes em Portugal de 1960 a 2011 ---	63
Gráfico 7 – Número de centros de saúde em Portugal em 1975 e em 2011 -----	64
Gráfico 8 – Percentagem das despesas totais em saúde no PIB (1960 e 2011)-----	65
Gráfico 9 – Distribuição dos inquiridos por género -----	93
Gráfico 10 – Histograma da variável idade-----	94
Gráfico 11 – Distribuição dos inquiridos por habilitações -----	95
Gráfico 12 – Distribuição dos inquiridos por condição perante o trabalho -----	95
Gráfico 13 – Distribuição dos inquiridos por motivo de ida ao centro saúde -----	96
Gráfico 14 – Distribuição dos inquiridos por forma de marcação consulta-----	96
Gráfico 15 – Distribuição dos inquiridos pelo uso frequente da internet-----	97
Gráfico 16 – Distribuição dos inquiridos por utilização plataforma e-Agenda-----	97
Gráfico 17 – Distribuição dos inquiridos por conhecimento sobre uso das TIC -----	98
Gráfico 18 – Valor médio de resposta dos inquiridos sobre utilização das TIC no centro de saúde -----	100
Gráfico 19 – Valor médio resposta dos inquiridos sobre utilização das TIC no tratamento	101
Gráfico 20 – Valor médio resposta dos inquiridos sobre utilização das TIC pelos profissionais de saúde-----	102

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Estatística descritiva da variável idade -----	94
Tabela 2 – Indicadores sobre a utilização das TIC no centro de saúde -----	99
Tabela 3 – Indicadores sobre a utilização das TIC no tratamento dos utentes -----	101
Tabela 4 – Indicadores sobre a utilização das TIC pelos profissionais de saúde -----	102
Tabela 5 – Correlação entre as variáveis escolaridade e uso da internet -----	104
Tabela 6 – Correlação entre a variável “C6” e a variável “C7” -----	104
Tabela 7 – Correlação entre a variável “C19” e a variável “C12” -----	105
Tabela 8 – Correlação entre a variável “C1” e a variável “C2” -----	105
Tabela 9 – Correlação entre a variável “C1” e a variável “C7” -----	106

ANEXOS

	Pág.
Anexo I – Organograma do Ministério da Saúde -----	122
Anexo II – Apelo à inscrição eletrónica no Portal do Utente -----	124
Anexo III – Imagem da plataforma eletrónica de registo dos utentes no SNS -----	126
Anexo IV – Questionário aos utentes -----	128
Anexo V – Pedido de autorização à direção do ACES “Baixo Mondego” para a aplicação do questionário -----	133
Anexo VI – Deliberação da Comissão de Ética da ARS Centro -----	135
Anexo VII – Formulário enviado à Comissão de Ética da ERS Centro -----	137

Introdução

Os sistemas de saúde têm motivado reflexões, em todo o mundo, por parte de organizações e de investigadores de diversas áreas¹, fruto da crescente importância atribuída ao setor da saúde (Simões, 2004). Se nos circunscrevermos aos países da OCDE², é possível identificar nos sistemas de saúde dois grandes objetivos: promoção do acesso das populações aos cuidados de saúde e promoção da eficiência económica.

Segundo Eira (2010), em Portugal, nos últimos 50 anos, registaram-se progressos assinaláveis nos sistemas de saúde, com a cobertura e generalização da acessibilidade a toda a população, fruto de um acréscimo exponencial de recursos humanos, financeiros e técnicos, e de uma aposta clara dos governos pós 25 de abril de 1974. Esta aposta conduziu a um conjunto de alterações dificilmente igualável em outras áreas.

Nas últimas décadas deu-se a transferência dos hospitais das Misericórdias para a jurisdição do Estado, foi criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS), implementada a rede de centros de saúde, criadas as Administrações Regionais de cuidados de Saúde (ARS), publicada a Lei de Bases da Saúde, alterado o estatuto jurídico dos hospitais públicos, construídos hospitais no âmbito de parcerias público/privadas (PPP), criados os agrupamentos de centros de saúde (ACES), entre outras medidas.

No processo de maturação do SNS, existiu a dúvida em Portugal de qual seria o elemento central na assistência médica, se o Hospital ou se o Centro de Saúde. Se até ao início da década de 1970 o sistema estava centrado na parte curativa (hospital), a partir daí reforçou-se o papel dos centros de saúde, por força das várias alterações legislativas, procurando o legislador reforçar o papel da promoção da saúde e da prevenção da doença, à imagem do que aconteceu na maioria dos países do Norte da Europa. Os cuidados de saúde primários (prestados nos centros de saúde) são entendidos, assim, como a base do sistema de saúde em Portugal e promotores privilegiados do contacto entre indivíduo, família e profissionais de saúde (Simões, 2004).

¹ Nesse sentido *vide* SIMÕES, Jorge (2004). “*Retrato Político da Saúde: Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: Da Ideologia ao Desempenho*” (pp. 25). Coimbra: Almedina.

² OECD - *The Organisation for Economic Co-operation and Development*, traduzida vulgarmente para OCDE (Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico), autodefine-se no seu *site* oficial como uma organização internacional que aceita os princípios da democracia representativa e da economia de mercado livre. Os membros da OCDE são economias com alto índice de Desenvolvimento Humano. Define como missão a promoção de políticas que melhorem o bem-estar económico e social de pessoas em todo o mundo, procurando soluções para problemas comuns. Avalia a produtividade e os fluxos globais de comércio e investimento, compara dados para prever tendências futuras. In <http://www.oecd.org/about> (acedido em 15.05.2013).

Neste meio século, o País alcançou um elevado patamar na qualidade no sistema de saúde, traduzido por resultados cimeiros quando comparáveis a nível Europeu e Mundial no que diz respeito a indicadores fundamentais como a esperança média de vida à nascença³, passando de **64,0 anos** em 1960 para **80,9 anos** em 2011⁴, ou a Taxa de mortalidade infantil com uma redução na ordem dos 95%⁵, sendo de **3,1‰** em 2011 quando em 1960 era na ordem dos **75,5 ‰** por cada 1000 nascimentos vivos. Existem ainda, outros indicadores que refletem a evolução do Serviço Nacional de Saúde, como a Taxa de mortalidade materna, ou o número de médicos por cada 100.000 habitantes, entre outros, que apresentaremos com maior detalhe ao longo deste trabalho.

A melhoria destes indicadores fundamentais de saúde, associados à procura pública de uma melhor qualidade de vida e melhores serviços de saúde, como consequência de sociedades mais cultas e esclarecidas, pressionaram os prestadores de serviços de saúde a melhorarem e eficácia e eficiência dos serviços prestados.

Os progressos do SNS e a aplicação de princípios empresariais nas unidades de saúde, empurrou os prestadores de serviços públicos de saúde para a procura de soluções informáticas e de comunicação (tecnologias de informação e comunicação) que aumentassem a eficácia dos serviços prestados às populações.

Assim, a maioria dos prestadores de serviços públicos de saúde consideraram que quanto mais apetrechados tecnologicamente estivessem, melhor imagem exterior criariam e mais eficazes, eficientes e apelativos se tornariam, ou seja o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) foi, desde logo, considerado uma vantagem competitiva para as instituições de saúde.

Para Rocha (2007), a informática pode desempenhar um papel *fulcral* no contributo para a racionalização de recursos e para a modernização dos serviços de saúde, quando devidamente planeada, desenvolvida e explorada.

³ Em Portugal, a população com mais de 65 anos será de 24,9% em 2035, contra os atuais 17%, nesse sentido *vide* RIBEIRO, José (2009). “Saúde a Liberdade de Escolher” (pp 30 e segs). Lisboa: Grávida.

⁴ Cfr. base de dados da PORTADA (Fundação Francisco Manuel dos Santos) com base em dados do **Eurostat** a partir de dados de Institutos Nacionais de Estatística. *In* <http://www.pordata.pt/Europa/Esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo-1260>, (acedido em 15.05.2013).

⁵ Cfr. base de dados: PORTADA (Fundação Francisco Manuel dos Santos) com base em dados do **Eurostat** a partir de dados de Institutos Nacionais de Estatística, referindo-se a dados de Portugal Continental no que diz respeito ao local de residência. *In* <http://www.pordata.pt/Europa/Taxa+de+mortalidade+infantil-1589> (acedido em 15.05.2013).

Ainda segundo o mesmo autor, as TIC são normalmente apontadas como um domínio que poderá contribuir positivamente para os sistemas de saúde, quando bem geridas nas unidades de saúde.

Assim, enquadrado no Mestrado em Administração Pública e aproveitando a experiência como profissional do SNS (enfermeiro, num hospital EPE), pensámos em estudar a eficácia das TIC na saúde. Tivemos ainda em consideração o repto lançado pelo Alto Comissariado da Saúde, inscrito no Plano Nacional de Saúde 2011-2016, no sentido de “inquirir por questionário uma amostra da população, onde se possa avaliar as utilizações, perceções e as expectativas dos utentes em relação às TIC em saúde” (Alto Comissariado da Saúde *in* Plano Nacional de Saúde 2011-2016, 2010: p. 34). Circunscrevemos o estudo aos centros de saúde, porque, como referimos, são apontados atualmente, como a base do sistema de saúde em Portugal.

Desta forma, o tema “Eficácia das Tecnologias da Informação e Comunicação na saúde – no caso dos cuidados de saúde primários na região Centro”, tem como finalidade principal apurar se os programas informáticos, e os materiais que os sustentam, usados no setor da saúde cumprem os objetivos a que se propuseram, tais como armazenar, recuperar, processar e disseminar a informação, facilitar o atendimento dos utentes, facilitar a relação dos utentes com a sua unidade de saúde, auxiliar na tomada de decisões.

A investigação tem como objetivos específicos: determinar quais as principais aplicações informáticas usadas nos CSP da região centro; aferir a opinião dos utentes quanto ao uso das TIC pelos profissionais de saúde no seu centro de saúde; indagar a opinião dos utentes sobre o uso das TIC pelos profissionais de saúde e o reflexo no seu tratamento.

Restringimo-nos ao ACES Baixo Mondego, porque situando-se na região centro, aglutina os Centros de Saúde mais próximos geograficamente de Coimbra o que torna um projeto deste patamar académico (dissertação de mestrado) financeiramente sustentável.

O estudo foi realizado utilizando uma amostra probabilística simples constituída por 174 utentes do ACES Baixo Mondego. Os dados foram obtidos através da aplicação de um questionário com dezanove questões fechadas e três abertas. As questões metodológicas associadas a este processo serão discutidas mais à frente.

Este trabalho está dividido em cinco capítulos. No primeiro abordaremos a origem dos sistemas de saúde na Europa e em Portugal, a criação do SNS e as principais alterações legislativas no sistema de saúde Português.

No segundo capítulo procedemos à análise do serviço nacional da saúde Português, apresentando uma síntese da forma como o mesmo está organizado. Abordaremos ainda, o impacto da empresarialização do serviço público de saúde, o estabelecimento de parcerias público/privadas na saúde, a entidade que regula o setor da saúde e os principais indicadores usados na determinação do estado de saúde.

O terceiro capítulo será dedicado às TIC, aos sistemas de informação e as aplicações informáticas usadas pelos prestadores de cuidado de saúde em Portugal.

No quarto capítulo, descrevemos o percurso metodológico de construção da investigação, onde expomos o modo de investigação e o tipo de estudo conduzido, as etapas e o trabalho de campo. Descrevemos com pormenor o questionário aplicado, bem como os processos de tratamento e análise de dados.

No quinto capítulo, apresentamos e analisamos os resultados da investigação empírica, pelo confronto com o estado da arte analisado anteriormente e às evidências investigadas neste estudo.

Por último, apresentamos as conclusões obtidas, nas quais incluímos as potencialidades do presente estudo, bem como as limitações e constrangimentos do mesmo, retirando-se elações que possam projetar-se em futuros trabalhos.

CAPÍTULO I

A História do sistema de saúde Português

1. Sistemas de saúde

De acordo com Simões (2004), os sistemas de saúde que existem na atualidade nos países da OCDE decorrem das respostas que os governos e a sociedade foram encontrando, ao longo dos anos, para alcançar significativos objetivos sociais, em particular a melhoria dos níveis de saúde.

O setor da saúde é uma “área especial”, porventura única, no *modus operandi* em relação aos demais setores económicos e sociais, sendo consensual considerar-se a saúde como um elemento essencial ao bem-estar do indivíduo e das sociedades.

Para a Organização Mundial da Saúde⁶ (OMS) “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não só a ausência de doenças”, ou seja, o conceito de saúde transcende à ausência de doenças, considerando, portanto, esta organização que podemos estar doentes mesmo quando não temos uma doença física visível. Segundo esta organização, a saúde é encarada como um bem coletivo e não apenas como um bem individual, uma vez que vivemos em sociedade e dificilmente alguém se sentirá bem quando à sua volta estiverem pessoas doentes.

Ainda de acordo com a OMS, a responsabilidade por se ser saudável deve ser imputável a cada pessoa em função do conjunto de comportamentos que adota. Por exemplo, um indivíduo que mantém uma alimentação equilibrada e que realiza atividades físicas regularmente tem maiores hipóteses de gozar de uma boa saúde. Pelo contrário, as pessoas que comem e bebem em excesso, que não descansam o suficiente e que fumam, correm sérios riscos de sofrer doenças que poderiam ser evitadas. Com esta visão, a OMS abre lugar à designada prevenção da doença e promoção de estilos de vida saudáveis, principal bandeira de atuação dos centros de saúde em Portugal.

Centros de saúde esses, incluídos numa rede de cuidados de saúde primários que tem sofrido, nos últimos anos, profundas alterações no seu funcionamento, por via da informatização completa dos seus serviços, em linha com o *boom* informático no Mundo e em Portugal, obrigando utentes e profissionais de saúde a reajustarem a sua forma de estar e trabalhar nestes locais de prestação de serviços públicos de saúde.

⁶ Esta definição de saúde da OMS é apresentada por Maria do Céu Machado, Alta-Comissária da Saúde em 2007 e está disponível no portal da saúde in <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigos+de+imprensa/gestao+saude+plano+nacional.htm>. (acedido a 19.outubro.13).

Neste capítulo, apresentamos a origem dos sistemas de saúde em Portugal e na Europa, por forma a enquadrar o “nosso” SNS, onde se incluem as unidades locais de saúde (unidades que integram Hospitais e Centros de Saúde), os agrupamentos de centros de saúde (unidades que agregam Centros de Saúde próximos geograficamente) e as unidades de saúde familiar (vulgarmente conhecidas como USF⁷, tratando-se de pequenas unidades funcionais multiprofissionais -médico, enfermeiro e administrativo-, que funcionam dentro e em articulação com os centro de saúde).

Assim, nos pontos seguintes expomos, além da visão histórica da origem dos principais sistemas de saúde na Europa e em Portugal, a matriz legislativa por detrás do SNS.

1.1. A Origem dos sistemas de saúde na Europa e em Portugal

Neste ponto, serão abordados os principais modelos de proteção social que estiveram na origem dos sistemas de saúde na Europa e em Portugal - o modelo Bismarck e o modelo Beveridge -, numa perspetiva histórica, com base na redação de Licínio Lopes (2010) e Jorge Simões (2004). Na origem dos atuais sistemas de saúde estiveram fatores sociais (doença e morte associada à doença), económicos (perda da produtividade de empregados doentes) e políticos (decidida pelos chefes de estado), que descreveremos pormenorizadamente nos parágrafos seguintes.

Os modelos organizados de saúde iniciaram-se na Europa no século XIX associados à revolução industrial e ao fim das Guerras Mundiais. Neste contexto, e citando Simões (2004), no auge da revolução industrial (finais do século XVIII e início do século XIX) era necessário combater o absentismo laboral, pois a capacidade industrial que emergia impunha muita mão de obra. Esse nível de absentismo conduzia a uma inevitável perda de produtividade, proveniente de acidentes de trabalho e de doenças transmissíveis, levando governos e patrões a uniram-se com o objetivo de manter a produtividade laboral ou seja, de manter os trabalhadores saudáveis.

Também as várias guerras que decorriam nesse período (Guerra da Crimeia, Guerra dos Boers, entre outras), comprovavam, paradoxalmente o poder devastador da doença, uma vez

⁷ USF - Consistem numa pequena unidade funcional multiprofissional (médicos, enfermeiros e administrativos), com autonomia funcional e técnica, que prestam cuidados de saúde primários personalizados, num quadro de contratualização interna, envolvendo objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade.

que diversos relatórios da altura referem a existência de mais óbitos decorrentes das doenças do que do confronto entre os inimigos (Simões, 2004).

Foi neste enquadramento histórico que, a Alemanha, liderada por Bismarck⁸, adota uma lei inovadora em todo o mundo, que obrigou todos os empregadores a contribuir para um esquema de seguro-doença em benefício dos trabalhadores (*Ibidem*). Este foi o primeiro modelo de segurança social imposto por um Estado, contemplando apenas a doença. O esquema do seguro obrigatório foi alargado, posteriormente aos trabalhadores, passando estes a ser “obrigados a contribuir para o esquema de seguro doença que cobria os riscos de doença temporária, invalidez permanente, velhice e morte prematura” (Lopes, 2010: p. 226).

Este modelo desenhado por Bismarck é de cariz marcadamente económico, uma vez que tinha subjacente a melhoria dos níveis de saúde dos trabalhadores, com vista ao aumento de produtividade laboral, como foi referido anteriormente. Esta iniciativa alemã levou outros países a seguirem o mesmo caminho, e a adotarem um sistema de saúde baseado no esquema jurídico do seguro, sustentado pela contribuição de empregadores e empregados: Áustria e Bélgica em 1894; França, Luxemburgo e Noruega em 1909; Estados Unidos da América, Suíça e Países Baixos (Lopes, 2010).

De acordo com Simões (2004), as guerras mundiais do século XX e a destruição de muitas estruturas de saúde, levaram os Estados a repensarem o seu papel e a sua atuação no âmbito das políticas sociais. Para este autor, o espírito de solidariedade pós-guerra permitiu uma abertura e aceitação de políticas que defendiam que todas as pessoas teriam os mesmos direitos garantidos pelo Estado.

É neste contexto, citando Ribeiro (2009), que em 1942, no Reino Unido, o relatório Beveridge⁹, define as condições para a criação de um sistema de segurança social que cobrisse

⁸ **Otto von Bismarck** – Político, chanceler do Império Germânico, Otto Von Bismarck nasceu em 1815, em Schönhausen, na Prússia (Alemanha). Considerado um dos estadistas mais importantes da Europa do século XIX. Promotor de uma série de reformas administrativas, criando uma unidade monetária comum, um banco central e um código civil e criminal. Foi o primeiro estadista europeu a criar um sistema de segurança social, oferecendo aos trabalhadores seguro de acidentes, de doença e de velhice. Ficou conhecido como o Napoleão da Alemanha ou Chanceler de Ferro. In Infopédia. Porto: Porto Editora, 2003-2013. Disponível na www: <URL: [http://www.infopedia.pt/\\$otto-von-bismarck](http://www.infopedia.pt/$otto-von-bismarck)>. Acedido em 13.06.2013.

⁹ **William Beveridge** - Economista e reformista social britânico, elaborou em 1942 o *Report on Social Insurance and Allied Services*, conhecido como Plano *Beveridge*, com o objetivo de “libertar o Homem da necessidade”. Referiu que os subsídios deveriam tornar-se um direito dos cidadãos, em troca de contribuições. Segundo Beveridge, este sistema permitiria um nível de vida mínimo, abaixo do qual ninguém deveria viver. Identificou cinco grandes males da sociedade: a escassez, a doença, a ignorância, e miséria e a ociosidade e recomendou que o Governo inglês deveria encontrar formas de os combater. Beveridge seguiu o modelo do "seguro doença" do alemão *Otto von Bismarck* (1883), reformulando-o. O Plano Beveridge é considerado o responsável pelo surgimento do plano da assistência social moderna. In *BBC Historic Figures*, http://www.bbc.co.uk/history/historic_figures/beveridge_william.shtml. Acedido a 13.06.2013.

o risco social ao longo de toda a vida, desde o nascimento. Este sistema envolvia toda a população e propunha que todas as pessoas em idade de trabalhar deveriam pagar uma contribuição semanal ao Estado. Esse dinheiro seria posteriormente usado como subsídio para doentes, desempregados, reformados e viúvas. Era, portanto, um sistema “mais completo do que o de Bismarck porque pretende cobrir uma gama completa de riscos, do berço à sepultura, a inspiração do nosso SNS” (Simões, 2004 *apud* Ribeiro, 2009: p. 21).

Parafrazeando Simões (2004), a partir de 1944 é aceite pela classe política Inglesa que todos os cidadãos, independentemente dos seus rendimentos, da sua idade, sexo ou profissão, deveriam ter a possibilidade de aceder, gratuitamente, aos mais eficazes e modernos serviços médicos.

Com base nas propostas do “relatório Beveridge” é criado em 1948, no Reino Unido, o Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service*), após um período de discussão entre 1942-1946. “O *National Health Service* deveria ser: (1) **completo** (no sentido de que deveria dispor de todos os cuidados de saúde); (2) **universal** (para toda a população e sem qualquer discriminação económica, social ou geográfica); (3) **e gratuito**, sendo essencialmente financiado com base nos impostos” (Lopes, 2010: p. 227).

O *National Health Service* do Reino Unido foi replicado por outros países: Dinamarca, Finlândia, Noruega, Suécia, Grécia, Espanha, Itália e Portugal, sendo que incumbia aos Estados o financiamento dos cuidados de saúde e a garantia da sua direta prestação à população¹⁰. Este princípio, aliás, foi vertido para a primeira versão da Constituição da Republica Portuguesa (abreviadamente designada por CRP), de 10 de abril 1976:

1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.
2. O direito à proteção da saúde é realizado pela **criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito**, pela criação de condições económicas, sociais e culturais que garantam a proteção da infância, da juventude e da velhice.
3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:
 - a) Garantir o acesso de todos os cidadãos...

(CRP, 1976: artigo 64.º)

Segundo Simões (2004), o *National Health Service* também incorporou os princípios da responsabilidade do Estado pela saúde dos cidadãos e da autonomia profissional (incluindo a autonomia clínica), que permitiria a utilização da mais moderna tecnologia para benefício da população.

¹⁰ Cfr. LOPES, Licínio (2010). “Direito Administrativo da Saúde, in Paulo Otero e Pedro Gonçalves (Coord.), “Tratado de Direito Administrativo Especial” (pp 226). vol.III. Coimbra: Almedina.

Em suma, a maioria dos Sistemas de Saúde na Europa desenvolveram-se com base nos dois modelos apresentados: o *bismarckiano*, assente no sistema de seguros, em que o acesso se faz pelo acesso ao trabalho, através do rendimento dos empregadores, empregados e Estado, com prestadores públicos e privados, sendo exemplo a Áustria, Bélgica, Holanda, França, Alemanha, Suíça, entre outros; e, o *beveridgeano*, assente no papel do Estado providência e na redistribuição da riqueza total gerada pelo país, ou seja através dos impostos, implementado na Dinamarca, Finlândia, Islândia, Noruega, Suécia e Reino Unido, Itália, Espanha e Portugal.

Em relação ao modelo *beveridgeano*, a gestão institucional de um serviço nacional de saúde é pública, podendo a prestação ser pública ou contratualizada, através de acordos ou parcerias público/privada. Geralmente os cuidados de saúde são gratuitos ou quase gratuitos no momento de acesso¹¹. A propriedade das unidades prestadoras é normalmente pública e o financiamento é assegurado por um organismo público que recebe do Orçamento do Estado as verbas de que necessita¹².

No que diz respeito ao modelo *bismarckiano*, e citando Simões (2004), a gestão implica um sistema de contratos ou convenções entre pagadores e prestadores de cuidados, sendo o pagamento realizado através de seguros sociais de adesão obrigatória (financiados por contribuições de empregadores e empregados). O Estado assegura as contribuições dos desempregados e de alguns grupos particularmente vulneráveis, especificando um pacote básico de benefícios. Nesse sentido, a recolha das contribuições e a gestão e aquisição de cuidados de saúde são assegurados por um número variável de fundos de doença, que concorrem entre si, cabendo ao indivíduo escolher livremente, entre os fundos disponíveis.

De acordo com Simões (2004), nas últimas décadas, alguns países com sistemas de saúde financiados por impostos têm estado a introduzir mecanismos empresariais e de mercado nas unidades públicas e a promover a competição com unidades privadas, procurando a separação entre entidades pagadoras e entidades prestadoras de cuidados (**modelo de serviços contratados**), abandonando a forma de prestação de cuidados através de serviços integrados numa mesma rede e sobre gestão estatal (**modelo de serviços integrados**), como podemos concluir da leitura do quadro 1.

¹¹ A esse propósito (Ribeiro, 2009), refere que a parte suportada pelo consumidor (taxa moderadora) é pouco expressiva (0,98%) do total da despesa pública, em 2005. O seu aumento, nos últimos anos, evidencia uma tendência de se tornar uma forma de repartição solidária do custo e não tanto um moderador de consumo.

¹² De acordo com o relatório da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007.

Quadro 1 - Principais métodos de prestação de serviços da União Europeia

Estados membros	Modelo de Serviços Integrados	Modelo de Serviços Contratados
Alemanha		Todos os serviços
Áustria		Todos os serviços
Bélgica		Todos os serviços
Dinamarca	Hospitais públicos num pequeno número de regiões	Hospitais na maior parte das regiões, médicos de família, especialistas foras dos hospitais, a maior parte dos dentistas e das farmácias.
Espanha	Hospitais públicos, especialistas e 60% dos médicos de família	Farmácias, dentistas e hospitais privados.
Finlândia	Centros de saúde	Hospitais públicos, farmácias, cuidados privados em ambulatório.
França		Todos os serviços.
Grécia	Hospitais públicos e médicos	Farmácias, dentistas alguns hospitais e médicos privados.
Irlanda	Hospitais públicos e especialistas	Hospitais privados sem fins lucrativos, médicos de família e farmácias.
Itália	Hospitais públicos e especialistas	Hospitais privados, médicos de família, especialistas privados e farmácias.
Holanda		Todos os serviços.
Luxemburgo		Todos os serviços.
Portugal	Médicos de família, Hospitais públicos, alguns especialistas.	Hospitais privados, farmácias, meios complementares de diagnóstico e a maior parte dos dentistas.
Reino Unido	Serviços comunitários	Hospitais públicos, médicos de família, hospitais privados e farmácias.
Suécia	Centros de saúde, farmácias e 60% dos dentistas.	Hospitais públicos, médicos e hospitais privados.

Fonte: Simões, 2004 adaptado de Mossialos e Le Grand (1999).

Em resumo, podemos concluir que na origem dos Sistemas de Saúde na Europa e em Portugal estiveram dois modelos cruciais: o de Bismarck, na Alemanha, nos finais do século XIX, e o de *Beveridge*, no Reino Unido, no pós IIª Guerra Mundial. Ambos têm em comum o princípio de que o acesso a cuidados de saúde não pode depender da capacidade de pagar, contudo divergem no modelo de financiamento e gestão dos cuidados de saúde.

Seguidamente, abordaremos os principais acontecimentos legislativos do desenvolvimento do sistema de saúde Português.

1. 2 Perspetiva histórica do sistema de saúde Português

Nos serviços de saúde Portugueses, antes da institucionalização do Serviço Nacional de Saúde (SNS), coabitavam várias instituições com diferentes raízes e sob diferentes influências (religiosa, política e social). De entre estas instituições podemos destacar as Misericórdias, os serviços Médico-Sociais, os Hospitais Estatais (cabia a assistência aos pobres e indigentes), e os serviços privados, que eram dirigidos aos estratos socioeconómicos mais elevados. Ou seja, até à criação do SNS, a assistência médica competia às famílias, a instituições privadas e aos serviços médico-sociais da Previdência¹³.

Fazemos de seguida uma breve resenha histórica das principais alterações legislativas do “nosso” sistema de saúde. Para facilitar o nosso argumento, dividimos a análise em 3 momentos de tempo distintos: o período antes da instituição do SNS; o período após a criação SNS até à Lei de Bases da Saúde; e o período atual, após a promulgação deste importante documento legal.

1.2.1 Período que antecedeu o Serviço Nacional de Saúde (1945-1979)

Segundo Ribeiro (2009), a organização dos “*Serviços de Saúde e Beneficência Pública*” foi iniciada através das reformas de Passos Manuel (1837), do Bispo de Viseu (1868) e de Ricardo Jorge em 1901, regulamentada em 1901, mas só entrada em vigor em 1903. A prestação dos cuidados de saúde era de índole privada, como foi referido no preâmbulo deste subcapítulo, sendo que o setor social, e particularmente as Misericórdias, tiveram um papel preponderante. Ao Estado cabia apenas a assistência aos pobres e indigentes. Uma década mais tarde, em abril de 1946, foi finalmente definida a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde.

Com base na história descrita no portal da saúde podemos resumir os principais momentos legislativos de 1945 a 1979, da seguinte forma:

¹³ Cfr. informação no portal da saúde *in* <http://www.portaldasaude.pt> (acedido a 13.06.2013)

Quadro 2 – Principais acontecimentos legislativos no desenvolvimento do SNS (1945-79)

1946	A Lei n.º 2011, de 2 de abril, estabelece a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde então existentes (base para uma rede hospitalar, mais tarde entregue às Misericórdias).
1963	A Lei n.º 2120, de 19 de julho de 1963, promulga as bases da política de saúde e assistência, com atribuições de competências ao Estado até aqui entregues aos privados.
1971	Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro. Introdução dos Centros de Saúde de 1ª geração.
1973	Surge o Ministério da Saúde (MS), através do Decreto-Lei n.º 584/73, de 6 de novembro.
1974	Surgem as condições políticas e sociais que vão permitir a criação do SNS.
1976	Aprovação da “nova” Constituição, cujo artigo 64.º dita que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. Esse direito efetiva-se através da criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito .
1978	Despacho ministerial publicado em Diário da República, 2.ª série, de 29 de julho, conhecido como o “Despacho Arnaut” ¹⁴ , constitui uma verdadeira antecipação do SNS, na medida em que abre o acesso aos Serviços Médico-Sociais a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva. É garantida assim, pela primeira vez, a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde
1979	A Lei n.º 56/79, de 15 de setembro , concretizou o programa constitucional instituindo o Serviço Nacional de Saúde .

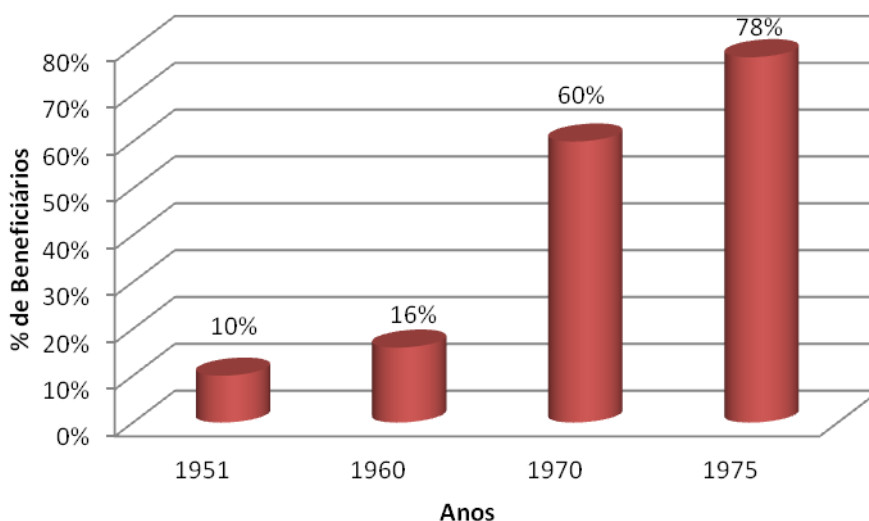
Fonte: Construção própria com base em dados publicados no portal da saúde¹⁵.

De 1945 a 1975, fruto das sucessivas alterações legislativas, passamos de um sistema de saúde insípido e de um Estado com pouca intervenção (beneficiava menos de 10% da população), para um sistema de saúde robusto, com um crescimento exponencial da população abrangida a ter cuidados de saúde (cerca de 78%), conforme se infere do gráfico 1.

¹⁴ **António Duarte Arnaut** - Fez parte do II Governo Constitucional (1978) liderado por Mário Soares como Ministro dos Assuntos Sociais, o seu nome ficou ligado à criação do SNS, para uma melhor visão do pensamento em relação ao SNS *vide* ARNAUT, António (2009). “*Serviço Nacional de Saúde SNS - 30 Anos de Resistência*”. Coimbra: Coimbra Editora.

¹⁵ Retirado do ícone “Serviço Nacional de Saúde - História no SNS” in <http://www.portaldasaude.pt> (acedido a 13.06.2013).

Gráfico 1 – Número de beneficiários dos serviços de saúde no período 1951 a 1975



Fonte: Construção própria com base em dados publicados em “Saúde, a Liberdade de Escolha”, Ribeiro, 2009.

A introdução dos Centros de Saúde de “1ª geração”, em 1971, constitui, provavelmente, a nota historicamente mais importante do início de reforma, por se traduzir no primeiro esboço de um Serviço Nacional de Saúde, e dos cuidados de saúde primários, criando a noção de planeamento central e de descentralização na execução, dinamizando-se assim, os serviços locais e de proximidade, que ainda hoje são a matriz assistencial dos centros de saúde, e uma das principais razões do nosso estudo.

Aquela reforma do sistema de saúde e assistência ficou conhecida como “reforma de Gonçalves Ferreira”, que através do Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro, promulga a organização do Ministério da Saúde e Assistência, ficando explícito o reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado assegurar esse direito¹⁶. Esta reforma abriu caminho à instituição do Serviço Nacional de Saúde, em 1979.

1.2.2 Implementação do Serviço Nacional de Saúde (1979-1990)

Ao criar o SNS, o legislador pretendeu “assumir a expressão de um princípio constitucional inquestionável: garantir o acesso de todos os portugueses a cuidados de saúde em função da sua necessidade, e não da sua capacidade de os pagar” (Ribeiro, 2009: p. 130).

¹⁶ Nesse sentido ver LOPES, Licínio (2010). “*Tratado de Direito Administrativo Especial*” (p.229), vol. III, Coimbra: Almedina.

Para Barros e Gomes (2002), a adoção do SNS em Portugal não foi um acontecimento isolado, integrou-se num movimento mais amplo que contemplou outros países do sul da Europa, como aliás já foi referido no nosso trabalho. De acordo com Ribeiro (2009), a adoção e implementação do SNS, em 1979, está associada à democratização do País, pois as circunstâncias dessa democratização marcaram claramente o desenvolvimento do SNS nos seus primeiros anos.

Apesar do progresso que representou a criação do SNS, a sua instituição não está isenta de falhas (*Ibidem*). O facto do SNS em Portugal ter sido criado num ambiente de democratização recente, e de alguma instabilidade política, conduziu à criação de “fissuras” no sistema que provavelmente nunca foram “corrigidas”, nomeadamente a circunstância de, em Portugal, uma parte influente do associativismo médico se ter oposto publicamente ao SNS, propondo como alternativa um sistema de saúde baseado na “medicina convencionada” – ou seja no financiamento público da medicina privada – como forma de melhor assegurar as condições de trabalho e remunerações para os médicos (Barros e Gomes, 2002).

Essa “fissura” do SNS (Barros e Gomes, 2002: p. 62), provocada pelo importante peso do associativismo médico, teve importantes implicações para o sistema de saúde português, traduzidas por:

- *Frágil base financeira e ausência de inovação nos modelos de organização e gestão, na altura em que começavam a expandir-se as infraestruturas do SNS;*
- *Um estado de coexistência assumida entre o financiamento público do SNS e o da “medicina convencionada” (como forma de atenuar os efeitos da “fratura” acima referida) e, simultaneamente, uma grande falta de transparência entre os interesses públicos e privados;*
- *Dificuldade de Acesso e baixa eficiência dos serviços públicos de saúde, que resulta dos fatores acima indicados e cujas consequências ampliam.*

Cronologicamente, os principais acontecimentos legislativos que podemos destacar do desenvolvimento do SNS neste período, são apresentados no quadro 3.

Quadro 3 – Principais acontecimentos no desenvolvimento do SNS de 1979-1990

1981	É aprovada a carreira de enfermagem pelo Decreto-Lei n.º 305/81, de 12 de novembro.
1982	O Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho, cria as administrações regionais de cuidados de saúde (ARS), que sucedem às administrações distritais dos serviços de saúde.
1982	Surge a carreira médica de Clínica Geral por via do Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de agosto, que regula as carreiras médicas (de saúde pública, clínica geral e médica hospitalar).
1988	O Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro, aprova a lei de gestão hospitalar, vertendo as preocupações decorrentes do aumento das despesas com a saúde inscritas no orçamento do estado (sendo introduzidos os conceitos e princípios de natureza empresarial, no quadro da integração da atividade hospitalar na economia do País).
1989	Na 2.ª Revisão Constitucional, a alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º (saúde) é objeto de alteração. Realçando-se o princípio de justiça social e de racionalização dos recursos.

Fonte: Construção própria com base em dados publicados no portal da saúde.

Neste período (1979 a 1990), podemos destacar a aprovação de algumas carreiras profissionais no recém criado SNS, fruto porventura da boa fase económica e social que o País atravessava.

Assume também nota de relevo a 2.ª Revisão da CRP, concretamente a alteração do n.º2 do artigo 64.º, onde se substitui “um serviço nacional de saúde universal, geral e **gratuito** por “um serviço nacional de saúde universal, geral e **tendencialmente gratuito**”, abrindo as portas à introdução das “célebres” taxas moderadoras, criadas segundo o legislador, para moderar o acesso aos serviços de saúde.

1.2.3 A Lei de Bases da Saúde (1990-2013)

Com a entrada de Portugal para a então Comunidade Económica Europeia (CEE), vive-se um período de crescimento económico e de estabilidade política¹⁷. Foi nesta conjuntura política mais estável que foi aprovada, em 1990, a Lei de Bases da Saúde, através da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. A lei de Bases da Saúde é elaborada, contendo 45 artigos designados como “Bases” e escritas em “numeração romana”.

¹⁷ Nesse sentido *vide* RIBEIRO, M. José (2009). “Saúde a Liberdade de Escolher” (pp 30 e segs). Lisboa: Grávida.

Esta Lei acaba por ser um marco para o SNS, uma vez que rompe com o papel puramente assistencialista do Estado e introduz artigos (Bases) que irão modificar profundamente o SNS, como a responsabilidade dos cidadãos pela sua saúde ou a abertura de portas à empresarialização dos Hospitais Públicos.

Assim, pela primeira vez, a proteção da saúde é perspetivada não só como um direito, mas também como um dever dos cidadãos, como se infere da Base I.

Base I

Princípios gerais

- 1. A proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei.*
- 2. O Estado promove e garante o Acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.*
- 3. A promoção e a defesa da saúde pública são efetuadas através da atividade do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela atividade.*
- 4. 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.*

Também a Base XXXIV prevê que possam ser cobradas taxas moderadoras, com o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde, ficando isentos do pagamento das referidas taxas os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos. É ainda introduzido o conceito de “experiências inovadoras de gestão”, na Base XXXVI, abrindo caminho à futura empresarialização dos Hospitais Públicos.

É consagrado um novo papel para o setor privado, *agentes que, contratualmente, podem, na vez e por conta do Estado, assumir a prestação direta de cuidados de saúde, inclusivamente, ser investidos da gestão de estabelecimentos*, abrindo caminho às PPP na saúde.

Cronologicamente, os principais acontecimentos legislativos que podemos destacar do desenvolvimento do SNS neste período são:

Quadro 4 – Principais acontecimentos no desenvolvimento do SNS de 1990-2011

1990	Aprovada a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, aprova a Lei de Bases da Saúde, abordada no início deste ponto.
1990	O Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de março, aprova o regime das carreiras médicas (os médicos e outros técnicos de saúde, passam a constituir um corpo especial de funcionários).
1992	O Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de abril, estabelece o regime de taxas moderadoras para o Acesso aos serviços de urgência, às consultas e a meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime de ambulatório, assim como as suas isenções.
1993	<p>É publicado o novo estatuto do SNS através do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro. Decreto-Lei fundamental que procura esbater as diferenças do ponto de vista médico e organizativo entre cuidados primários e cuidados diferenciados.</p> <p>O mesmo diploma leva à criação de unidades integradas de cuidados de saúde, viabilizando a articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais, visando a otimização de recursos humanos.</p> <p>Resulta ainda, desta legislação a criação das regiões de saúde, futuras ARS, fundadas, segundo o legislador pelas “crescentes exigências das populações em termos de qualidade e de prontidão de resposta aos seus anseios e necessidades sanitárias exigem que a gestão dos recursos se faça tão próximo quanto possível dos seus destinatários”.</p>
1999	No seguimento do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, referido anteriormente, é estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS) , através do Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio . De acordo com o DL, trata-se de um conjunto de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, que visam facilitar a participação social e que, em conjunto com os centros de saúde e hospitais , pretendem promover a saúde e a racionalização da utilização dos recursos. Os SLS são constituídos pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção, directa ou indirecta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde.
1995	A gestão do Hospital Amadora-Sintra, foi entregue através de um contrato de gestão, a uma entidade privada (início das PPP na saúde).
2002	Aprovação do novo regime de gestão hospitalar, pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, introduzidas modificações na Lei de Bases da Saúde. Acolhe-se e define-se um novo modelo de gestão hospitalar tipo empresarial (EPE) .

2003	O Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril, cria a rede de cuidados de saúde primários (tendo com base os Centros de Saúde) . A rede assume-se como “elo” fundamental na articulação com os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde continuados. Realçando o papel dos Centros de Saúde como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença .
2003	Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro, cria a Entidade Reguladora da Saúde . Revela-se, desta forma, a separação da função do Estado como regulador e supervisor.
2006	O Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, visando dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes.
2006	Através do Decreto-Lei n.º 212/2006 de 27 de outubro , é criada a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., (ACSS, I.P.) extinguindo-se, em consequência, o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, a Direção Geral de Instalações e Equipamentos da Saúde e o Instituto da Qualidade em Saúde.
2007	Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, cria as Unidades de Saúde Familiar (USF) , dando continuidade à reforma dos cuidados de saúde primários.
2008	Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro , estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do SNS. Para o legislador o objetivo consistiu em “dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada e a melhoria no Acesso aos cuidados de saúde”.
2009	O Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, reestrutura a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde e os Agrupamentos de Centros de Saúde . Os desafios impostos pela evolução das condições ambientais planetárias, pelas alterações dos estilos de vida e pela globalização ao nível da saúde pública passam a estar consagrados em diploma próprio.
2009	Conforme previsto no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, a portaria n.º 274/2009, de 18 de março , cria os 14 Agrupamentos de Centros de Saúde , integrados na Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., a saber: Baixo Vouga I, Baixo Vouga II, Baixo Vouga III, Beira Interior Sul, Cova da Beira, Baixo Mondego I, Baixo Mondego II, Baixo Mondego III, Pinhal Interior Norte I, Pinhal Interior Norte II, Pinhal Interior Sul, Pinhal Litoral I, Pinhal Litoral II, Dão/Lafões I, Dão/Lafões II, Dão/Lafões III.

2011	<p>Através do Despacho n.º 16519/2011, de 6 de dezembro de 2011, é constituída a Comissão para a Informatização Clínica (CIC), à qual compete a responsabilidade de delinear a orientação estratégica na área da informatização clínica do SNS.</p> <p>Compete, especialmente, à CIC a implementação dos projetos nacionais: Plataforma de Dados de Saúde (Portal do Profissional), Plataforma de Dados de Saúde (Portal do Utente), entre outras.</p> <p>Justificando o legislador a criação da CIC “ante a necessidade imperiosa de responder às exigências do Memorando de Entendimento assinado entre o Governo Português e o Fundo Monetário Internacional, Banco Central Europeu e União Europeia, nesta matéria, é necessário efetivar com urgência a concretização de medidas operacionais efetivas, tanto em relação à informação de saúde, tanto ao nível do cidadão, através da entidade que tenha a seu cargo o desenvolvimento, manutenção e operação dos sistemas de informação das entidades do SNS e do Ministério da Saúde em articulação com as diversas unidades de saúde”.</p>
2011	<p>O Decreto -Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, aprova a nova Lei Orgânica do Ministério da Saúde, redefinindo as atribuições da ACSS, I. P., assumindo este Instituto Público as funções de administração dos recursos do SNS, de coordenação das atividades no Ministério da Saúde, e de coordenação das áreas de administração geral dos diferentes serviços, bem como de elaboração de todo o orçamento do Ministério da Saúde.</p>
2012	<p>A elaboração da Lei n.º 5/2012 de 23 de janeiro, visa regular os requisitos de tratamento de dados pessoais para constituição de ficheiros de âmbito nacional, contendo dados de saúde, com recurso a tecnologias de informação e no quadro do SNS.</p>
2012	<p>O Decreto-Lei n.º 35/2012 de 15 de fevereiro aprova o diploma orgânico da ACSS, I. P., com o objetivo de “dar cumprimento aos compromissos do Governo em matéria de reorganização estrutural e de racionalização de recursos no âmbito da Administração Pública”.</p>
2012	<p>A Portaria n.º 394-A/2012, de 29 de novembro substitui a Portaria n.º 274/2009, de 18 de março, e reduz os Agrupamentos de Centros de Saúde de 14 para 6 unidades, a saber: ACES do Baixo Vouga, ACES do Baixo Mondego, ACES do Pinhal Litoral, ACES do Dão-Lafões, ACES do Pinhal Interior Norte, ACES da Cova da Beira. Ou seja, define os atuais ACES pertencentes à ARS Centro I.P.</p>

Fonte: Construção própria com base em dados publicados no portal da saúde.

Neste período (1990 a 2013) podemos destacar diversas mudanças no SNS, fruto das inúmeras alterações legislativas, mas atendendo ao tema do nosso estudo, salientamos a criação da rede de cuidados de saúde primários em 2003, realçando o papel de proximidade das populações dos cuidados prestados nos Centros de Saúde e salientando o seu papel fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença.

Salientamos ainda, a criação dos ACES em 2008, assente no facto do “sistema de saúde ter de ser reorganizado a todos os níveis, colocando a centralidade no cidadão, constituindo os **cuidados de saúde primários o seu pilar central**”¹⁸.

Da pesquisa realizada até aqui, verificamos que a origem dos sistemas de saúde na Europa e em Portugal se ficou a dever à necessidade de responder a grandes epidemias, guerras e absentismo laboral. Desta necessidade, surgiram dois modelos distintos no que respeita à oportunidade de proporcionar cuidados de saúde às populações: o bismarckiano e o beveridgeano. Os vários países europeus adotaram o modelo que consideraram mais adequado à sua realidade. No caso de Portugal, o modelo beveridgeano, assente na prestação gratuita de cuidados de saúde, serviu de base à criação do “nosso” SNS, que passaremos a apresentar no capítulo seguinte, bem como as estruturas, organismos, entidades e institutos que dele fazem parte.

¹⁸ Cfr. Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro.

CAPÍTULO II

Análise do Serviço Nacional de Saúde

1. Serviço Nacional de Saúde

Depois de abordarmos a origem dos sistemas de saúde na Europa e em Portugal, apresentamos neste capítulo a composição organizativa do SNS e algumas reformas do mesmo ocorridas nos últimos anos, como sejam o estabelecimento de PPP e a empresarialização do serviço público de saúde, que conduziram a alterações na forma de prestação de cuidados. Abordamos ainda, de forma sucinta a entidade que regula o setor da saúde, em Portugal e os seus principais indicadores utilizados para caracterização da saúde de um País.

1.1 Síntese organizatória da administração da saúde

Iniciamos a descrição da organização e funcionamento do Ministério da Saúde (MS) como órgão que planeia, orienta, avalia, audita, inspeciona e regulamenta os prestadores de cuidados de saúde do SNS.

O MS é um órgão governamental que tem por missão definir e conduzir a política nacional de saúde, garantindo uma aplicação e utilização sustentáveis dos recursos disponíveis e avaliando os seus resultados¹⁹.

Na prossecução da sua missão, são **atribuições** do Ministério da Saúde:

- a) Assegurar as ações necessárias à formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política nacional de saúde;*
- b) Exercer, em relação ao Serviço Nacional de Saúde, abreviadamente designado por SNS, funções de regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspeção;*
- c) Exercer funções de regulamentação, inspeção e fiscalização relativamente às atividades e prestações de saúde desenvolvidas pelo setor privado, integradas ou não no sistema de saúde, incluindo os profissionais neles envolvidos²⁰.*

De acordo com o Decreto-Lei n.º 124/2011 de 29 de dezembro o Ministério da Saúde, prossegue as suas atribuições através de serviços integrados na administração direta do Estado, de organismos integrados na administração indireta do Estado, de órgãos consultivos, de outras estruturas e de entidades integradas no setor empresarial do Estado.

¹⁹ Cfr. Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, retificado pela Declaração de Retificação n.º 12/2012, de 27 de fevereiro (artigo 1.º).

²⁰ Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, retificado pela Declaração de Retificação n.º 12/2012, de 27 de fevereiro, (artigo 2.º).

No que diz respeito à orgânica do Ministério da Saúde, definida igualmente no Decreto-Lei supracitado, integra:

a) Serviços centrais da administração direta do estado (ministério da saúde):

- **Secretaria-geral (SG)** - Assegura o apoio técnico e administrativo aos gabinetes dos membros do Governo integrados no Ministério da Saúde (MS).
- **Inspecção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS)** - Audita, inspeciona, fiscaliza e desenvolve a ação disciplinar no setor da saúde, com vista a assegurar o cumprimento da lei.
- **Direção-Geral da Saúde (DGS)** – Regulamenta, orienta e coordena as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença. Assegura a elaboração e execução do Plano Nacional de Saúde (PNS).
- **Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)** - Promove a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências.

b) Entidades da administração indireta do estado (ministério da saúde):

- **A Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, IP)** – Assegura a gestão dos recursos financeiros e humanos do MS e do SNS, bem como das instalações e equipamentos do SNS.
- **O INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP (INFARMED, IP)** - Regula e supervisionar os setores dos medicamentos de uso humano e dos produtos de saúde.
- **O Instituto Nacional de Emergência Médica, IP (INEM, IP)** - Define, organiza, coordena, participa e avalia as atividades e o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM).
- **O Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP (IPST, IP)** – Garante e regula, a nível nacional, a atividade da medicina transfusional e de transplantação e garantir a dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana.
- **O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP (INSA, IP)** - Contribui para ganhos em saúde pública através da investigação e desenvolvimento tecnológico.
- **Administrações Regionais de Saúde, IP (ARS, IP)** - Garantem à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde,

sendo organismos periféricos que prosseguem atribuições do MS, sob a superintendência e tutela do respetivo ministro.

c) Setor Empresarial do Estado

- **Unidades Locais de Saúde (ULS), EPE** - Prestam cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, designadamente aos beneficiários do SNS e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos.
- **Hospitais EPE e Centros Hospitalares EPE** – Hospitais ou grupo de hospitais com gestão de carácter empresarial orientada para a satisfação das necessidades do utente.
- **Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), EPE** - Entidade que assegura a prestação de serviços partilhados ao nível de compras, logística, gestão financeira, recursos humanos especializados e sistemas TIC para as entidades que integram o SNS. A sua formação visou promover a eficácia e eficiência nas organizações ligadas ao SNS, procurando poupanças na compra de medicamentos, equipamentos e de serviços terapêuticos privados, procurando criar sinergias partilhadas para a promoção da eficiência do sistema público de saúde²¹, possuindo atribuições em matéria de planeamento e preparação de orçamento, controlo orçamental, gestão de contratos, processamento de salários e indicadores de gestão.

O portal da saúde apresenta o organograma do Ministério da Saúde que ajuda a entendermos as entidades apresentadas, desmaterializando o DL n.º 124/2011 de 29 de dezembro, que reproduzimos em anexo (anexo I).

Podemos considerar assim, que integram o SNS todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente: i) **os estabelecimentos hospitalares**, independentemente da sua designação (presentes na maioria das cidades portuguesas, garantem à população cuidados diferenciados e de especialidades com consultas, internamentos e cirurgias complexas²²); ii) **os agrupamentos de centros de saúde** (incluem os centros de saúde²³, as suas extensões e as Unidades de Saúde Familiar e garantem consultas com o médico de família, algumas especialidades e pequenas cirurgias); iii) **as**

²¹ De acordo com preâmbulo do Decreto-Lei n.º 19/2010, de 22 de Março de 2010.

²² Nesse sentido o artigo 1.º do Regulamento Geral dos Hospitais, Decreto n.º 48358, de 27 de abril de 1968, citado por Simões (2004), definia os Hospitais como “serviços de interesse público, instituídos, organizados e administrativos com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação e competências, também, colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica”.

²³ Nesse sentido o Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de abril define **centro de saúde** como “uma unidade integrada, polivalente e dinâmica que presta cuidados de saúde primários, visa a promoção e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, e se dirige ao indivíduo, à família e à comunidade”.

unidades locais de saúde (ULS), como já referimos, são unidades que integram Estabelecimentos Hospitalares e Centros de Saúde, prestam cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados aos beneficiários do SNS. A criação das ULS foi justificada, pelo legislador, devido às “exigências cada vez maiores das populações em matéria de acesso e satisfação das necessidades em saúde, impondo uma gestão integrada dos recursos existentes numa determinada circunscrição geográfica”²⁴. Daí estas unidades resultarem de prestadores de cuidados de saúde relativamente perto, por ex. a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, integra o Hospital de Pedro Hispano e os Centros de Saúde de Matosinhos, da Senhora da Hora, de São Mamede de Infesta e de Leça da Palmeira.

Neste momento existem sete **Unidades Locais de Saúde**, em Portugal continental, a saber:

- Unidade Local de Saúde de Matosinhos;
- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano;
- Unidade Local de Saúde do Alto Minho;
- Unidade Local de Saúde da Guarda;
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo;
- Unidade Local de Saúde de Castelo Branco;
- Unidade Local de Saúde do Nordeste.

Neste ponto, analisámos a estrutura do MS, nomeadamente os organismos que o integram, com especial destaque para os serviços da administração direta e indireta do Estado e para o seu setor empresarial. Apresentámos ainda todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde que integram o SNS, onde se incluem os ACES que abordaremos no ponto seguinte pelo facto do nosso estudo ser realizado nos CSP.

1.2 Agrupamentos de centros de saúde

Como referimos anteriormente os agrupamentos de centros de saúde fazem parte dos prestadores de cuidados de saúde do SNS. Os Agrupamentos de Centros de Saúde serão aqui analisados, de uma forma geral. Olharemos em particular para o Agrupamento “Baixo Mondego”, onde desenvolvemos o nosso estudo.

²⁴ Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho.

Assim, a criação dos ACES sugere, através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, que para o legislador o objetivo consistiu em “dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde”.

Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por um ou mais Centros de Saúde. Os ACES são serviços desconcentrados de cada uma das Administrações Regionais, estando, no entanto, sujeitos ao poder de direção das mesmas, ou seja, são unidades intermédias entre as Administrações Regionais de Saúde e os Centros de Saúde.

O diploma citado apresenta como missão principal dos ACES a garantia da prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica, referindo que o número de pessoas residentes na área de cada ACES, não deve, em regra, ser inferior a 50 000 nem superior a 200 000.

Cada uma das cinco ARS²⁵ definiu o número de agrupamentos a criar, em função das especificidades geodemográficas de cada uma das Administrações Regionais.

Em 2009, através da portaria n.º 274/2009, de 18 de março e conforme estava previsto no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, a Administração Regional de Saúde do Centro, I.P, criou 14 Agrupamentos de Centros de Saúde²⁶ (entre os quais o ACES Baixo Mondego I, Baixo Mondego II e Baixo Mondego III). Defendendo a ARS Centro a necessidade do sistema de saúde ter de ser reorganizado a todos os níveis, procurando colocar a centralidade no cidadão, e constituir os cuidados de saúde primários como “ pilar central” dos cuidados de saúde²⁷.

Todavia, em 2012, os 14 Agrupamentos de Centros de Saúde são reduzidos para 6 (ver figura 1), devido a estudos de planeamento de nível regional levados a cabo pela Administração Regional de Saúde do Centro, IP, que concluíram pela necessidade e

²⁵ A saber: Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP; Administração Regional de Saúde do Algarve, IP; Administração Regional de Saúde do Centro, IP; Administração Regional de Saúde do Norte, IP; Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP.

²⁶ A saber: Baixo Vouga I, Baixo Vouga II, Baixo Vouga III, Beira Interior Sul, Cova da Beira, Baixo Mondego I, Baixo Mondego II, Baixo Mondego III, Pinhal Interior Norte I, Pinhal Interior Norte II, Pinhal Interior Sul, Pinhal Litoral I, Pinhal Litoral II, Dão/Lafões I, Dão/Lafões II, Dão/Lafões III.

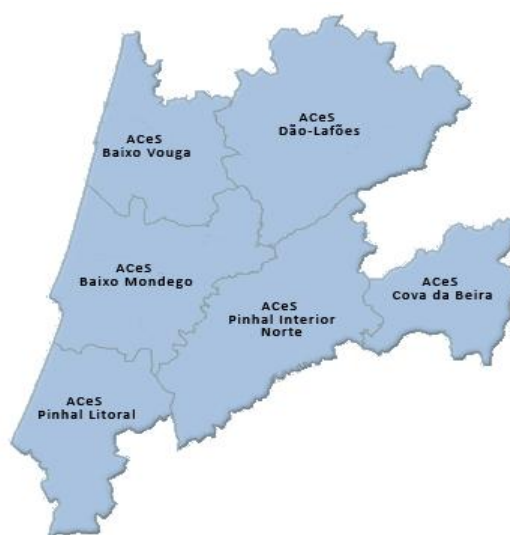
²⁷ Cfr. Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro.

oportunidade de proceder a alterações, que “reflitam e potenciem uma combinação mais eficiente dos recursos disponíveis e de fatores geodemográficos”²⁸.

Tal alteração, segundo o legislador, permitiria tornar as estruturas mais eficientes abrangendo grupos de população mais numerosa, e mais ajustada ao contexto económico atual, com o imperativo de adoção de medidas de racionalização da despesa e otimização dos recursos disponíveis²⁹.

O atual ACES “Baixo Mondego” resulta assim, da fusão do ACES Baixo Mondego I, do ACES Baixo Mondego II e do ACES Baixo Mondego III, criados em 2009.

Figura 1 – Mapa de definição dos ACES da ARS Centro



Fonte: ARS Centro³⁰.

Concretamente, e dentro da região que analisaremos mais de perto no nosso caso de estudo, importa reter que do ACES Baixo Mondego fazem parte quinze Centros de Saúde³¹, situados em dez concelhos: Cantanhede, Coimbra, Condeixa-a-Nova, Figueira da Foz, Mealhada, Mira, Montemor-o-Velho, Mortágua, Penacova e Soure.

²⁸ Este fenómeno tem algum grau de paralelismo com as grandes fusões hospitalares (fusão num mesmo Centro Hospitalar de 3 ou 4 Hospitais) ou a nível do ministério da educação com a fusão de Agrupamentos de Escolas nos denominados “Mega-Agrupamentos”.

²⁹ Segundo a Portaria n.º 394-A/2012 de 29 de novembro.

³⁰ Cfr. no site da ARS Centro *in* <http://www.arscentro.min-saude.pt/ACES/Paginas/aces.aspx>) acedido a 19.06.2011

³¹ Centro de Saúde de Cantanhede; Centro de Saúde de Celas; Centro de Saúde de Eiras; Centro de Saúde de Fernão de Magalhães; Centro de Saúde de Norton de Matos; Centro de Saúde de Santa Clara; Centro de Saúde de São Martinho do Bispo; Centro de Saúde de Condeixa-a-Nova; Centro de Saúde de Figueira da Foz; Centro de Saúde de Mealhada; Centro de Saúde de Mira; Centro de Saúde de Montemor-o-Velho; Centro de Saúde de Mortágua; Centro de Saúde de Penacova; Centro de Saúde de Soure

2. Empresarialização do serviço público de saúde

Como temos vindo a referir ao longo do nosso trabalho, a empresarialização do serviço público de saúde e o estabelecimento de parcerias público/privada na saúde, introduziram profundas alterações, na forma de prestação de cuidados de saúde em Portugal. Por essa razão consideramos importante, abordarmos de forma sucinta estes dois temas.

Portugal tem tido crescentes necessidades no domínio dos cuidados de saúde. De acordo com um relatório³² do Tribunal de Contas (TC), sobre PPP na saúde, essas necessidades decorrem por variados fatores:

Alteração das estruturas etárias, a distribuição geográfica da população e a crescente sofisticação e inovação em termos de diagnóstico e de terapêutica. Consequentemente, existe uma maior exigência quanto à atuação dos decisores políticos, técnicos de saúde e gestores públicos no sentido da reorganização das redes existentes, do aumento da prestação de cuidados de saúde e do acompanhamento da inovação.

Estes e outros fatores são apresentados, pelo TC, como tendo conduzido a preocupações com a eficiência das unidades de saúde e com o respetivo financiamento.

De acordo com Lopes (2010), o processo de empresarialização do serviço público de saúde, insere-se não só no decorrer de preocupações como estas, mas sobretudo num contexto mais global de reforma da Administração Pública, denominada na literatura anglo-saxónica como *new public management* ou *nova gestão pública* e que tem vindo a ocorrer na maioria dos países Europeus. Tem como principais pressupostos: “*i*) o controlo das despesas públicas; *ii*) a adoção de técnicas e processos de gestão empresarial; *iii*) a mudança de estatutos dos funcionários” (Lopes, 2010: p. 239). Hood (1991) acrescenta outros desígnios como sejam a: *i*) a privatização dos serviços, com diminuição do peso do Estado; *ii*) a desburocratização e a descentralização.

Para Antunes *et al.* (2011) a *nova gestão pública* surge após o reconhecimento da existência de um dilema de sustentabilidade do Estado social, na generalidade das sociedades ocidentais nas últimas décadas do século passado, encontrando a Gestão Pública, nesta corrente, uma possível resposta, ao introduzir mecanismos de gestão privada nos setores e atividades prosseguidas pelo Estado.

³² Nesse sentido *vide* Relatório TC “Encargos do Estado com PPP na Saúde” Volume I - **Relatório n.º 18/2013** - 2.ª Secção (p.31).

Ainda de acordo com estes autores, a *nova gestão pública* legitimou a entrada de ferramentas como as privatizações, concessões, e empresarialização da gestão na prática administrativa tradicional. A introdução destas ferramentas, ocorreu de maneira mais ou menos progressiva, com maior ou menor profundidade consoante as realidades políticas e sociais de cada país.

No entanto, recentemente e após as primeiras avaliações realizadas à introdução da *nova gestão pública* no setor público, percebeu-se que esta corrente não estaria a resolver os problemas normalmente associados à gestão pública tradicional. Referindo o Instituto Nacional de Administração I.P., nas conclusões do 8.º congresso de Administração Pública:

Começa a ganhar consistência a ideia de que essa resposta (New Public Management) não resolve cabalmente o dilema original, que entretanto vai ganhando maior dimensão: nem a performance económico-financeira dos Estados inverte a tendência para a insustentabilidade, nem a capacidade de resposta pública a um número crescente de necessidades cada vez mais complexas se revela mais adequada. Ganha paulatinamente relevância o conceito de especificidade pública, ou seja, que a replicação mecânica de ferramentas da gestão privada não produz os impactos desejados, dado que o contexto de atuação das administrações públicas é estruturalmente diferente e os objetivos por elas perseguidos são diferentes dos objetivos das organizações privadas.

(INA, IP, 2011).

Para este Instituto, devem ser consideradas outras variáveis no processo de Gestão Pública, como por exemplo: considerar o cidadão como parte ativa no processo, levando à evolução do conceito da *New Public Management* para designações ainda não totalmente estabilizadas como *New Public Service*, *Enabling State* ou Neo-Weberianismo. Estes últimos, assumem que a responsabilidade pela prestação de serviços públicos tradicionalmente prestados pelo Estado possa passar para organizações privadas ou voluntárias, entre outros aspetos.

Da pesquisa realizada entendemos que a *nova gestão pública* procurou reproduzir na Gestão Pública princípios, regras e orientações usadas na Gestão Privada. No entanto, os resultados não foram totalmente os esperados, devido à natureza específica do serviço Público e da Gestão Pública.

Realizado este curto preâmbulo, sobre a reforma da Administração Pública, centramo-nos na empresarialização do setor da saúde, que tal como referimos no início deste ponto, resulta em parte dessa reforma.

De acordo com Lopes (2010: p. 239), “o processo de empresarialização do serviço público de saúde traduz uma aplicação dos instrumentos de gestão próprios dos operadores privados no contexto de gestão pública”, como sejam a introdução de fatores de concorrência entre os prestadores de cuidados de saúde.

Um dos princípios da empresarialização do serviço público de saúde concretiza-se na ideia de que aos gestores cabe assumir e executar as funções de gestão das entidades prestadoras de cuidados de saúde, com autonomia e responsabilidade, sendo avaliados pelos resultados obtidos.

A propósito, Lopes (2010: p. 240) realça ainda outros motivos para a empresarialização do setor da saúde em Portugal, como o aumento das despesas públicas ou a necessidade de aumentar a eficiência e eficácia dos serviços, referindo:

*As despesas em saúde, que nos últimos anos têm crescido a um ritmo elevado devido ao crescente desenvolvimento científico e tecnológico e ao consequente aumento da oferta em cuidados, levaram os governos a instituir políticas no sentido de melhorar o funcionamento das instituições prestadoras de cuidados de saúde, através do aumento da **eficiência e da eficácia dos serviços** e do desenvolvimento de novos modelos de gestão, favorecendo a **autonomia e responsabilização dos gestores**.*

O processo de empresarialização do SNS teve início com a entrega da gestão do Hospital Amadora-Sintra a uma entidade privada, em 1995, através de um contrato de gestão.

Posteriormente em 1998, foram constituídas mais 3 entidades que incorporavam a figura jurídica do estabelecimento público de natureza empresarial, a saber: Hospital do Barlavento Algarvio, Hospital de São Sebastião em Santa Maria da Feira e a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (Resolução do Conselho de Ministros de 41/2002, de 7 de março, p. 1868).

A Resolução do Conselho de Ministros supracitada, aprovou as linhas orientadoras da transformação dos Hospitais em Entidades Públicas Empresariais (EPE), salientando o governo em funções que a empresarialização de Hospitais constituía “um vetor essencial da reforma da gestão hospitalar em curso e um fator indispensável para melhorar o nível de desempenho global do Serviço Nacional de Saúde, potenciando ganhos de saúde acrescidos e assegurando as condições de base da sua sustentabilidade, em termos duradouros”³³.

³³ Cfr. Resolução do Conselho de Ministros de 41/2002, de 7 de março.

Contudo, e citando Lopes (2010), a solução não viria a concretizar-se desse modo, mas sim na modalidade “societária” do tipo Sociedade Anónima (SA).

Assim, em dezembro de 2002 foram criados 31 Hospitais SA, distribuídos pelas cinco Regiões de Saúde da seguinte forma³⁴:

- **11 Unidades na Região Norte**, incluindo os hospitais de Amarante, Barcelos, Bragança, Guimarães, Vale de Sousa, Santo António, e Vila Nova de Famalicão, os centros hospitalares do Alto Minho (Viana do Castelo e Ponte de Lima) e de Vila Real (Vila Real e Peso da Régua), a Unidade de Saúde de Matosinhos, e o IPO do Porto;
- **7 Unidades na Região Centro**, incluindo os hospitais de Aveiro, Figueira da Foz, Leiria, Santa Maria da Feira, Viseu, o centro hospitalar da Cova da Beira (Covilhã e Fundão), e o IPO de Coimbra;
- **11 Unidades na Região de Lisboa e Vale do Tejo**, incluindo os hospitais do Barreiro, Egas Moniz, Garcia de Orta, Pulido Valente, Santa Cruz, Santa Marta, Santarém, São Francisco Xavier, Setúbal, o centro hospitalar do Médio Tejo (Abrantes, Tomar e Torres Novas), e o IPO de Lisboa;
- **1 Unidade na Região do Alentejo**, o Hospital Distrital de Beja;
- **1 Unidade na Região do Algarve**, o Hospital do Barlavento Algarvio.

Em junho de 2005, através do Decreto-Lei n.º 93/2005 de 7 de junho, foram transformadas em EPE os 31 Hospitais SA, criados em 2002, com a justificação por parte do legislador que as “futuras entidades públicas empresariais encontrar-se-ão sujeitas a um regime mais estrito ao nível das orientações estratégicas, a exercer pelos Ministérios das Finanças e da Saúde, necessário para que aquele conjunto de empresas funcione, quer a nível operacional quer a nível da racionalidade económica das decisões de investimento”³⁵.

Nos anos subsequentes, várias unidades hospitalares foram transformadas em EPE, através de diplomas próprios, conforme se infere da leitura do quadro 5.

³⁴ Cfr. Inscrito no portal hospitais EPE *in* http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Hospitais_EPE (acedido a 13.outubro.2013).

³⁵ Cfr. Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 93/2005 de 7 de junho.

Quadro 5 – Transformação de unidades de saúde em EPE (2005-2011)

Ano	Legislação	Unidades Transformadas em EPE
2005	Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro.	<p>Hospital de Santa Maria, EPE (Lisboa);</p> <p>Hospital São João, EPE (Porto);</p> <p>Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (que integra os hospitais Egas Moniz, São Francisco Xavier e Santa Cruz);</p> <p>Centro Hospitalar de Setúbal, EPE (que inclui os hospitais de São Bernardo e o Ortopédico de Santiago do Outão);</p> <p>Centro Hospitalar do Nordeste, EPE (hospitais distritais de Bragança, de Macedo de Cavaleiros e de Mirandela).</p>
2007	Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro	<p>Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE;</p> <p>Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (fusão do Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central) com o Hospital de D. Estefânia e o Hospital de Santa Marta, EPE);</p> <p>Centro Hospitalar de Coimbra, EPE (que incluía o Hospital Geral “hospital dos Covões”, Maternidade Bissaya Barreto e Hospital Pediátrico de Coimbra);</p> <p>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE (fusão do Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, EPE com o Hospital Distrital de Chaves e o Hospital Distrital de Lamego);</p> <p>Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE (fusão do Hospital Conde de São Bento-Santo Tirso com o Hospital São João de Deus, EPE);</p> <p>Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE (fusão do Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE com o Hospital de São José - Fafe);</p> <p>Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE (fusão do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e do Hospital Nossa Senhora da Ajuda - Espinho).</p>
2007	Decreto-Lei n.º 326/2007, de 28 de setembro	<p>Centro Hospitalar do Porto, EPE (fusão do Hospital Geral de Santo António, EPE com o Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia e a Maternidade de Júlio Dinis),</p> <p>Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE (integra o Hospital Padre Américo - Vale do Sousa, EPE e o Hospital São Gonçalo, EPE).</p>
2008	Decreto-Lei n.º 23/2008, de 8 de fevereiro	<p>Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE (fusão do Hospital de Santa Maria, EPE com o Hospital Pulido Valente, EPE).</p>
2008	Decreto-Lei n.º 180/2008, de 26 de agosto	<p>Hospital de Faro, EPE; Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE.</p>
2008	Decreto-Lei n.º 203/2008, de 10 de outubro	<p>Hospital do Professor Doutor Fernando Fonseca (vulgarmente conhecido por Hospital Amadora-Sintra), criado pelo já citado Decreto-Lei n.º 382/91, de 9 de outubro, passa a EPE.</p>

2009	Decreto-Lei n.º 27/2009, de 27 de janeiro	Hospital de Magalhães Lemos, EPE (Porto); Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE (integra o Hospital de S. Sebastião, E. P. E., o Hospital Distrital de São João da Madeira e o Hospital São Miguel — Oliveira de Azeméis).
2009	Decreto-Lei n.º 280/2009, de 6 de outubro	Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE (fusão do Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE com o Hospital do Montijo).
2009	Decreto-Lei n.º 303/2009, de 22 de outubro.	O Hospital do Litoral Alentejano, EPE.
2010	Decreto-Lei n.º 21/2010, de 24 de março	Hospital de Curry Cabral, EPE.

Fonte: Construção própria, com base nos diplomas legais.

Recentemente, através do Decreto-Lei n.º 116/2013, de 9 de agosto, procede-se à transferência das competências do Centro Hospitalar do Oeste para o Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE, relativas à prestação de cuidados de saúde à população do concelho de Nazaré e à população do concelho de Alcobaça, com exceção das populações das freguesias de Alfeizeirão, Benedita e S. Martinho do Porto.

Em suma, o processo da reforma da Administração Pública, impulsionada pela *nova gestão pública*, abrangeu os prestadores de cuidados de saúde em Portugal, criando inicialmente o estatuto de EPE, previsto desde 1990 na Lei de Bases da Saúde (ao estabelecer que a gestão das unidades de saúde obedece, quanto possível, a regras de gestão empresarial e ao permitir experiências inovadoras de gestão), que passaram rapidamente a Sociedades Anónimas, para pouco depois voltaram a transformar-se em EPE, promovendo-se os grandes centros Hospitalares.

De resto, as diferenças entre os Hospitais SA e os Hospitais EPE residem, *grosso modo*, no seu regime jurídico, pois na “prática” os objetivos, por detrás da sua criação e/ou transformação são idênticos: introduzir instrumentos de gestão empresarial nos prestadores de cuidados de saúde do SNS e procurar separar a função do prestador da função do pagador. Resta saber se, à imagem da *nova gestão pública*, também este modelo o nível das unidades prestadoras de cuidados de saúde em Portugal, não necessita de ser reformulado e procurar colocar os cidadãos no centro das decisões.

Os motivos apresentados por alguns autores para a empresarialização do setor da saúde (diminuição da despesa pública e aumento da eficácia e eficiência dos serviços), podem não

ter sido alcançados, uma vez que a despesa pública com a saúde pouco tem diminuído, como veremos mais adiante, e o aumento potencial da eficácia e eficiência dos serviços pode também ser anulado pelo efeito “paradoxo de que quanto mais se investe na saúde, mais gastos terão de ser financiados no futuro, porque as pessoas viverão mais anos” (Ribeiro, 2009: p. 28).

A propósito Ribeiro (2009: p. 132), salienta que “a teimosa resistência corporativa à mudança, impede um melhor aproveitamento dos recursos existentes e uma resposta no tempo útil em que é requerida”, comprometendo eventuais ganhos de eficácia e eficiência introduzidas pela empresarialização das unidades hospitalares.

A par da empresarialização das unidades de saúde, o estabelecimento de parcerias público/privadas alteraram a forma de prestação de cuidados de saúde em Portugal, como referimos anteriormente. Por essa razão consideramos importante, abordar o estabelecimento de PPP na saúde no ponto seguinte.

3. As Parcerias Público/Privadas na Saúde

O desenvolvimento de projetos em regime de parcerias público/privadas surge de forma a promover a participação do setor privado, precisamente na gestão (aumento da eficiência) e no financiamento de projetos na área da saúde. Por isso mesmo, entende-se por PPP³⁶ na saúde como uma associação duradoura de entidades dos setores privado e social tendo em vista a prestação direta de cuidados de saúde, no âmbito do serviço público de saúde, assegurado pelo SNS³⁷. Entende-se, assim como matriz desta relação:

- Ligação duradoura;
- Envolvimento entre o setor Privado e Social;
- Prestação de Cuidados de Saúde.

De acordo com Silva (2009), o processo de implementação do modelo PPP em Portugal, no setor da saúde, iniciou-se com a criação da Estrutura de Missão Parcerias Saúde, ocorrida em 27 de setembro de 2001, pela Resolução de Ministros n.º 162/2001. Esta Estrutura de

³⁶ Decreto-Lei n.º185/2002, de 20 de agosto. Já o Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio define PPP de uma forma geral como um contrato, ou uma união de contratos, por via dos quais entidades privadas se obrigam, de forma duradoura, perante um parceiro público, a assegurar, mediante contrapartida, o desenvolvimento de uma atividade tendente à satisfação de uma necessidade coletiva, em que a responsabilidade pelo investimento, financiamento, exploração e riscos associados incumbem, no todo ou em parte, ao parceiro privado.

³⁷ Cfr. Artigos 1.º e 2.º n.º1, do Decreto-Lei n.º185/2002, de 20 de agosto.

Missão teve como objetivos desenvolver e implementar, no setor da saúde, “experiências inovadoras de gestão”³⁸, nomeadamente parcerias público/privadas, aplicando-as aos prestadores de cuidados de saúde.

No preâmbulo do regime legal em vigor (Decreto-Lei nº185/2002, de 20 de agosto), o legislador justificou a introdução das parcerias público/privadas como fundamentais para a reforma do setor, salientando:

Assume particular destaque para a reforma da saúde o estabelecimento, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, de parcerias público/privadas através da concessão da gestão de unidades prestadoras de cuidados a entidades privadas ou de natureza social ou pelo investimento conjunto entre estas entidades e o Estado, segundo princípios de eficiência, responsabilização, contratualização e de demonstração de benefícios para o serviço público de saúde. As parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, visam, fundamentalmente, obter melhores serviços com partilha de riscos e benefícios mútuos entre as entidades públicas que têm a responsabilidade pelos serviços públicos e outras entidades que se lhe associam com carácter duradouro.

O legislador procurou, ainda, garantir o acesso dos cidadãos que recorram aos prestadores de cuidados de saúde abrangidas por um contrato de parceria público/privado:

*No âmbito da saúde, o Estado mantém em maior grau a responsabilidade, designadamente porque é necessário que todos os cidadãos, sem exceção, tenham o acesso a cuidados de saúde através de um Serviço Nacional de Saúde que observe as características de generalidade e universalidade, ainda que com o concurso de outras entidades na sua gestão*³⁹.

No que diz respeito aos instrumentos contatuais, a legislação estabelece três instrumentos através dos quais a parceria entre o setor público e o setor privado pode ser efetuada: *i)* o contrato de gestão; *ii)* o contrato de prestação de serviços; *iii)* o contrato de colaboração. O contrato de gestão foi o instrumento privilegiado para o estabelecimento de parcerias público/privadas na saúde⁴⁰.

Para Simões (2004) o contrato de gestão detém os elementos essenciais caracterizadores de uma verdadeira parceria: gestão e financiamento privado e transferência do risco entre

³⁸ Expressão consagrada na **Lei de Bases da Saúde** (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto), e que para muitos autores pretendia promover a participação do setor privado na gestão e financiamento de unidades hospitalares do SNS.

³⁹ Preâmbulo Decreto-Lei nº185/2002, de 20 de agosto.

⁴⁰ Cfr. Artigo 5º do Decreto-Lei nº185/2002, de 20 de agosto.

parceiros. Segundo o Decreto-lei 185/2002 “o contrato de gestão constitui, a matriz dos instrumentos contratuais para o estabelecimento das parcerias”.

Dentro deste contexto, e ao abrigo do Decreto-lei nº185/2002 e Decreto-lei 86/2003 e sob o instrumento do contrato de gestão, foram lançados os primeiros concursos sob forma de PPP no setor da saúde. Iremos então destacar brevemente a sua implementação no nosso país.

3.1 Implementação das PPP

As atuais⁴¹ parcerias público/privadas na saúde resultam de um programa lançado em 2001 (cerca de um ano antes da matéria ter o seu regime legal aprovado), que previa a construção de hospitais. Assim, em 2001, o Governo de então, anunciou aquela que veio a ser designada como a 1.ª vaga de PPP na saúde que integrava hospitais construídos de raiz (Loures) e hospitais de substituição (Cascais, Braga e Vila Franca de Xira). Em 2002, foram anunciados mais hospitais na denominada 2.ª vaga de PPP (Hospital Central do Algarve (Faro), Hospital de Lisboa Oriental, Évora, Guarda, Povoia do Varzim/Vila do Conde e Vila Nova de Gaia)⁴².

O programa incluía a atribuição a grupos privados de duas concessões distintas: uma para a construção e manutenção dos novos edifícios e outra para a gestão clínica das novas unidades; nalguns casos, os dois tipos de concessões eram atribuídas à mesma entidade privada.

O modelo de base para os Hospitais em PPP atualmente contratados é designado pela sigla *DBFOT* (*Design-Build-Finance-Operate-Transfer*), a qual identifica as atividades atribuídas aos parceiros privados, ou seja, desenha, constrói, financia e gere a infraestrutura, que depois transfere para o Estado no final do período de concessão (Silva, 2009).

A aplicação deste modelo aos hospitais assenta num contrato de gestão a ser executado por duas concessionárias privadas distintas:

⁴¹ Existiu uma experiência prévia de gestão privada em hospitais públicos, em Portugal. Em 1996, a gestão clínica do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (vulgarmente conhecido como hospital Amadora-Sintra) fora entregue ao Grupo Mello Saúde. Essa experiência viria a terminar em 2008, devido a divergências entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e o referido grupo.

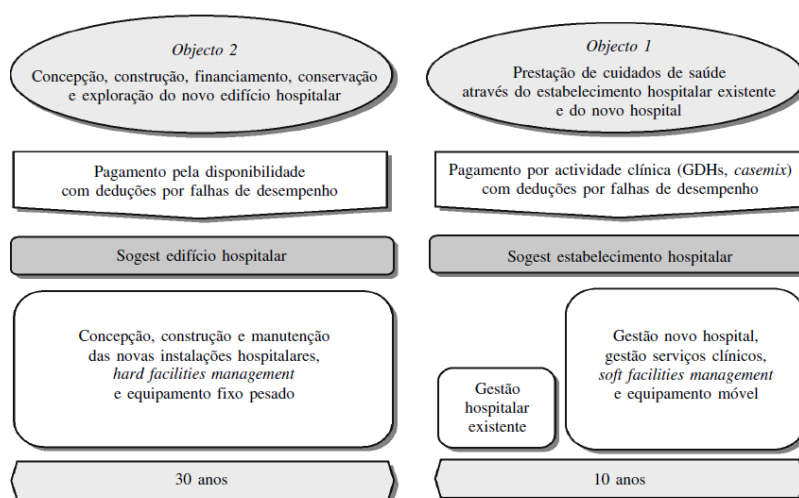
⁴² Cfr. SIMÕES, Jorge (2004). “*As Parcerias Público-Privadas no setor da saúde em Portugal*”, in Revista Portuguesa de Saúde Pública.

- **Entidade Gestora do Edifício (EGED)** – Responsável pelo projeto, construção, financiamento, gestão e manutenção física das instalações hospitalares, (um parceiro privado);
- **Entidade Gestora do Estabelecimento (EGEST)** – Responsável pela aquisição de equipamento e exploração da atividade clínica hospitalar, (outro parceiro privado).

O contrato relativo ao estabelecimento tem um prazo de 10 anos e o do edifício tem uma duração de 30 anos⁴³ (ver figura 2).

A existência de duas entidades gestoras diferentes está referida no preâmbulo do Decreto Regulamentar nº14/2003, de 30 de junho, e tem a ver com a separação dos diferentes riscos contratuais bem como da adequação do objeto de cada um dos contratos aos diferentes prazos de amortização dos investimentos.

Figura 2 – Modelo PPP adotado em Portugal



Fonte: SIMÕES, Jorge (2004), “*As Parcerias Público/privada no setor da saúde em Portugal*”, in Revista Portuguesa de Saúde Pública.

Atualmente existem quatro contratos em execução, três dos quais são hospitais de substituição (Cascais, Braga e Vila Franca de Xira) - o que significa que a gestão privada do estabelecimento teve início ainda no edifício antigo -, e um hospital construído de raiz (Loures) - o que significa que a produção de serviços clínicos, em gestão privada, apenas se iniciou com a inauguração do edifício hospitalar construído no âmbito da PPP.

⁴³ Cfr. Relatório do Tribunal de Contas. “*Encargos do Estado com PPP na Saúde*”, Volume I, Relatório n.º 18/2013 - 2.ª Secção. Lisboa.

Recorde-se que estes projetos foram lançados no âmbito da 1.ª Vaga de PPP no setor da saúde e que o modelo que viria a ser preconizado para os Hospitais de 2.ª Vaga, não incluiu já a vertente de serviços clínicos. Ou seja, a 1.ª vaga concedeu em contrato a construção, manutenção e a exploração clínica. A 2.ª vaga concedeu apenas a construção e manutenção.

Os dois projetos da 2.ª vaga iniciados (Hospital Central do Algarve e o Hospital de Lisboa Oriental), encontram-se atualmente suspensos pela conjuntura económico-financeira do País. Desta forma, à data da realização do nosso estudo, apenas se encontravam em execução os contratos definidos na 1.ª Vaga. Aliás, com consideráveis atrasos em relação ao previsto: Hospital de Cascais levou mais de quatro anos e meio; Hospital de Braga quatro anos; Hospital de Loures sete anos⁴⁴.

Da análise que o TC realizou às quatro unidades hospitalares supra citadas, estima-se que tenham encargos de cerca de 10.445 milhões de euros, ao longo dos 30 anos de execução de cada contrato, considerando que os encargos com as PPP foram “subestimados”:

Observa que as estimativas que têm sido divulgadas pelo Ministério das Finanças não têm considerado cerca de 6.000 milhões de euros de encargos que são relativos aos 20 anos de serviços clínicos ainda não contratualizados. Constata, assim, que os encargos com os projetos PPP das grandes unidades hospitalares têm sido subestimados, na medida em que têm sido analisados apenas numa lógica dos compromissos contratuais assumidos (que se estimam em 4.143 milhões de euros) e não numa lógica de apuramento dos encargos globais dos projetos que se estimam vir a ser de 10. 445 milhões de euros. Ou seja, os 20 anos de serviços clínicos ainda não contratualizados representam um acréscimo de encargos de cerca de 152% face aos encargos contratuais já assumidos⁴⁵.

A diferença referida, no valor dos encargos com as PPP na saúde, de 6.000 milhões de euros, apresentada no relatório do TC, não tem sido consensualmente aceite pelos vários intervenientes no processo. Contudo, o Memorando de Entendimento celebrado entre o Estado Português, a Comissão Europeia, o Fundo Monetário Internacional e o Banco Central Europeu condicionou a celebração de novos contratos de PPP. O Ponto 3.17 refere: “evitar entrar em qualquer novo acordo de PPP antes de finalizar a revisão das PPP existentes e as reformas legais e institucionais propostas”.

⁴⁴ Para desenvolvimento mais consistente desta matéria vide BARROS, Pedro (2010). “As Parcerias Público-privadas na Saúde em Portugal” (pp. 519-550). In Jorge Simões (Coord.) “30 Anos do Serviço Nacional de Saúde – Um percurso comentado”. Coimbra: Almedina.

⁴⁵ Relatório n.º 18/2013 - 2.ª Secção do Tribunal de Contas (2013). “Encargos do Estado com PPP na Saúde”, Volume I, (p.16).

Pelo exposto e após a pesquisa bibliográfica realizada, podemos concluir que o estabelecimento de uma PPP tem subjacente o financiamento e o investimento “imediato”, por parte do setor privado, na renovação dos hospitais, em troca de pagamentos “futuros” pelo setor público. No entanto, para Barros (2010), o estabelecimento de uma PPP é um processo complexo e moroso, em parte devido à “impreparação técnica” do setor público, originando custos elevados para ambas as partes envolvidas.

Existem ainda outras questões dúbias inerentes aos contratos PPP na saúde, como sejam: a partilha de risco e a concessão da gestão clínica ao setor privado. Nos contratos em execução estes aspetos não têm sido consensuais e tem conduzido a divergências entre os setores.

Em suma, os factos concretos que caracterizam a realidade atual são: quatro contratos de PPP na saúde nos próximos 30 anos (mesmo que não seja celebrado mais nenhum); um relatório, recente, do TC a referir que os encargos com os projetos PPP das grandes unidades hospitalares têm sido *subestimados*; e uma primeira iniciativa de gestão privada de um hospital público (Amadora-Sintra) que foi interrompida com acusações de ambas as partes (privados e Estado) de dívidas recíprocas.

Desta forma, consideramos importante que o parceiro Estado retire conclusões dos atuais contratos de PPP, percebendo que o setor da saúde tem especificidades dificilmente comparáveis com outros setores económicos.

O Estado exige aos privados, por força da Lei e da CRP, o cumprimento de determinados requisitos, como sejam o acesso e universalidade nos cuidados, a rapidez na execução dos tratamentos, entre outros, levando os privados a cobrarem um prémio elevado pelo serviço prestado, como se prova pelo relatório que o TC elaborou em 2013. Por isso, na nossa perspetiva, deve ser repensada a aplicação do atual modelo de PPP na saúde.

4. Regulação do sistema de saúde

Os novos desafios e exigências regulatórias resultantes, em grande parte, das parcerias público/privada na saúde e da empresarialização do serviço público de saúde, impõem que no enquadramento do nosso estudo se apresente um ponto sobre a regulação do sistema de saúde em Portugal.

A propósito, Moreira (1997) *apud* Gonçalves (2010: p. 7)⁴⁶, refere que “em Portugal, e em geral na Europa, é relativamente recente a conceção de uma autónoma função ou atividade pública reguladora, podendo esta ser definida “como uma designação que descreve uma certa forma de intervenção pública na economia e no desenvolvimento dos direitos e das liberdades dos particulares”.

Para o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2005), regulação é um conjunto de regras instituídas ou reconhecidas por uma entidade estatal para dirigir e controlar determinado setor. No que diz respeito à área da saúde, a OMS (2010: p. 124) encara a regulação como um “conjunto de regras governamentais que enquadram o comportamento dos atores do sistema de saúde, bem como as formas de assegurar que elas são respeitadas”.

Ferreira (2003: p. 321), baseada na definição de Hafez⁴⁷ (1997), define a regulação de cuidados de saúde como “qualquer ação social que exerça uma influência, direta ou indireta, no comportamento ou funcionamento dos profissionais e/ou organizações de saúde”.

Tradicionalmente, em Portugal e segundo Lopes (2010: p. 285), o “Estado tem acumulado em regime de monopólio todas as funções: a conceção, a construção, a colocação em funcionamento, a gestão, a prestação direta dos serviços, o financiamento e a regulação”. No entanto, as recentes alterações no SNS ou, em termos mais gerais, no Sistema de Saúde Português, levantam algumas dúvidas sobre este modelo (Estorninho, 2008).

De acordo com Lopes (2010), a institucionalização das PPP em saúde, a empresarialização dos estabelecimentos públicos prestadores de cuidados de saúde, os contratos de gestão de estabelecimentos públicos de saúde, a contratação de serviços ao setor privado e o reconhecimento da existência de um mercado privado de saúde, são, fatores geradores das novas exigências de regulação, e que justificaram a criação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

Deste modo, as transformações que tem vindo a ocorrer nos últimos anos no SNS, desafiam uma regulação capaz de garantir os direitos e os princípios inerentes a este serviço público, como sejam a⁴⁸:

⁴⁶ Citando MOREIRA, Vital (1997). “*Auto-Regulação Profissional e Administração Pública*”. Coimbra: Almedina.

⁴⁷ HAFEZ, N. (1997), “*International Comparative Review of Health Care Regulatory Systems*”. Bethesda, Partnerships for Health Reform.

⁴⁸ In <http://www.observaport.org>

- Universalidade;
- Equidade tendo em conta as necessidades de saúde da população;
- Promoção da saúde;
- Garantir a efetividade, qualidade e segurança dos cuidados de saúde;
- Controlo dos custos;
- Possibilitar a escolha dos prestadores (profissionais e instituições) tendo em conta os recursos existentes;

Pelo descrito, consideramos importante abordarmos a ERS, nomeadamente o seu enquadramento legal, as suas funções e alguns dos indicadores da sua atividade.

4.1 Entidade Reguladora da Saúde

Os fatores apresentados no ponto anterior (alterações da Lei de Gestão Hospitalar⁴⁹; empresarialização de vários Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde; implementação do regime jurídico das PPP na saúde⁵⁰; publicação do diploma que criou a rede de prestação de cuidados primários⁵¹), ou seja, as alterações que tem vindo a sofrer o SNS e o Sistemas de Saúde Português, desafiam, na opinião de Lopes (2010), uma regulação capaz de garantir os direitos e princípios subjacentes ao serviço público de saúde, concretamente: “i) o direito de acesso à prestação de cuidados de saúde...; ii) o princípio da igualdade do (e no) acesso à prestação de cuidados de saúde...; iii) o princípio da equidade no acesso prestação de cuidados de saúde” (Lopes, 2010: p. 294).

A ERS foi criada pelo Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro, e reestruturada pelo Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, tendo como missão principal o exercício dos poderes de regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde⁵².

Compete, em especial, à ERS verificar o cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento dos estabelecimentos e garantir o respeito pelos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde e dos demais direitos dos utentes, bem como

⁴⁹ Lei 27/2002, de 8 de Novembro.

⁵⁰ art.º 37º do Decreto-Lei 185/2002, de 20 de agosto.

⁵¹ art.º 31º do Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril.

⁵² Artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio.

salvaguardar a legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes⁵³.

A ERS encontra-se sujeita à tutela do membro do Governo responsável pela área da saúde e, quando for o caso, à tutela do membro do Governo responsável pela área das finanças⁵⁴.

De acordo com Gonçalves (2010), no âmbito das suas atribuições de regulação e supervisão, a ERS exerce atividade sobre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, sejam eles do setor público, privado ou social, independentemente da sua natureza jurídica, ou seja Hospitais, Centros Hospitalares, Clínicas, **Centros de Saúde**, Laboratórios de Análises Clínicas, Termas, Consultórios, entre outros.

Ainda segundo o mesmo autor, cabe à ERS velar pelo cumprimento dos requisitos do exercício da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no que respeita: ao cumprimento das suas obrigações legais e contratuais relativas ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde; à observação dos níveis de qualidade e segurança e aos direitos dos utentes; zelar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema e colaborar com a Autoridade da Concorrência.

O Exercício da autoridade da ERS está previsto no Decreto-Lei 127/2009, que estabelece um amplo conjunto de competências aos seus órgãos, através do estabelecimento de poderes regulamentares, poderes de supervisão e poderes sancionatórios.

São órgãos da ERS: o conselho diretivo⁵⁵, o conselho consultivo⁵⁶ e o fiscal único⁵⁷. Sendo que, e de acordo com o seu organigrama funcional existem 4 departamentos no Conselho Diretivo a saber:

⁵³ Cfr. Artigo 3.º, n.º 2 do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio.

⁵⁴ Cfr. Artigo 55.º Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio.

⁵⁵ **O conselho diretivo** - É o órgão colegial responsável pela definição da atuação da ERS, bem como pela direção dos respetivos serviços, em conformidade com a lei e os regulamentos aplicáveis. O conselho diretivo é composto por um presidente e dois vogais. Os membros do conselho diretivo são nomeados por resolução do Conselho de Ministros, sob proposta do membro do Governo responsável pela área da saúde, de entre pessoas de reconhecida idoneidade, autoridade e competência técnica e profissional. A nomeação dos membros do conselho diretivo não pode ocorrer após a demissão do Governo ou a convocação de eleições para a Assembleia da República, nem antes da confirmação parlamentar do Governo recém--nomeado. **Decreto-Lei 127/2009, de 27 de maio.**

⁵⁶ **Conselho consultivo** - Entendido como o órgão de consulta e participação na definição das linhas gerais de atuação da ERS e nas decisões do conselho diretivo, que tem como competência dar um parecer sobre as questões respeitantes às funções reguladoras da ERS submetidas pelo conselho diretivo.

⁵⁷ Cfr. Artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio.

- Departamento de Gestão Interna (faz a gestão administrativa e de recursos humanos da ERS);
- Departamento de Proteção da Qualidade e Direitos dos Cidadãos (tem por missão garantir os direitos fundamentais dos utentes dos serviços de saúde e os processos de qualificação das unidades prestadoras de cuidados de saúde);
- Departamento de Acompanhamento do Sistema de Saúde e Defesa do Acesso e da Concorrência (tem por objetivo proteger o Acesso ao sistema público aplicando sanções a práticas de indução artificial da procura, a seleção adversa e a discriminação infundada de doentes, além disso, este departamento, num quadro de articulação funcional com outras autoridades, supervisiona a concorrência do mercado administrativo da saúde e do mercado dos subsistemas);
- Departamento de Supervisão e Intervenção Jurídica (consagra os poderes regulamentadores e sancionatórios previstos na lei).

A criação da ERS veio exigir o registo dos operadores que atuam no setor da saúde, de forma a controlar critérios de qualidade e a verificar a concorrência do setor. Tal identificação da entidade nos registos da ERS estava já prevista pelo Decreto-Lei 309/2003, mas foi apenas com as publicações da Portaria 38/2006, de 6 de janeiro, e da Portaria 639/2006, de 23 de junho, que foram determinados os elementos relevantes para uma identificação adequada dos operadores.

No âmbito das suas funções, a ERS tem desenvolvido um largo leque de iniciativas regulatórias e de supervisão dos prestadores de cuidados de saúde. Tendo por base os dados retirados do sítio⁵⁸ da ERS, podemos destacar:

- Tratamento de reclamações dos utentes, prestadores e instituições;
- Realização de inspeções e auditorias às instalações dos prestadores de cuidados de saúde;
- Investigação das situações que possam pôr em causa os direitos dos utentes;
- Condução de processos de contraordenação e aplicação de sanções;
- Emissão de instruções, recomendações e pareceres;
- Realização de estudos sobre a organização do sistema de saúde.

⁵⁸ <https://www.ers.pt/pages/2> (acedido a 10.10.2013)

Constitui ainda atribuição da ERS a avaliação dos indicadores de qualidade dos cuidados de saúde prestados, bem como o acompanhamento do cumprimento das obrigações inerentes à acreditação dos estabelecimentos e serviços.

A ERS poderá dar parecer e emitir recomendações sobre o funcionamento do sistema de saúde, em particular sobre acordos, contratos e convenções, sobre os modelos inovadores de gestão subjacentes à prestação de cuidados de saúde e sobre os requisitos e as regras relativos ao exercício da atividade seguradora por entidades autorizadas a explorar o ramo “doença”.

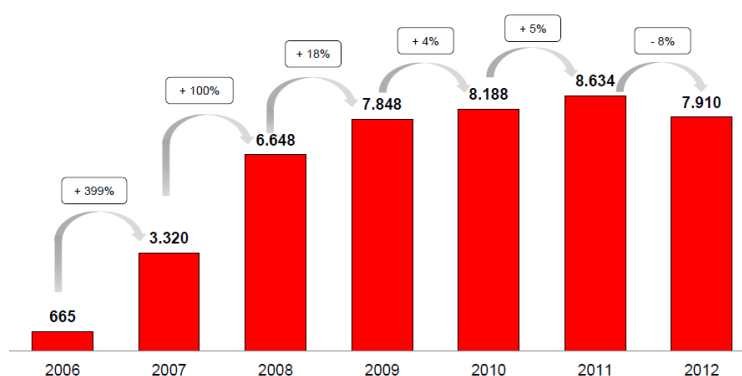
4.2 Indicadores de atividades da ERS

Importa, neste ponto, apresentarmos alguns indicadores de atividade da ERS, tendo por base as suas atribuições legais. Assim e de acordo com o “Relatório da Atividades de 2012”, convém notar que a ERS recebe e monitoriza todas as reclamações apresentadas por escrito nos “Livros de Reclamações”, bem como todas as que lhe sejam diretamente dirigidas por qualquer utente.

Segundo o “Relatório da Atividades de 2012”, em 2012 deu entrada na ERS um total de 7.910 reclamações, das quais 5.960 (75,3%) foram concluídos nesse mesmo ano.

O relatório citado apresenta graficamente (figura 3) a evolução do número de reclamações entradas na ERS desde 2006, concluindo-se que em 2012 houve, pela primeira vez, um decréscimo no número de reclamações.

Figura 3 – Número de reclamações recebidas na ERS (2006-2012)



Fonte: ERS – “Relatório da Atividades de 2012”, de março 2013.

O relatório de atividades citado apresenta a distribuição das reclamações recebidas em 2012 por assuntos. Verifica-se que a “qualidade da assistência administrativa”, o “tempo de espera”, a “qualidade da assistência de cuidados de saúde” e as “questões financeiras” foram os assuntos que levaram os utentes a reclamarem, representando no seu conjunto 74,2% do total das reclamações (ver quadro 6).

Quadro 6 – Distribuição das reclamações recebidas na ERS por assunto

ASSUNTO	RECLAMAÇÕES 2012	% DO TOTAL
Qualidade da assistência administrativa	1.922	24,3%
Tempo de espera	1.673	21,2%
Qualidade da assistência de cuidados de saúde	1.522	19,2%
Questões financeiras	752	9,5%
Folha de reclamação anulada	684	8,6%
Acesso	479	6,1%
Assistência humana	445	5,6%
Instalações	240	3,0%
Questões legais	94	1,2%
Outro	82	1,0%
Discriminação	17	0,2%
Total	7.910	100%

Fonte: ERS – “Relatório da Atividades de 2012”, de março 2013.

No que diz respeito ao tempo médio para o tratamento de uma reclamação apresentada, em 2012, à ERS, situou-se em 62,5 dias (média do ano). Segundo a ERS, em clara melhoria face à média global acumulada de 90,4 dias, nos anos anteriores. Para aquela entidade a razão desse aumento da capacidade de resposta, ficou a dever-se ao melhoramento da aplicação informática destinado ao processamento das reclamações e exposições dos utentes relativamente aos prestadores de cuidados de saúde, denominada Sistema de Gestão de Reclamações (SGREC).

Processos Instaurados

De acordo com o “Relatório da Atividades de 2012”, durante o ano de 2012, a ERS instaurou 37 processos de inquérito sobre a qualidade dos serviços de saúde, procedeu à abertura de 42 processos de monitorização e foram emitidas 52 instruções visando diversos prestadores de cuidados de saúde (ver quadro 7).

Em vários casos, o Conselho Diretivo da ERS entendeu “haver lugar a uma intervenção regulatória, concretizada através da emissão de instruções dirigidas aos prestadores visados,

no sentido de procederem à correção das deficiências detetadas” (ERS-Relatório da Atividades, 2013: p. 8).

Quadro 7 – Causas da abertura de instruções pela ERS

INSTRUÇÕES	N.º
Não conformidades em blocos de cirurgia de oftalmologia em prestadores públicos e não públicos.	16
Não conformidades em prestadores de serviços de medicina dentária.	14
Não conformidades em consultórios com várias especialidades médicas e/ou cirúrgicas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica.	10
Não conformidades em serviços de Medicina Física e de Reabilitação e/ou tratamentos de fisioterapia.	5
Incidentes ocorridos em instalações de hospitais do SNS.	2
Deficiências nas instalações de um hospital privado.	1
Não conformidades na unidade de obstetrícia e ginecologia de um hospital público.	1
Outros	2
Total	52

Fonte: Construção própria com base no “Relatório da Atividades de 2012”, ERS, de março 2013.

Da pesquisa realizada sobre a ERS, destacamos o aumento exponencial do número de queixas desde o início de atividade da ERS, com um aumento de 700% (entre 2002 e 2011) e uma redução do tempo médio de tratamento das reclamações, por parte da entidade de regulação.

Podemos ainda concluir que a ERS emergiu por força das sucessivas transformações do sistema de saúde português, que “impuseram” ao Estado a criação de uma entidade independente e universal focalizada nos interesses dos utentes enquanto clientes de cuidados de saúde. A ERS incorpora o objetivo comum às demais entidades de supervisão e regulação, de verificar a atuação de empresas com atividades socialmente valorizadas.

Após a exposição do SNS, das suas principais alterações legais e administrativas, a introdução de novos modelos de gestão e o surgimento de uma entidade reguladora, abordamos no ponto seguinte os indicadores do estado de saúde que tentam espelhar a eficácia e eficiência do sistema de saúde de um país.

5. Indicadores do estado de saúde

Como último ponto deste Capítulo, consideramos importante abordar o “estado da saúde” em Portugal numa vertente quantitativa, apresentando e analisando alguns indicadores consensualmente aceites como reveladores da qualidade dos cuidados de saúde do País⁵⁹.

O estado de saúde de uma população, de acordo com Ribeiro (2009), é fruto do território onde vive, das condições sociais e históricas do seu desenvolvimento e das características intrínsecas e genéticas da própria população.

O relatório do Ministério da Saúde “Indicadores do SNS 30 anos – Garantir o futuro” de 2009, refere:

*Ao longo dos últimos 30 anos, dentre a população Europeia, a portuguesa conheceu um envelhecimento dos mais rápidos. Dentre os fatores que contribuíram para isso, destacam-se melhoria das condições de vida que também se repercutem em **diminuição da mortalidade infantil**, controlo de várias doenças e redução da sinistralidade, redução da natalidade e **aumento da longevidade**. Ao proceder a comparações com o intuito de apreciar o desempenho do nosso SNS importa recordar o atraso relativo no que se refere a rendimento per capita e a literacia, determinantes em muitos indicadores de saúde.*

Assim e com base no relatório supra, apresentamos alguns indicadores:

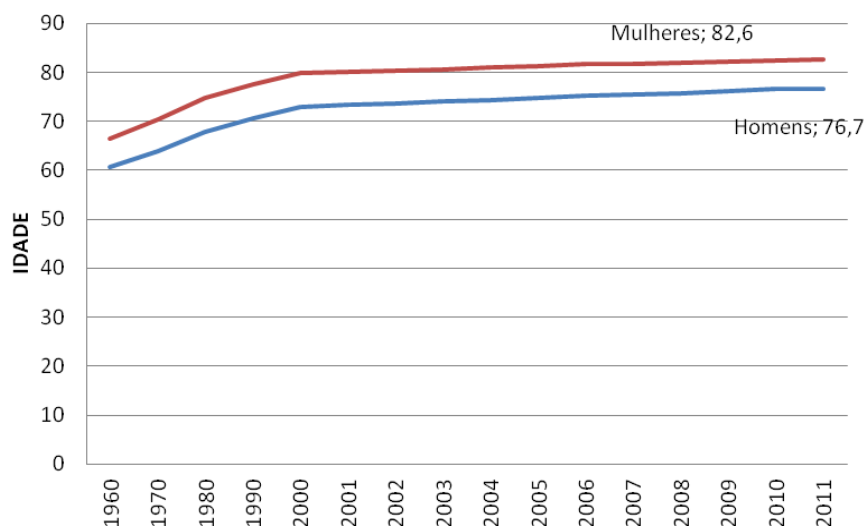
Esperança Média de Vida à Nascimento

Como salientámos na Introdução, a Esperança Média de Vida à Nascimento é um dos indicadores que melhor ilustra a evolução do sistema de saúde em Portugal, passando de pouco mais de 63 anos em 1960 para 81 anos (em termos médios entre Mulheres e Homens) em 2011 (ver gráfico 2). Esta média encontra-se muito perto da média dos países da OCDE (82 anos)⁶⁰.

⁵⁹ Nesse sentido *vide* “Estratégias para a Saúde - V Cadernos do Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Indicadores e Metas em Saúde”. Alto Comissariado da Saúde (2011).

⁶⁰ Por Consulta do *web site* da OCDE in http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profile-portugal_20752288-table-prt (acedido a 19.06.2011).

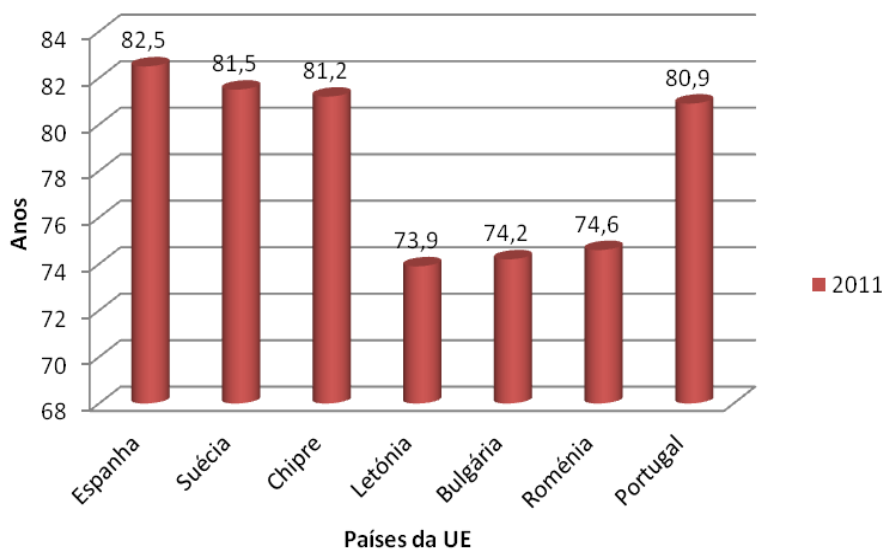
Gráfico 2 – Esperança média de vida à nascença em Portugal de 1960 a 2011



Fonte: Construção Própria com base em dados da PORTADA e INE ⁶¹

Na União Europeia existem discrepâncias significativas entre os diferentes países, sendo que Portugal acompanha o grupo que apresenta os melhores indicadores (Espanha e Suécia), (ver gráfico 3).

Gráfico 3 – Esperança média de vida à nascença em alguns países da EU em 2011



Fonte: Construção Própria com base em dados da PORTADA e EUROSTAT ⁶²

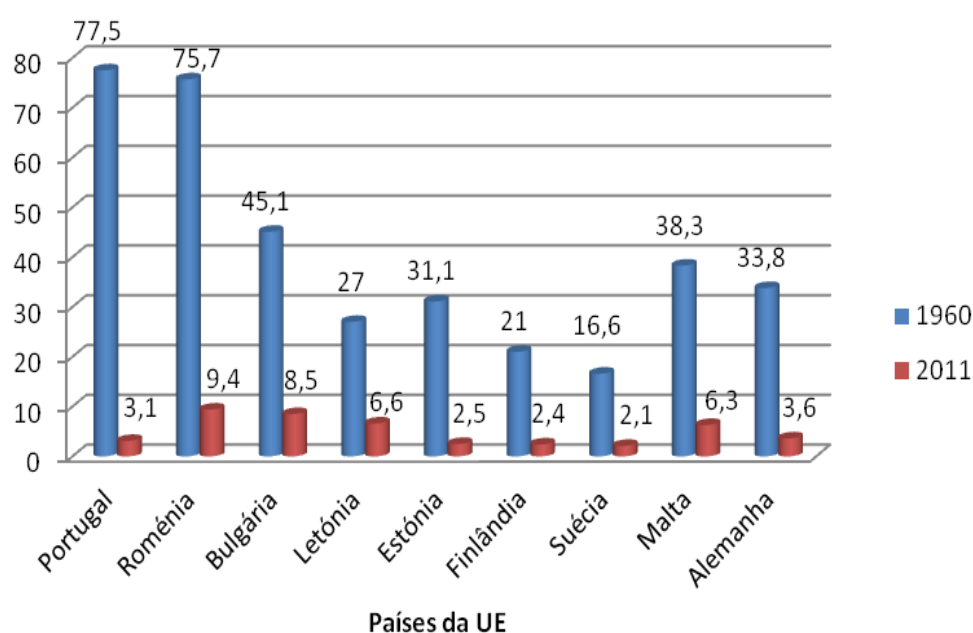
⁶¹ Cfr. na Base de dados: PORTADA (Fundação Francisco Manuel dos Santos) com base em dados do INE, referindo-se a dados de 2009-2011 e ao Continente no que diz respeito ao local de residência. In <http://www.pordata.pt/Portugal>. (acedido em 15.05.2013).

⁶² Cfr. na Base de dados: PORTADA (Fundação Francisco Manuel dos Santos) com base em dados do EUROSTAT e dos Institutos Nacionais de Estatística dos Países em causa. In <http://www.pordata.pt/Portugal>. (acedido em 15.05.2013).

Taxa de Mortalidade Infantil

Outro indicador apresentado com frequência como sinónimo de qualidade, nos sistemas de saúde, é a Taxa de Mortalidade Infantil. Assim, apresentamos a mesma sob o ponto de vista comparativo com outros países europeus e em relação ao salto desse indicador nos últimos 50 anos. De salientar que Portugal passou de uma taxa de 77,5 mortes por cada 1000 nascimentos vivos, para 3,4 ou seja, muito próximo dos países com melhores indicadores (Estónia e Suécia) (ver gráfico 4) e dos mais baixos a nível mundial.

Gráfico 4 - Taxa de mortalidade infantil (por cada/1000 nascimentos vivos)



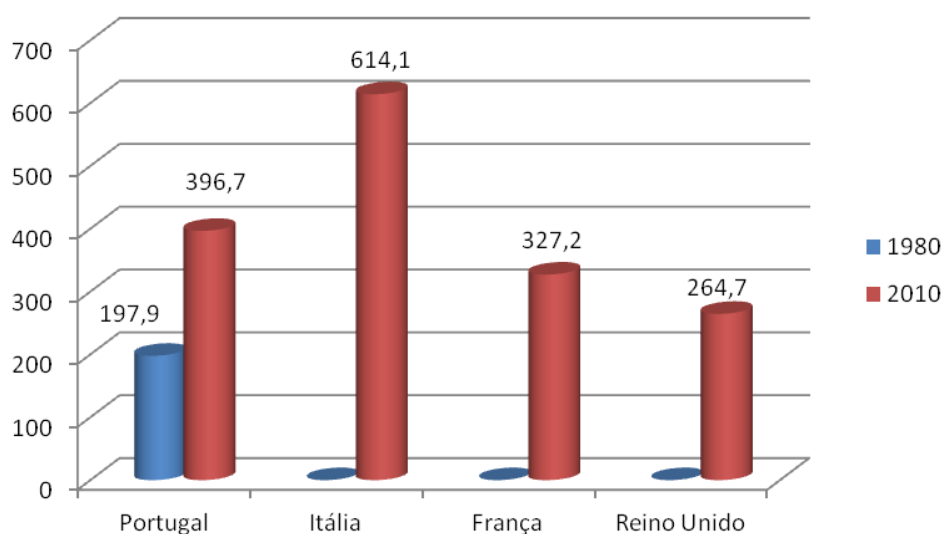
Fonte: Construção Própria com base em dados da PORTADA e EUROSTAT ⁶³

Número de Profissionais de Saúde

Outro indicador referido no relatório do Ministério da Saúde como sinónimo de qualidade nos sistemas de saúde é a relação entre o número de profissionais de saúde e o número de habitantes. Nos últimos 30 anos esse número duplicou no nosso país, como se infere dos próximos gráficos.

⁶³ Cfr. na Base de dados: PORTADA (Fundação Francisco Manuel dos Santos) com base em dados do EUROSTAT e dos Institutos Nacionais de Estatística dos Países em causa e U.S. Census Bureau, Population Division - EUA; Statistics Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications - Japão, Eurostat/OMS/OCDE. In <http://www.pordata.pt/Portugal>. (acedido em 15.05.2013).

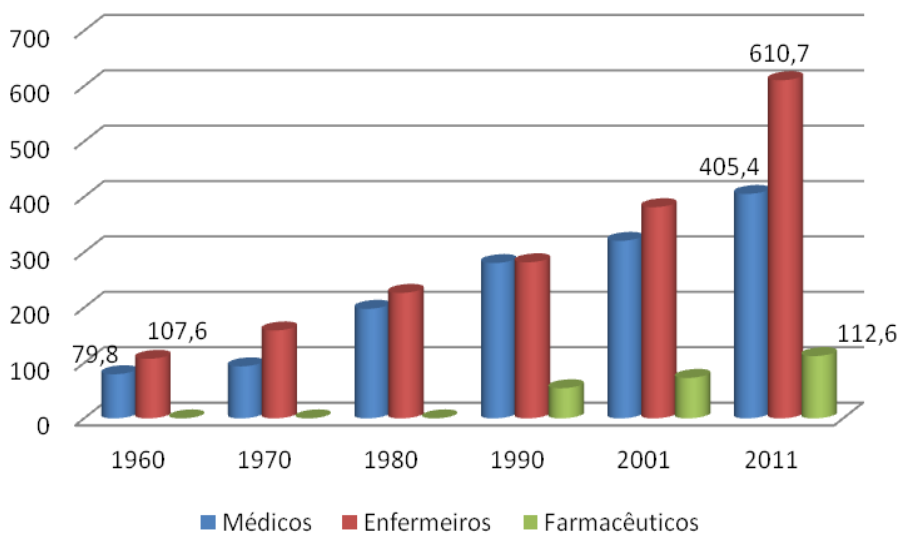
Gráfico 5 – Números de médicos por 100 mil habitantes em alguns países Europeus.



Fonte: Construção Própria com base em dados da PORTADA⁶⁴

Se não nos cingirmos apenas aos médicos mas a outros grupos profissionais da saúde, como por exemplo a enfermeiros e farmacêuticos, verificamos que o crescimento tem sido exponencial em todos os grupos apresentados (ver gráfico 6).

Gráfico 6 – Números de profissionais de saúde por 100 mil habitantes em Portugal (1960 a 2011)



Fonte: Construção Própria com base no INE, Estatísticas de Saúde⁶⁵

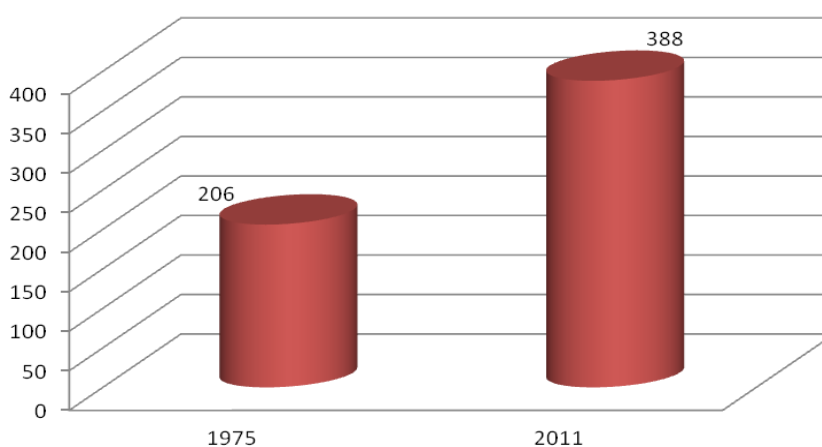
⁶⁴ Cfr. na Base de dados: PORTADA (Fundação Francisco Manuel dos Santos) com base em dados do EUROSTAT e dos Institutos Nacionais de Estatística dos Países em causa. In <http://www.pordata.pt/Portugal>. (acedido em 15.05.2013).

⁶⁵ O valor apresentado no que diz respeito ao número de médicos por 100 mil habitantes é ligeiramente diferente ao apresentado no gráfico 5 para anos consecutivos, essa diferença deve-se à fonte consultado e é considerada “normal” em Estatística.

Número de Centros de Saúde

Em relação aos Estabelecimentos de Saúde, apresentamos dados apenas referentes aos Centros de Saúde, enquanto elementos dos Agrupamentos de Centro de Saúde, foco do nosso Estudo. Podemos inferir da leitura do gráfico 7 que, o poder político tem efetivado a vontade de tornar os cuidados de saúde primários (Centros de Saúde, agora agrupados em ACES) como base do SNS (uma das razões do nosso Estudo) e localizá-los o mais próximo possível dos utentes. Assim, nos últimos 35 anos o número de centros de saúde quase duplicou, o que é assinalável se pensarmos tudo o que está subjacente a criação de um novo Centro de Saúde.

Gráfico 7 – Números de centros de saúde em Portugal em 1975 e em 2011.



Fonte: Construção Própria com base em dados da PORTADA⁶⁶

Os progressos apresentados neste capítulo são acompanhados, todavia por consequências não pretendidas (Cabral, 2009) e que levantam novas discussões:

- **Na dimensão demográfica** – A descida de mortalidade infantil e o aumento da esperança média de vida, faz aumentar exponencialmente o peso da população com mais idade e mais vulnerável a doenças e mais consumidora de recursos da saúde.
- **Na dimensão política** – Existe um recuo dos Estados em garantir um sistema de saúde universal e gratuito, pois aquando da sua conceção (relatório *Bragiar*) acreditava-se que a incidência da doença deixaria de ser um problema social dentro de alguns anos. Contudo, o passar dos anos provou o contrário existindo um aumento da procura de serviços de saúde, levando os países à racionalização de gastos, à aplicação de taxas

⁶⁶ Cfr. na Base de dados: PORTADA (Fundação Francisco Manuel dos Santos) com base em dados do INE/MS/DGS. (acedido em 15.05.2013).

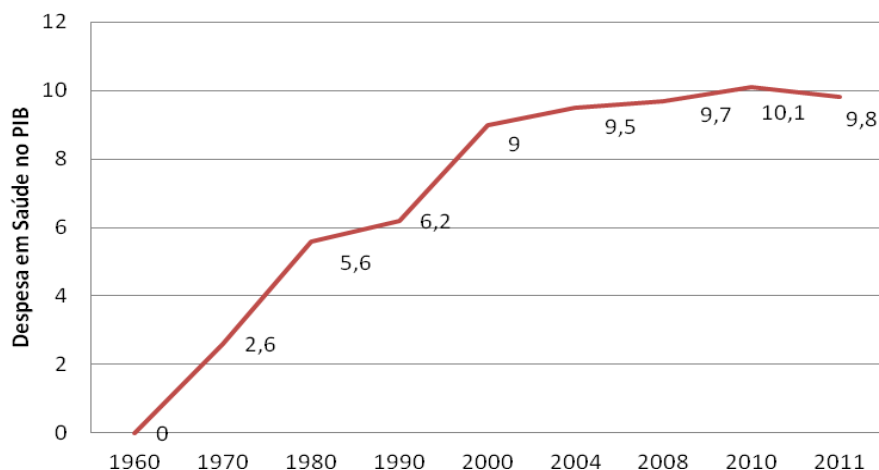
cada vez mais elevadas no acesso aos cuidados e ao incentivo da participação privada na prestação de cuidados.

- **Na dimensão médico-científica** – Os avanços da medicina e da farmacologia conduziram à desvalorização de fatores ambientais, sociais e psicológicos⁶⁷.
- **Na dimensão sociocultural** – O discurso e ação dos responsáveis pelo setor da saúde enfatiza e responsabiliza comportamentos individuais, desvalorizando o papel do Estado principalmente na proteção dos estratos sociais mais baixos⁶⁸.

Podemos ainda acrescentar uma **dimensão económica**, uma vez que grande parte dos “ganhos” em saúde e consequente melhoria dos indicadores de qualidade, é realizada à custa do orçamento de Estado.

Assim e de acordo com Lopes (2010), em 1970, a despesa com a saúde não ultrapassava os 2,8% do PIB⁶⁹, resultado da pouca importância atribuída ao setor na altura. Atualmente, a área da saúde é um dos setores mais importantes da sociedade. A despesa cresceu exponencialmente, e o Ministério da Saúde passou a ser um dos ministérios com maior dotação orçamental, apresentando, para alguns autores, valores considerados preocupantes sob o ponto de vista da sustentabilidade do SNS, conforme se infere do gráfico 8.

Gráfico 8 – Percentagem das despesas totais em saúde no PIB, entre os anos 1960 e 2011



Fonte: Construção própria com base em dados publicados em “Retrato Político da Saúde”, Simões (2004)⁷⁰

⁶⁷ Locker (1997), citado CABRAL, Manuel e SILVA, Pedro (2009). “Estado da Saúde em Portugal”(pp.21). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

⁶⁸ Locker (1997) *apud* Cabral e Silva (2009: p. 21).

⁶⁹ PIB - O Produto Interno Bruto de um país é o montante dos bens e serviços por ele produzidos num dado ano. Esse valor refere-se à produção efetuada no país, independentemente de ser realizada por empresas nacionais ou estrangeiras. In <http://www.infopedia.pt> (acedido a 15.06.2013).

⁷⁰ Alguns elementos do gráfico foram obtidos com base em do INE e PORDATA através dos respetivos sites (<http://www.ine.pt> e <http://www.pordata.pt/Portugal/Centros+de+saude+numero++extensoes+e+camas-584>), acedido em 13.06.2013.

Ainda da leitura do gráfico 8 concluímos que os objetivos da empresarialização do setor da saúde (diminuição da despesa pública) não terão sido alcançados na sua plenitude, uma vez que desde 2002 (ano em que surgiu em força este tipo de gestão dos hospitais públicos), o Ministério da Saúde manteve uma dotação crescente do Orçamento de Estado (OE). Apenas por força do programa de ajustamento financeiro a que o país está sujeito houve uma ligeira redução ou estagnação do crescimento da despesa do MS nos últimos anos, “a redução de despesa em 2012 reflete as medidas de contenção de despesa previstas no Documento de Estratégia Orçamental bem como incorpora os efeitos de medidas já tomadas durante o ano de 2011” (Relatório OE 2013: p. 193). Assim e de acordo com o relatório citado, a despesa total consolidada do MS em **2012** foi de **10.054 M€**”, ou seja muito próxima do valor da despesa desde 2004.

Concluindo, no que diz respeito aos indicadores do setor da saúde em Portugal analisados, salientamos a evolução positiva registada. Nomeadamente, o aumento notável da esperança média de vida e a considerável diminuição da taxa de mortalidade infantil refletiram a forte aposta dos governos pós 25 de abril no setor da saúde com o alargamento do acesso a cuidados de saúde a toda a população e a criação do SNS. No entanto, na nossa opinião a melhoria dos indicadores apresentados está ligada indubitavelmente a outros fatores sociais como a melhoria do nível de vida, o aumento da literacia e o forte investimento financeiro no setor (aumento exponencial dos custos com a saúde (gráfico 8), entre outros.

Da pesquisa realizada neste capítulo, concluímos que a organização do SNS procura ser descentralizada e dotar de certa autonomia os diversos prestadores de cuidados associados. No entanto, os mesmos mantêm um elevado grau de dependência do orçamento de Estado, o que levou o legislador a procurar soluções que melhorassem a eficácia e eficiência do SNS. A empresarialização do serviço público de saúde e o estabelecimento de PPP foram soluções encontradas e postas em prática, mas com os seus resultados a ficaram aquém das expectativas. Mesmo assim, a enorme evolução no setor da saúde Português, desde que foi instituído o SNS, fez com que o país passasse de um dos países com os piores indicadores para lugares de destaque.

CAPÍTULO III

As Tecnologias de Informação e Comunicação

1. As Tecnologias de Informação e Comunicação

Se até há uns anos era difícil imaginar o que fazer com um computador, hoje o contrário é verdade – quase tudo o que possamos imaginar nas nossas vidas tem por detrás um sistema informático e está de alguma forma ligado à tecnologia digital.

(Marques, 2008: p. 8)

Segundo Marques (2008), os computadores cumprem um papel indispensável na nossa vida. São usados em casa, nas fábricas, nas escolas, na administração pública, nos hospitais, nas lojas, *et cetera*.

Nesse âmbito (*Ibidem*), salienta que passámos de gigantescas máquinas que ocupavam grandes salas refrigeradas, que custavam milhões de euros, para uma situação em que estamos rodeados de pequenos computadores acessíveis à maioria das pessoas – literalmente (só em 2008 foram vendidos 1,6 milhões de computadores em Portugal).

Para Antão (2005), o Ser Humano sempre teve necessidade de guardar dados dos mais diferentes tipos. “Inicialmente, os dados eram guardados em suporte de papel, mas com o evoluir dos tempos e o aparecimento e disseminação dos computadores, foram surgindo, primeiro os sistemas de ficheiros, e, posteriormente programas mais sofisticados, utilizados para armazenar e disseminar a informação produzida” (Antão, 2005: p. 6).

Neste âmbito, Marques (2008) refere que podemos instruir o computador, através de programas (*software*), a executar praticamente qualquer tarefa que esteja relacionada com o processamento de dados.

Segundo Fonseca (2009), a propagação dos computadores e o progresso tecnológico das últimas décadas introduziu enormes mudanças nas relações sociais e nas formas de produção de bens e serviços, levando as sociedades ditas “contemporâneas” a entrarem numa nova fase da sua evolução, marcada pela integração das denominadas tecnologias de informação e comunicação no seu dia-a-dia.

A OCDE (2001) *apud* King e Lyytinen (2006: p. 6) reconhece o forte impacto das TIC na sociedade e na economia: “os avanços da Internet e das TIC estão a transformar a atividade económica, à semelhança da máquina a vapor, da construção das vias férreas ou da energia elétrica no passado”.

Para Serrano *et al.* (2004), a crescente globalização dos mercados, o aumento dos padrões de exigências dos consumidores e o forte incremento da concorrência trouxeram novos problemas às empresas. Apresentando a informação como um “recurso vital” à sobrevivência das organizações, salienta que a informação está a alterar a estrutura da própria concorrência e a competitividade das organizações.

As Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC) assumem um papel central, criando, memorizando, tratando e transmitindo informação em tempo oportuno e auxiliando na tomada de decisões (*Ibidem*).

O INE (2012) define as TIC como todos os aparelhos de *hardware* (computadores e similares) e *software* (programas informáticos) utilizados para classificar, conservar e disseminar a informação⁷¹. Por seu lado, Rocha (2010) define TIC como o conjunto de recursos tecnológicos, usados de forma integrada, com um objetivo comum.

Para Gouveia e Ranito (2004: p.5), “qualquer organização moderna recorre às TIC como forma de garantir a função dos sistemas de informação enquanto infraestrutura de suporte ao fluxo de informação na organização”.

O desenvolvimento de *hardwares* e *softwares* que permitem uma operacionalização cada vez mais eficaz, levam alguns autores a comparar a utilização das mesmas à revolução industrial, assumindo-a como a revolução tecnológica. Nesse âmbito Castells (2004), salienta que nos encontramos numa sociedade cuja economia é dominada por um modelo tecnológico, em que a informação é a sua matéria-prima.

Segundo Fonseca (2009), esta revolução digital, e a internet em particular, marcaram as últimas décadas do século XX e permitiram a definição da base organizacional de uma nova economia baseada nas redes. Já para Almeida (2002: p. 76 e 77) esta revolução digital, baseada nas TIC, é muitíssimo condicionadora do desenvolvimento de qualquer organização social e até das relações pessoais, referindo-se ao “grau de determinismo da tecnologia como elemento altamente condicionador do desenho organizacional, do desenvolvimento social e da reconfiguração das relações pessoais e profissionais”.

A banalização da utilização dos computadores a partir da década de 80 do século XX congregou a tecnologia com os sistemas de informação, criou um complexo e infindável

⁷¹ Definição presente no questionário do INE – “Sociedade da Informação e do Conhecimento - Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e Comunicação nos Hospitais”.

mundo de soluções e programas de armazenamento, processamento e propagação da informação. No entanto, esta “informatização” depende e é desenvolvida por e para pessoas e o crescimento desta “indústria” pode não ser condição suficiente para a obtenção de vantagens competitivas para as empresas ou para evitar erros na tomada de decisões. Nos sistemas informáticos, temos de considerar que os seus componentes são o *hardware* e o *software*, mas também, e sobretudo, o *peopleware* (as pessoas, sem as quais não é possível obter os *outputs* do sistema informático).

A este propósito Serrano, *et al.* (2004: p. 2), realça que existiu nos últimos anos um grande investimento em recursos afetos às TIC, “fruto de uma forte gula tecnológica motivada pela ansiedade em procurar vantagens competitivas e eficiência organizacional. Viveram-se tempos de alguma irracionalidade, sem que os investimentos nas TIC produzissem, aparentemente, os efeitos pretendidos”.

1.1 Sistemas de Informação

Vivemos rodeados de sistemas. O Ser Humano é um sistema, as organizações são sistemas, os sistemas de informação, como o próprio nome indica, são obviamente sistemas.

Serrano, *et al.* (2004: p. 2)

Neste ponto falaremos em sistemas de informação (SI) pela necessidade imperiosa de clarificar o conceito face às TIC, uma vez que os dois conceitos vulgarmente se encontram misturados e mesclados, sendo tratados como sinónimos com frequência por alguns autores. No nosso entendimento, são “campos” que se tocam mas que é de todo importante distinguir.

Começamos por definir informação e sistema para facilitar o próprio conceito de sistemas de informação.

De acordo Galliers (1987) *apud* Gouveia e Ranito (2004: p. 10), informação “é uma coleção de dados que, quando apresentados de determinada forma, melhora o conhecimento do indivíduo que a recebe, de modo a que este indivíduo se torne mas capaz de realizar a ação ou decisão”.

Segundo Gouveia e Ranito (2004), a informação é atualmente um dos “motores” da atividade humana. “Independentemente do tamanho, natureza ou mesmo atividade de uma

organização, a verdade é que esta precisa de informação para poder executar e prosseguir a sua missão e cumprir os objetivos a que se propõe” (Gouveia e Ranito, 2004: p. 5).

Por seu lado, segundo Serrano *et al.* (2004), um sistema pode ser definido, de uma forma simples e intuitivamente acessível, como um complexo de elementos em interação. Nas organizações, esses elementos podem ser expressos através dos diferentes recursos humanos, materiais ou financeiros.

Todos os sistemas (*Ibidem*) para funcionarem tem de ter entradas (*inputs*), processamento e saídas (*outputs*), sendo que os *inputs* dizem respeito a tudo aquilo que o sistema recebe para poder funcionar, o processamento transforma (em função dos objetivos) os *inputs* criando os *outputs*. Finalmente, e para o autor citado, os *outputs* correspondem ao produto final do processamento.

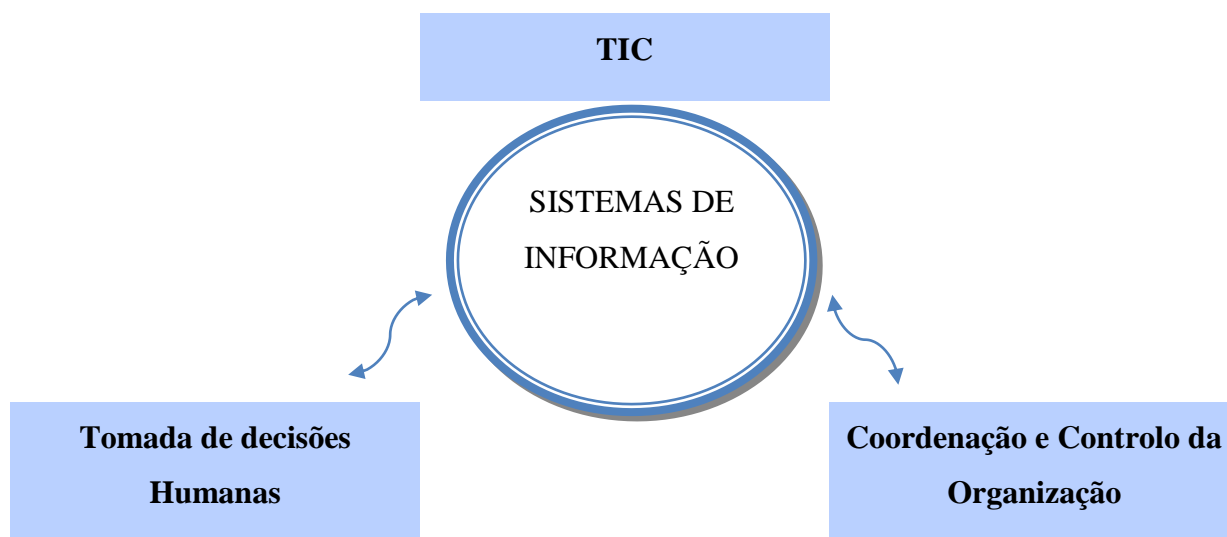
Ainda antes de definirmos e abordarmos os sistemas de informação importa definir “tomada de decisão”, pela ligação e importância que incorpora para os sistemas de informação, pois para se tomar decisões temos necessariamente de ter informação. Para Bilhim (1999) *apud* Gouveia e Ranito (2004: p. 16), tomada de decisão é o “momento de escolha de uma entre diversas alternativas, momento esse que se integra num processo que compreende diversas etapas. Esse momento em que quem toma a decisão e seleciona o curso de ação, é igualmente escolhido pelo decisor e por parte integrante da tomada de decisão – *timing*”.

Para Gouveia e Ranito (2004), a existência de sistemas de informação é muito anterior ao surgimento dos computadores, salientando que os seres humanos se organizam e recorrem a diferentes estratégias na obtenção de informação que suporte a tomada de decisões. Referem como exemplo a informação e estratégias nas diversas guerras que os homens já travaram. Contudo, salientam que “atualmente, o computador é uma das tecnologias mais populares e eficazes que o indivíduo tem ao seu dispor para lidar com a informação” (Gouveia e Ranito, 2004: p. 8).

Desta forma, de acordo Laudon e Laudon (1996) *apud* Gouveia e Ranito (2004: p. 28 e 29), sistemas de informação são “um conjunto de componentes inter-relacionados que recolhem, processam, armazenam e distribuem informações destinadas a apoiar a tomada de decisões”. Os sistemas de informação (*Ibidem*) usam os recursos de pessoas, *hardware*, *software*, dados e redes para executar atividades de entrada, processamento, saída, armazenamento e controle de uma organização, transformando dados em informação.

Em suma, os sistemas de informação funcionam como suporte nas ações e decisões humanas, sendo um conjunto de elementos, que se relacionam entre si, num determinado meio, com um determinado objetivo, e dos quais as TIC fazem parte. Ou seja, sistemas de informação têm subjacente a organização, a interligação, o auxílio na tomada de decisões e a vertente Humana, ao passo que as TIC dizem respeito aos aspetos mais técnicos da denominada revolução tecnológica (ver figura 4).

Figura 4 – A importância dos SI



Fonte: Construção própria com base na pesquisa realizada.

1.2 Sistemas de Informação na Saúde

Os sistemas de informação de saúde incluem todos os dados necessários aos profissionais de saúde e respetivos utilizadores do sistema para desenvolver e proteger a saúde da população.

(Almeida, 2011: p. 65)

Tomando como exemplo de organização uma unidade de saúde, sistema de informação de saúde pode ser definido como sendo “um sistema desenhado para auxiliar na gestão de toda a informação clínica e administrativa da instituição e melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde⁷²”.

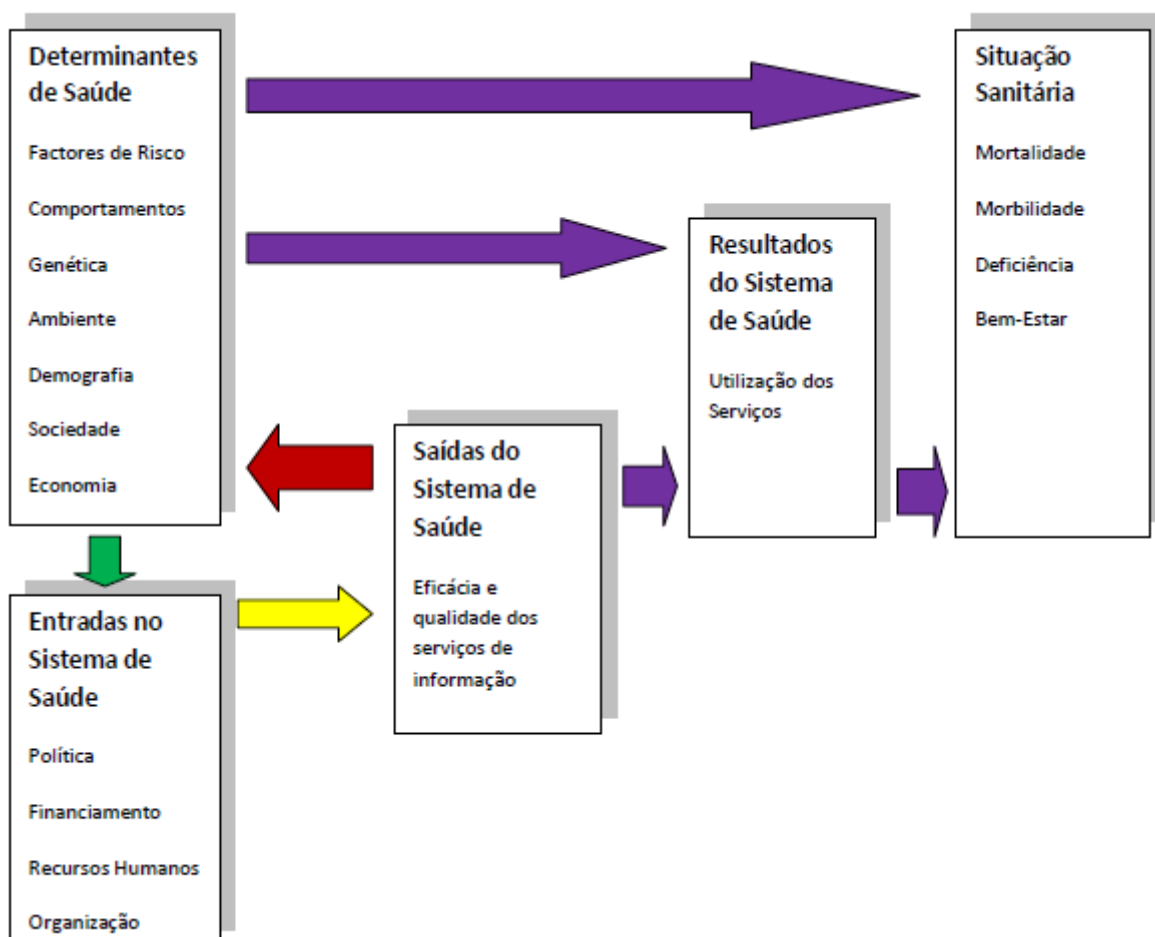
No entanto, e de acordo com Almeida (2011), o investimento que tem sido feito nos últimos anos, ao nível das TIC, não foi alargado a um investimento em sistemas de

⁷² Nesse sentido *vide* página eletrónica curso “Informática Médica” da Faculdade de Medicina de Universidade do Porto consultada em <http://im.med.up.pt/informatica/informatica.html> Acedido a 10.08.2013.

informação em saúde. Salaria que muitas unidades de saúde percecionam os sistemas de informação meramente enquanto sistemas informáticos. A autora citada defende que os sistemas de informação são tão antigos como os próprios hospitais e que devem ser valorizados como fulcrais para o desenvolvimento das TIC. Sustenta também que a própria OMS defende que o investimento em sistemas da informação de saúde “pode ter vários benefícios, auxiliando os decisores a detetar problemas de saúde endémicos, a monitorizar progressos e a promover a equidade” (Almeida, 2011: p. 65).

O tratamento da informação em saúde pode ser dividido em cinco diferentes domínios: determinantes de saúde, entradas no sistema de saúde, saídas do sistema de saúde, resultados do sistema de saúde e situação sanitária (OMS (*saine dai*) apud Almeida (2011: p. 66) (ver figura 5).

Figura 5 – Informação em saúde



Fonte: Mimeografado de Almeida (2011: p. 66).

Da nossa leitura do esquema apresentado, entendemos que os domínios de informação apresentados estão ou devem estar interligados entre si por eficazes e eficientes sistemas de

informação em saúde. Quanto melhores sistemas de informação (traduzidos na figura anterior pelas setas coloridas) melhor e mais rapidamente serão interpretados os *inputs* (determinantes de saúde, entradas no sistema de saúde), para processamento nos serviços (saídas do sistema de saúde, resultados do sistema de saúde) e posterior resultado (*outputs*) das ações das unidades de saúde (situação sanitária).

Neste sentido, Espanha (2010) refere que os sistemas de informação em saúde são, cada vez mais, um instrumento de importância crítica, para o desenvolvimento de estratégias informacionais, na área da saúde. Salientando que “os processos de informação e comunicação em saúde têm importância crítica e estratégica porque podem influenciar nomeadamente a avaliação que os indivíduos fazem da qualidade dos cuidados de saúde, o próprio conceito de saúde e de doença e incapacidade, e a adoção de determinados comportamentos por relação a esses mesmos conceitos” (Laverack (2008) *apud* Espanha, 2010: p. 30).

2. As Tecnologias de Informação e Comunicação na saúde

“Manuel Castells (2003) chama-nos a atenção para a importância central que as tecnologias de informação e comunicação representam nas sociedades contemporâneas, as quais não dizem respeito apenas a transformações de carácter tecnológico, mas sim a alterações na organização social e nas estruturas de base das sociedades”.

Espanha, (2009: p. 1)

A Comissão Europeia (2011) refere, na sua página eletrónica oficial, que a *saúde eletrónica* pode ter “benefícios significativos para toda a comunidade, na medida em que melhora o acesso aos cuidados de saúde e a sua qualidade e contribui para sistemas de saúde centrados no utilizador, bem como para a eficácia, eficiência e sustentabilidade globais do sector da saúde”.

A tecnologia transformou a medicina, e tudo se conjuga para que o desenvolvimento nesta área acompanhe a ficção científica (Ormonde, 2011). A contínua inovação tecnológica (*Ibidem*), cria expectativas e necessidades nos prestadores de serviços e cidadãos. “Cada país tenta responder em função da sua riqueza à exigência socioeconómica de mais e melhor saúde, obrigando por vezes os gestores a optarem entre *doing things right* ou *doing the right things*”(Ormonde, 2011: p. 75).

Por outro lado Silveira (2011: p. 49) refere que a saúde é “indubitavelmente a maior conquista da Humanidade”, sendo que um dos principais contributos para esta conquista segundo este autor fica a dever-se à introdução da tecnologia na saúde, contudo refere que não “basta dispor de novas tecnologias, pois são necessários profissionais que as conheçam e façam delas o melhor uso.”

No entanto, Espanha (2010) destaca a necessidade da criação de sistemas e aplicações informáticas que facilitem e agilizem os registos, reforçando que os mesmos têm que assumir uma forma de *user friendly*, para que os profissionais se sintam motivados para a sua utilização, pois a sua implementação implica uma mudança nas práticas e rotinas habituais.

Segundo Serrano (2007), a primeira aplicação prática da computação relevante para a área da saúde foi o desenvolvimento de um sistema de processamento de dados baseado em cartões perfurados, criado por Herman Hollerith em 1890. Desde essa altura, até a atualidade, multiplicam-se as soluções informáticas na área da saúde, com soluções para todos os tipos de problemas, com visões diferentes da entrada das TIC na área da saúde.

Segundo Rocha (2007), a informática na saúde traduz-se na correta aplicação das TIC adequadas para o setor, considerando o autor que as TIC podem contribuir de forma positiva para o desenvolvimento das unidades de saúde, se forem bem geridas.

Atualmente a generalidade das unidades de saúde atribuem tal importância às TIC que quase todas possuem um serviço e/ou departamento de tecnologias e sistemas de informação com competências próprias que passam pelo desenvolvimento do sistema de informação.

As funções deste tipo de serviços ou departamentos nas unidades de saúde passam por: integração dos equipamentos e das infraestruturas de comunicação; prestação de assistência às redes informáticas e aos equipamentos instalados; produção de novas aplicações informáticas ou promoção das existentes; elaboração de cadernos de encargos e pareceres sobre aquisição de *hardware* e *software*; promoção e dinamização de ações de formação para os profissionais de saúde⁷³.

A aplicação de novas TIC no campo da medicina e saúde visam, segundo Rocha (2007), otimizar a gestão da informação e conseqüentemente melhorar as tomadas de decisão – mais exatas, oportunas e seguras. Surgindo em áreas como a prevenção, o agendamento e pagamento de atos e cuidados de saúde, em diagnóstico, na prescrição, no tratamento e

⁷³ Competências inscritas no regulamento interno de uma unidade de saúde da região centro.

monitorização, na administração de saúde (financeira, logística, etc), na educação e investigação em medicina e saúde.

Para Espanha (2010), a utilização das TIC no campo da saúde constitui-se como um elemento essencial para a promoção de modos de relacionamento mais seguros, acessíveis e eficientes com os cuidados de saúde.

As TIC oferecem um vasto leque de ferramentas aos profissionais de saúde, tais como: a telemedicina, bases de dados *on-line*, bibliotecas virtuais, prescrição eletrónica, comunicação por *e-mail* com os utentes. Também os utentes beneficiam desta oferta de produtos e serviços, conseguindo aceder ao seu processo clínico desde casa, marcar consultas *on-line*, escolher hora da consultas e tratamentos, etc.

A aposta nas TIC em Portugal, por parte do Ministério da Saúde, é traduzida nos apelos ao registo eletrónico dos utentes do SNS (anexo II), dando forma ao conceito e-saúde⁷⁴ preconizado pela Comissão Europeia, que aprovou em maio de 2010 a estratégia “uma agenda digital para a Europa”. O atual Governo criou, ao abrigo do programa “agenda digital 2015”, o portal do utente através da “plataforma dados saúde” (anexo III).

A plataforma dados saúde (PDS) permite a inscrição dos utentes, a marcação de consultas, o esclarecimento de dúvidas sobre a saúde, entre outras. Trata-se de uma forma inovadora de comunicação com os utentes, desempenhando, segundo os responsáveis da SMPS, EPE, um papel fundamental no atendimento. Trata-se também de uma fonte confiável de dados e informações sobre a saúde e prestação de cuidados, permitindo o fluxo eficiente entre as unidades de saúde e os utentes.

A aposta nas TIC na saúde, em Portugal, parece reunir grande consenso por parte da tutela, a prova disso é que os últimos Governos investiram fortemente na disseminação das TIC na saúde, mesmo que isso implique o gasto de uma verba considerável. Segundo o presidente dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SMPS, EPE), Portugal gasta anualmente perto de 200 milhões no desenvolvimento das TIC na saúde. No entanto, em

⁷⁴ Segundo a Comissão Europeia o conceito **e-saúde** “refere-se ao conjunto de ferramentas baseadas nas tecnologias da informação e da comunicação utilizadas para apoiar e reforçar a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças, bem como para controlar e gerir questões relacionadas com a saúde e o estilo de vida”. O conceito refere-se à “interação entre os doentes e os prestadores de cuidados de saúde, à transmissão de dados entre instituições, à comunicação entre pares, entre os doentes ou entre os profissionais de saúde; inclui, além disso, as redes de informações sobre saúde, os registos de saúde eletrónicos, os serviços de telemedicina, os sistemas de comunicação pessoais e portáteis para monitorizar e prestar assistência aos doentes”. Consulta no site <http://ec.europa.eu/health-eu/care>. (Acedido 12.08.2013). http://ec.europa.eu/news/environment/110511_pt.htm

função da situação socioeconómica⁷⁵ do País, o presidente da SMPS, EPE refere que “tem de ser feito mais com o mesmo dinheiro”, pois “cada euro investido nas TIC, representa 20 cêntimos em manutenção, no ano seguinte ao investimento”.

Daí esta empresa pública que incorpora o conceito inovador em Portugal de uma central de compras para o Ministério da Saúde, responsável também pela logística e pelas TIC, estar a iniciar programas e aplicações para otimização de recursos e plataformas existentes como o SClínico (software evolutivo, que une o SAM (Sistema de Apoio ao Médico) e o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), de forma a existir uma aplicação única comum a todos os prestadores de cuidados de saúde).

2.1 Inconvenientes das TIC na saúde

Existe o reconhecimento mundial do potencial que a aplicação das TIC na saúde poderá ter na melhoria da eficácia e eficiência dos sistemas de saúde (WHO, 2004). No entanto, para Rocha (2007), é também um dado adquirido que a massificação das TIC no setor da saúde, está a “reequacionar” os pressupostos de todos os processos, desde a identificação das necessidades/expectativas das partes interessadas até à satisfação das mesmas. Ou seja, os utentes são atendidos pelos profissionais de saúde e pelos “computadores” e os profissionais de saúde são confrontados com uma quantidade colossal de “ferramentas informáticas” que têm de operacionalizar para prestar esses mesmos cuidados, podendo ter uma opinião diferente das entidades que procuram implementar o uso das TIC na saúde.

Estão todos os intervenientes preparados para garantir os benefícios potencialmente associados às TIC? Serrano (2007: p. 2) considera que não existem competências para garantir esses benefícios. Refere-se ainda às TIC como “extensões da capacidade humana para processar informação” e sublinha que essa “espécie de próteses cognitivas só terão impacto se existir capacidade de gestão e de uso das TIC em cada contexto organizacional”. Mais, podem ser colocadas questões económicas clássicas, como afirma Ormonde (2011: p. 78): Eficácia versus Segurança; Custo versus Benefício; Custo versus Efetividade; Custo versus Utilidade.

O uso das TIC não se traduz apenas em vantagens; alguns autores apontam as TIC como promotoras de desemprego, pela substituição de mão-de-obra humana e geradoras de

⁷⁵ Portugal vive um período de contenção orçamental em todos os ministérios após a assinatura do Memorando de Entendimento entre a República Portuguesa e a Comissão Tripartida CE/BCE/FMI, estando consignadas restrições orçamentais na área da saúde com vista à sustentabilidade financeira do SNS.

dependência com o seu uso, reduzindo o contacto e as relações sociais. Estes são alguns dos inconvenientes gerais apontados ao uso das TIC em geral, no entanto no nosso trabalho, e neste ponto debruçar-nos-emos apenas sobre os inconvenientes associados aos uso das TIC na saúde.

Assim, de acordo com a pesquisa realizada, os principais inconvenientes referidos pelo uso das TIC na saúde são:

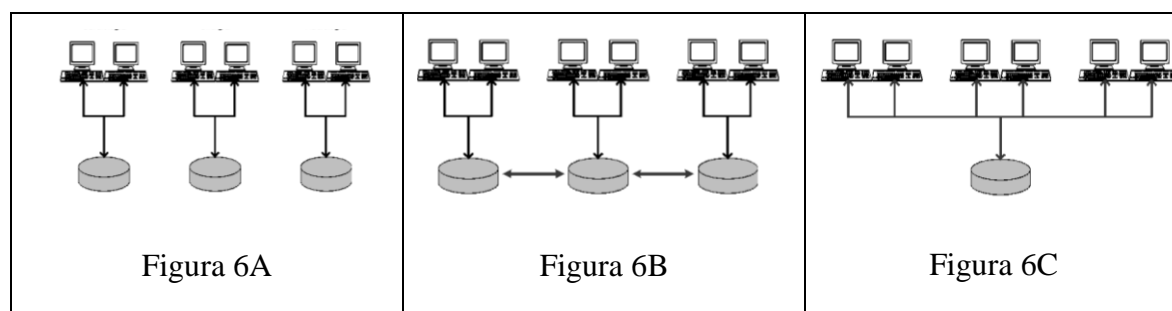
- Diversidade e quantidade de aplicações informáticas (*software*);
- Perda de privacidade;
- “Lentidão” e “bloqueio do sistema”.

Em relação à **diversidade e quantidade de aplicações informáticas**, com a propagação das TIC e dos sistemas de informação, muitos prestadores de cuidados de unidades de saúde, adquiriram ou desenvolveram *software* de forma a armazenar e processar dados, criando uma base de dados informáticos para gerir a “sua bolsa” de utentes (*software* livre). Por um lado, ajusta-se às necessidades específicas de um serviço, mas por outro vai criando “ilhas” de aplicações e sistemas informáticos sem comunicação intra-serviços, dificultando a tomada de decisão.

Na nossa opinião esta política de aquisição de *software* “a gosto” deve ser ponderada por parte dos administradores do setor da saúde. Em causa está não só o custo e manutenção do *software* livre, mas a impossibilidade de criação de uma memória comum a todos os prestadores de cuidados do SNS.

De uma forma geral, e analisando a figura 6, observarmos que podemos ter sistemas que não foram planeados de forma a permitir a comunicação entre si, tornando ineficiente a utilização e partilha de informação clínica (ver figura 6A). Isto significa que a informação introduzida num sistema deste género fica inacessível para os outros profissionais de saúde de outro serviço. Podemos ter também a existência de outros sistemas que permitem registos e partilha de informação entre serviços e departamentos, mas não entre diferentes departamentos ou unidades de saúde (ver figura 6B). Finalmente, existe ainda a solução de utilização e partilha de informação com todos os serviços, numa base comum. Por exemplo, um determinado dado de um utente (uma alergia), introduzido numa unidade de saúde do Norte do País (Centro de Saúde, Hospital ou USF) fica disponível na memória comum (base de dados) do SNS, ou seja, pronta a ser usada caso esse utente recorra a outro prestador de cuidados de saúde do País (ver figura 6C).

Figura 6 – Várias formas de partilha de informação



Fonte: Site Faculdade de Medicina, Universidade do Porto⁷⁶.

A multiplicação de sistemas não articulados gera a existência de dados replicados ou contraditórios. Por outro lado, a não utilização de terminologias comuns ou de identificadores únicos de utentes, impossibilita o acesso integrado a toda a informação existente de um utente, aumentando o custo dos recursos humanos na recolha, integração e armazenamento de informação clínica gerada⁷⁷.

Nesta equação temos ainda de introduzir dois elementos fundamentais: os cidadãos e os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos, administrativos e assistentes operacionais). Os cidadãos são cada vez mais informados e cada vez mais ávidos de informação, exigindo mais e melhores cuidados, mais e melhores meios, até porque pagam cada vez mais pelos serviços que lhes prestam (aumento das taxas moderadoras no SNS).

No que diz respeito à **perda de privacidade**, há alguns anos (não muitos) para um profissional de saúde aceder a um processo clínico de um utente, que não estivesse internado nesse momento, teria de preencher uma requisição escrita advogando as razões da consulta do processo. Essa requisição teria depois de ser assinada pelo diretor de serviço, reconhecendo o mesmo as razões da consulta, e caso as aceitasse passava um documento para o levantamento do processo ao arquivo geral, ficando registado quem requisitou, porque requisitou e quanto tempo requisitou o processo. Atualmente, fruto da utilização dos sistemas de informação com recurso à tecnologia informática⁷⁸ na saúde, em 10 segundos e 5 “*clicks* informáticos” os profissionais de saúde (efetivos ou estudantes) tem acesso a todo o processo clínico, presente e passado, de qualquer utente a qualquer momento e sem pedir qualquer autorização.

⁷⁶ Mimeografado do *site* da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, concretamente da página de promoção do mestrado em “Sistemas de Informação em Saúde” in <http://im.med.up.pt/informatica/informatica.html>

⁷⁷ Nesse sentido *vide* página eletrónica curso “Informática Médica” da Faculdade de Medicina de Universidade do Porto consultada em http://im.med.up.pt/si_saude. Acedido a 10.08.2013.

⁷⁸ Nesse Sentido Rocha (2010), considera que os SI na saúde têm evoluído gradualmente, sendo um domínio muito amplo, onde se incluem diagnósticos computadorizados, sistemas de apoio à decisão médica, registo de saúde eletrónico, tecnologias de imagem médica, imagens para orientação de cirurgias e terapias. Citando Mullner e Chung 2006; Wetering e Batenberg 2009).

Traduzirá este exemplo a capacidade de acompanhar permanentemente o estado de saúde de utentes ou uma falta de privacidade clínica grosseira? Remetemos a resposta para um futuro estudo especificamente sobre esta matéria.

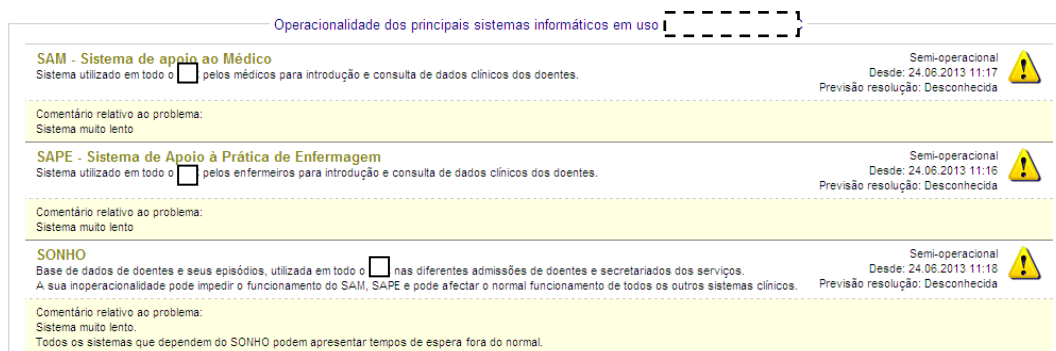
Em relação à “lentidão e **bloqueio dos sistemas**”, este é apontado como um dos maiores dilemas do uso das TIC na saúde e surge quando os sistemas deixam de funcionar - “bloqueiam”-. Dado não existirem alternativas, este bloqueio deixa os profissionais de saúde com uma dupla missão: resolver os problemas dos utentes e resolver os bloqueios dos “computadores” (ver figura 7).

Neste sentido um Jornal Nacional⁷⁹ publicou em maio de 2013, testemunhos de profissionais de saúde:

“(…) além de aumentarem o tempo de espera, as falhas do sistema têm impedido os médicos de aceder aos processos dos utentes. Quando o programa bloqueia os médicos estão a dar consultas sem ver o processo clínico do doente, o que é perigoso. (...) a unidade está dependente do sistema informático, já não temos processos em papel. Os profissionais de saúde desta unidade tinham mesmo ameaçado, na semana passada, que deixariam de dar consultas agendadas (não urgentes) a partir desta segunda-feira, caso não fossem solucionados os “bloqueios constantes e a lentidão da base de dados”⁸⁰.

Cerca de 1 mês depois, em julho de 2013, outra notícia em órgão de comunicação social Nacional evidência que um “sistema informático deixa médicos e doentes à beira de um ataque de nervos”. Federação Nacional dos Médicos (FNAM) denuncia erros e bloqueios constantes, que colocam em causa a segurança dos utentes e a eficácia dos serviços.

Figura 7 – Mensagem de inoperacionalidade dos sistemas informáticos usados no SNS



Fonte: Elaboração própria de recorte de imagem de um computador usado no SNS, junho de 2013.

⁷⁹ Jornal “O Público” de 21 de Maio de 2013, sobre falhas informáticas nos centros de saúde de Almada, de autoria da jornalista Marisa Soares.

⁸⁰ Alexandra Lopes, Responsável administrativa da Unidade de Saúde Familiar do Pragal.

2.2 Principais aplicações informáticas usadas no SNS

Importa descrever as principais aplicações/programas informáticos em uso pelos profissionais de saúde em Portugal e que envolvem o acesso a cuidados, segundo a ACSS, IP:

Quadro 8 – Principais aplicações informáticas usadas no SNS

Aplicação Informática	Objetivos
SONHO	Sistema de Informação dos Hospitais - É um sistema ADT (Admission-discharge-transfer/Admissão-alta-transferência), funcionando como pilar fundamental de referenciação de doentes e episódios nas instituições de saúde que o utilizam.
SINUS	Sistema de Informação Nacional de Utentes de saúde – Usado nos Centros de Saúde e por isso nos ACES, suporta um conjunto de funcionalidades necessárias à gestão das unidades de saúde, nomeadamente o agendamento de consultas médicas e o registo da vacinação.
SAM	Sistema de Apoio Médico - É uma aplicação informática em tecnologia Web que tem como base a base de dados do SONHO. Este sistema está orientado para a atividade do médico e permite integrar aplicações clínicas de acordo com as necessidades e prioridades de cada hospital.
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - É um <i>software</i> aplicacional que usa, como referencial de linguagem, a <i>International Classification for Nursing Practice do International Council of Nurses</i> – CIPE (versão BETA 2), que permite efetuar o planeamento e o registo da atividade decorrente da prestação de cuidados de enfermagem nas instituições de saúde.
SCLínico	<i>Software</i> apresentado em outubro de 2013 , que une o SAM (Sistema de Apoio ao Médico) e o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), de forma a existir uma aplicação única comum a todos os prestadores de cuidados de saúde). A aplicação mantém as funções dos “velhos” <i>softwares</i> , organizadas dentro de um novo <i>layout</i> gráfico que facilita a usabilidade da aplicação, segundo os seus criadores.
SICTH	Sistema de Informação da Consulta a Tempo e Horas (“Alert p1”) - O Consulta a Tempo e Horas (CTH) traduz-se num sistema eletrónico de referenciação dos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar no SNS, efetuados pelo médico assistente dos utentes (Centros de Saúde). Contém informação respeitante aos pedidos desde o momento da sua inserção no sistema eletrónico pelo médico assistente até à sua conclusão, permitindo avaliar a procura e a resposta nas várias especialidades bem como o tempo de acesso às consultas
SIGLIC	Sistema de Informação de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia - O SIGLIC é um sistema informático que pretende orientar os serviços de prestação de cuidados cirúrgicos para que, de forma articulada, regulada e

	sustentada, mantenham o equilíbrio entre a procura e a resposta, atendendo às necessidades de acesso dos cidadãos.
SICA	Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento - Reúne a informação necessária a todo o processo de Contratualização, desde a fase de negociação até ao posterior acompanhamento.
WebGDH	Codificação Eletrónica por Grupos de Diagnósticos Homogéneos - Base de dados que contém informação dos episódios de internamento e ambulatório das instituições hospitalares do SNS para posterior codificação.

O SNS usa ainda várias outras aplicações informáticas, desenvolvidas por entidades públicas (ACSS, IP) ou empresas privadas, mas cuja utilização não está ao nível das que apresentamos no quadro acima, a saber: SIES (Sistema de Informação dos Equipamentos de Saúd; ALERT®; SGICM (Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento); HS-ANAPAT (Gestão de Laboratório); CLINIDATA XXI (Gestão de Laboratório); SIBAS (Sistema Integrado de Bancos de Sangue); IWM (*Imaging Workflow Management*); PACS (*Picture Archive and Communication System*); GHAF (Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia); Siima® (Gestão de Serviços Clínicos); Picis (Siemens®); Deio (Iberdata®); Cardiobase (Infotucano®).

Podemos ainda destacar a implementação de programas e plataformas que recentemente as entidades competentes instituíram:

- 1) **e-Agenda** – Permite a marcação de consultas no médico de família, com recurso a plataformas tecnológicas multi-canal (Internet, telefone, sms), envolvendo os serviços de saúde dos cuidados primários (centros de saúde), incluído no portal do utente referido anteriormente;
- 2) **e-SIGIC** – possibilita que utentes inscritos e a aguardarem cirurgia consultem a sua situação através da Internet;
- 3) **RES** – Fomenta a criação do registo eletrónico dos cidadãos, permitindo aos profissionais de saúde o Acesso à informação clínica importante para a prestação de cuidados;
- 4) **WEBSIG** – Plataforma web que tem por base um sistema de informação geográfica, que disponibiliza os indicadores e metas do Plano nacional de saúde (PNS) sob a forma de mapas e tabelas.

De uma forma global, as aplicações descritas permitem a consulta de processos e dados dos utentes (do seu histórico clínico), a prescrição/requisição de exames complementares de diagnóstico, prescrições de atestados, visualizações de exames, prescrição e dispensa de

medicamentos, agendar marcações de consultas, verificar informação e programas da Direção Geral de Saúde (DGS), consultar informação de caráter administrativo, entre outros.

Salientamos também que o acesso por parte dos profissionais se realiza através de autenticação no seu perfil de utilizador, com senha única e intransmissível.

Da pesquisa realizada neste capítulo, podemos concluir que as TIC revolucionaram o mundo e proporcionaram avanços em todas as áreas do conhecimento, em apenas algumas dezenas de anos. A saúde não é exceção e as TIC usadas neste setor e particularmente no SNS permitiram uma considerável evolução no modo de tratamento dos utentes, na prevenção de doenças e no acompanhamento da saúde familiar, permitindo por ex. consultas e cirurgias à distância (telemedicina)⁸¹, ou marcações via eletrónica em que o utente escolhe o dia e a hora que lhe são mais convenientes.

No entanto subsistem ainda, algumas dúvidas sobre a total eficácia e eficiência associadas ao uso das TIC na saúde. A esse propósito Serrano (2007: p. 2), refere que estamos a “assistir em Portugal a uma grande ofensiva dos fornecedores de TIC no setor da saúde, sem que exista a definição de uma política geral para esta problemática e sem que as unidades de saúde estejam preparadas para gerir adequadamente a inserção tecnológica nas organizações: não existem competências para garantir que os benefícios potencialmente associados às TIC possam ser de facto alcançados”.

Para além desta possível dissonância entre as potencialidades das TIC e o uso ou a capacidade que as unidades de saúde tem em obter o melhor desempenho das mesmas, temos outro dilema relacionado com aspetos económicos, pois a constante introdução e difusão de novas tecnologias na prestação de cuidados de saúde levanta diversas questões (Salvado, 2011). Por um lado, podem induzir a redução de custos quando aumenta a produtividade, mas por outro, pode fazer crescer a despesa face à introdução de novos e dispendiosos produtos. Salienta Garrido et al. (2008) *apud* Espanha (2010: p. 3), “que os cuidados de saúde têm beneficiado dos constantes desenvolvimentos e inovações tecnológicas, mas que esses progressos desafiam, de modo contínuo, os sistemas de saúde nos quais são utilizados, pois requerem recursos financeiros, humanos e materiais adicionais”.

⁸¹ Com equipamento adequado (óculos com câmara) um professor realiza uma intervenção cirúrgica e os alunos observam-na em sala de aula em simultâneo.

CAPÍTULO IV

Metodologia

1. Opções metodológicas

“A metodologia destina-se a dar informação sobre os procedimentos gerais usados na pesquisa empírica, os instrumentos utilizados e relatar a maneira como os dados foram recolhidos”.

Coutinho, (2013: p. 254)

O método científico é o método mais sofisticado de aquisição de conhecimento, criado pelo Ser Humano⁸². Para Gil (1995), o método empírico é como o traçar de um caminho para se chegar a um determinado fim, é uma via para se descobrirem respostas para problemas por meio do uso de procedimentos científicos.

De acordo com Strauss e Corbin (2008), escolher um problema de pesquisa através da experiência pessoal ou profissional pode parecer mais arriscado do que aceitar sugestões ou escolher pela literatura. Contudo, a experiência própria do investigador pode ser um indicador de uma pesquisa potencialmente bem-sucedida. Assim, pela frequência do curso de mestrado em Administração Pública e pelo exercício profissional como enfermeiro do SNS utilizador das TIC na prestação de cuidados de saúde, considerámos pertinente desenvolver um estudo que interligasse os conceitos mencionados: organismos de prestação de serviços públicos, TIC e saúde.

Definimos na introdução do trabalho como objetivo geral a análise da eficácia das TIC na saúde, nos cuidados de saúde primários (CSP) da região centro, através da avaliação da perceção dos utentes. Tendo em conta este objetivo, e após uma aprofundada revisão da literatura da especialidade, considerámos pertinente a utilização de uma metodologia do tipo quantitativa⁸³ para responder a este objetivo, usando como método de recolha de dados um questionário aplicado aos utentes do ACES Baixo Mondego.

O nosso estudo empírico será, então, predominantemente **positivista**⁸⁴ e a abordagem de investigação alicerça-se num modelo **hipotético-dedutivo**, uma vez que o estudo parte do princípio que os problemas sociais tem soluções objetivas, obtidas através da aplicação de métodos científicos (Carr e Kemmis, 1988, *apud* Coutinho, 2013: p. 26). Acrescenta Fortin

⁸² Vide POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette (1995). *“Fundamentos de pesquisa em enfermagem”*(pp.13). Porto Alegre: Artes Médicas.

⁸³ Nesse sentido PIRES (2012), salienta que o método quantitativo consiste no conhecimento sistemático, comprovável, comparável, mensurável e aplicável.

⁸⁴ *“Também denominado quantitativo, empírico-analítico, racionalista, empiricista, este paradigma procura adaptar o modelo das Ciências Naturais à investigação em Ciências Sociais e Humanas, utilizando basicamente uma metodologia de cariz quantitativo”*, como salienta Anderson e Arsenault, 1999; Bisquerra, 1989; Latorre *et al.*, 1996; Mertens, 1998; Shaw, 1999, Usher, 1996 *apud* Coutinho (2013: p. 11).

(2009), a investigação quantitativa assenta no paradigma positivista, implicando este paradigma que a verdade é absoluta e que os factos e os princípios existem independentemente dos contextos histórico e social: “se uma coisa existe ela pode ser medida”. Este paradigma está orientado para os resultados e sua generalização. A investigação quantitativa (*Ibidem*), apoia-se na crença de que os seres humanos são compostos por partes que podem ser medidas.

Do ponto de vista conceptual usamos uma perspetiva **quantitativa e transversal**. Quantitativa, porque utiliza dados numéricos para obter informações, descrever e testar possíveis relações, “a pesquisa centra-se na análise de factos e fenómenos observáveis na avaliação de variáveis comportamentais e/ou socio-afetivas passíveis de serem medidas” (Coutinho, 2013: p. 26). Transversal⁸⁵, uma vez que se pretende inferir da eficácia das Tecnologias da Informação e Comunicação na saúde, num determinado momento temporal, ou seja na altura da aplicação do instrumento de colheita de dados (Fortin, 1999).

De acordo com Fortin (2009), o investigador determina antecipadamente o número de pessoas que constituirá a amostra, devendo esta ser representativa da população alvo. Para a autora citada, os sujeitos sobre os quais se faz o estudo são selecionados em função de critérios precisos. No nosso caso, serem utentes dos centros de saúde do ACES “Baixo Mondego” e saibam ler e escrever.

1.1 População e amostra em estudo

Coutinho (2013: p. 89) define *população* como “um conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e quem partilham uma característica comum”. Numa investigação existem normalmente dois tipos de populações, a população *alvo* e a população *acessível* (*Ibidem*). A população *alvo* é, constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais deverão ser feitas generalizações (Fortin, 2009: p. 202). A população *acessível* ou *disponível* é parte da população da qual se selecionará a *amostra* (Coutinho, 2013: p. 89), é constituída pela porção da população *alvo* que é acessível ao investigador. Raramente se tem a possibilidade de estudar a população *alvo* no seu todo, pelo que se estuda a população *acessível* (Fortin, 2009).

⁸⁵ ARAGÃO, Júlio (2006), define Estudos transversais ou de corte transversal como “estudos que visualizam a situação de uma população em um determinado momento, como instantâneos da realidade”, citando ROUQUAYROL, Maria e ALMEIDA, Naomar, em “*Epidemiologia e saúde*”. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Uma *amostra* é “um grupo de sujeitos ou objetos selecionados para representar a população inteira de onde provieram” (Charles, 1998 *apud* Coutinho, 2013: p. 89). Fortin (2009: p. 202) acrescenta que uma *amostra* “é um subconjunto da *população* ou um conjunto de sujeitos que fazem parte da mesma população, constituindo uma réplica em miniatura da população *alvo*”.

Ao termos em conta a representatividade de amostra evitamos o chamado *erro amostral*, quanto maior o *erro amostral* menos representativa será a amostra (Coutinho, 2013).

Assim sendo, a **população alvo** deste estudo são todos os utentes inscritos no agrupamento “Baixo Mondego” (ver quadro 9).

Quadro 9 – Número de utentes inscritos nos centros de saúde do agrupamento “Baixo Mondego”

Sede	Concelhos	Centros de saúde	Utentes	
Coimbra	Cantanhede	Cantanhede	43.320	
	Coimbra		Celas	41.819
			Eiras	17.854
			Fernão de Magalhães	28.122
			Norton de Matos	34.387
			Santa Clara	24.071
			São Martinho do Bispo	23.620
	Condeixa-a-Nova	Condeixa-a-Nova	17.452	
	Figueira da Foz	Figueira da Foz	69.549	
	Mealhada	Mealhada	20.889	
	Mira	Mira	14.890	
	Montemor-o-Velho	Montemor-o-Velho	25.874	
	Mortágua	Mortágua	11310	
	Penacova	Penacova	14.256	
	Soure	Soure	20.477	
TOTAL			407.890	

Fonte: Construção própria com base na Portaria n.º 394-A/2012 de 29 de novembro de 2012.

Desta população *alvo*, foi selecionada uma *amostra probabilística simples*⁸⁶, no total de 174 utentes. Tendo em conta a referida população (407 890 utentes inscritos nos 15 CS), considerando uma distribuição normal e para um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 10%, o tamanho recomendado para a amostra era de 97 utentes. Conseguimos inquirir por questionário 174 utentes do ACES Baixo Mondego de forma aleatória nos 15 Centros de Saúde do Baixo Mondego, que caracterizaremos mais à frente, correspondendo assim a uma margem de erro de 8%, para o mesmo nível de confiança.

1.2 Instrumento de recolha de dados

De acordo com Fortin (1999: p. 239), *“a natureza do problema de investigação determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar; (...) a escolha do método faz-se em função das variáveis e da sua operacionalização e depende igualmente da estratégia de análise estatística considerada”*.

Quando a recolha de dados em que a “informação é obtida inquirindo os sujeitos podem ser agrupados podem ser agrupados sob a designação geral de técnicas de inquirição ou inquérito” (Ghiglione e Matalon, 1997 *apud* Coutinho, 2013: p. 139). O Inquérito pode incidir (Coutinho, 2013) sobre atitudes, sentimentos, conhecimentos, valores, crenças, opiniões ou informação factual, em função do objetivo do inquérito, mas todos os inquéritos tem subjacente a administração de perguntas a indivíduos, sob a forma de entrevista ou questionário.

Consideramos por isso que o **questionário** constitui um método eficaz na colheita de dados para a nossa investigação, uma vez que permite organizar, normalizar e controlar os dados (Fortin, 2009). A utilização deste método comportou diversas etapas de trabalho, concretamente:

- Etapa I - Definição e aprovação do modelo de questionário;
- Etapa II - Realização do Pré-teste;
- Etapa III - Validação do Questionário como instrumento de recolha de dados;
- Etapa IV - Pedido de autorização para a aplicação do questionário à direção do ACES “Baixo Mondego”;

⁸⁶ Quando cada elemento do universo tem a mesma probabilidade ($p=1/N$, sendo N a dimensão da população inquirida) de ser escolhido para entrar na amostra, trata-se de uma amostragem probabilística simples. Barañano (2004).

- Etapa V - Submissão do questionário para apreciação da Comissão de Ética da ARS centro;
- Etapa VI - Aplicação do questionário aos utentes dos CS;
- Etapa VII - Tratamento Estatístico dos dados recolhidos;
- Etapa VIII - Discussão e análise de resultados.

Assim, no nosso estudo determinámos qual a informação a recolher, através da aprofundada revisão da literatura da especialidade. Construímos um conjunto de questões e ordenámos as questões por módulos (A, B e C), formando um total de 28 questões fechadas e 1 questão aberta (anexo IV).

O primeiro módulo (A) refere-se à caracterização sociodemográfica da amostra e apresenta 6 questões fechadas: género, idade, formação académica, condição perante o trabalho e mais uma questão aberta.

O segundo módulo (B) tem por finalidade averiguar o acesso e utilização das TIC pelos participantes no estudo. Este segundo módulo contém 3 questões sobre o uso da internet e aplicações informáticas por parte dos participantes no estudo (utentes) na marcação de consultas. Questiona ainda, se os utentes, nas idas ao centro de saúde identificam a utilização por parte dos profissionais de saúde das TIC durante a prestação de cuidados.

O terceiro módulo (C) tem por finalidade aferir da opinião dos inquiridos quanto ao grau de eficácia das TIC usadas nos CSP da região centro, constituído por 19 questões divididas em 3 *itens* (“opinião sobre o uso das TIC no meu centro de saúde”; “opinião sobre o uso das TIC no meu tratamento”; “opinião sobre o uso das TIC pelos profissionais de saúde”). Para estas 19 questões foi utilizada uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, em que 1 significa “discordo totalmente” e 5 significa “concordo totalmente”. Para Fortin (2009), a escala de *Likert* (escala aditiva), consiste numa série de enunciados que exprimem um ponto de vista sobre um tema, solicitando-se aos participantes no estudo que indiquem o seu maior ou menor acordo ou desacordo escolhendo entre 5 categorias de respostas possíveis para cada questão. As escolhas de respostas numa escala de *Likert* (*Ibidem*) dizem respeito geralmente ao acordo com qualquer coisa ou com frequência de utilização ou de aplicação.

O pré- teste (Etapa II) foi realizado nos dias 6 e 7 de maio de 2013, a 20 utentes de Centros de Saúde de Coimbra, com quem o investigador principal tem contacto pessoal, resultando em pequenas sugestões, concretamente na elaboração das perguntas de forma mais simples e explícita, que permitiram validar o questionário.

Após o pedido de autorização para a aplicação do questionário à direção do ACES “Baixo Mondego” e submissão do questionário para apreciação da Comissão de Ética da ARS centro (Etapas IV e V que serão descritas no ponto seguinte), procedemos à aplicação do questionário.

O nosso questionário foi aplicado entre os dias 09 a 17 de dezembro de 2013, dirigido aos utentes dos 15 centros de saúde (CS) do ACES “Baixo Mondego, descritos no quadro 9. O investigador principal permaneceu 4h em cada Centro de Saúde, na data referida, conseguindo que todos os Centros de Saúde fossem representados no estudo, convidando os utentes a participar após o atendimento dos mesmos pelos profissionais de saúde no CS. O investigador forneceu o questionário em suporte de papel e facultou material para o seu preenchimento. Os utentes foram convidados a participar no estudo após breve explicação do mesmo. A participação dos utentes foi completamente livre e voluntária.

1.3 Procedimentos éticos

Fortin (1999) define ética como o conjunto de regras que regem o caráter moral num processo de investigação. Sobretudo quando se pretende utilizar pessoas/indivíduos como sujeitos de investigação, torna-se extremamente importante salvaguardar os seus direitos⁸⁷. Por conseguinte, em qualquer trabalho de investigação torna-se necessário desenvolver uma série de procedimentos tendo em vista a sua oficialização e cumprimento de todos os requisitos éticos.

Nesse sentido, para procedermos à aplicação do inquérito foi realizado, a 13 de maio de 2013, um pedido de autorização de aplicação do mesmo à tutela dos centros de saúde “Baixo Mondego” (anexo V). Inicialmente formulado com o objetivo de inquirir utentes e profissionais de saúde sobre a utilização das TIC nos CS.

Esse pedido foi enviado a 6 de agosto de 2013 pela direção da ACES “Baixo Mondego” à Comissão de Ética da ARS centro, para sua apreciação.

A Comissão de Ética em reunião de 18 de outubro de 2013, deliberou pelo parecer “desfavorável para já”, requerendo alguns esclarecimentos sobre o estudo, nomeadamente “saber como vai ser aplicado”; “por quem” e “em que circunstâncias”. Esta decisão foi-nos

⁸⁷ Nesse sentido POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette (1995). *“Fundamentos de pesquisa em enfermagem”*. Porto Alegre: Artes Médicas.

comunicada a 28 de outubro de 2013 (anexo VI). Após a entrega dos documentos necessários a 2 de dezembro de 2013 (anexo VII), foi-nos comunicado que a reunião da Comissão de Ética prevista para 5 de dezembro seria cancelada por falta de *quórum*. Daí decidimos avançar com o estudo e aplicar o questionário após o atendimento dos utentes nos centros de saúde mas fora das instalações, ou seja em espaço público e reduzir o nosso objetivo de investigação apenas para os utentes.

1.4 Tratamento dos dados

Os dados recolhidos foram registados numa base de dados criada expressamente para o efeito, utilizando a aplicação SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*) tendo-se posteriormente realizado o seu tratamento estatístico. Para a produção dos gráficos foi usada a folha de cálculo *Microsoft Excell*®.

Numa primeira fase apresentamos os indicadores da estatística descritiva, numa segunda fase estudamos as correlações entre variáveis, através de coeficientes de correlação de *Sperman*. Por fim, apresentaremos a análise descritiva das variáveis do modulo C (escala de *Likert*), no sentido de concluirmos acerca da opinião dos utentes em relação à eficácia das TIC usadas do ACES “Baixo Mondego”.

CAPÍTULO V

Apresentação e análise de resultados

1. Apresentação e análise de resultados

“Numa investigação os dados obtidos necessitam de ser organizados e analisados e, como a maioria das vezes tomam uma forma numérica procede-se à sua análise estatística”.

Coutinho, (2013: p. 151)

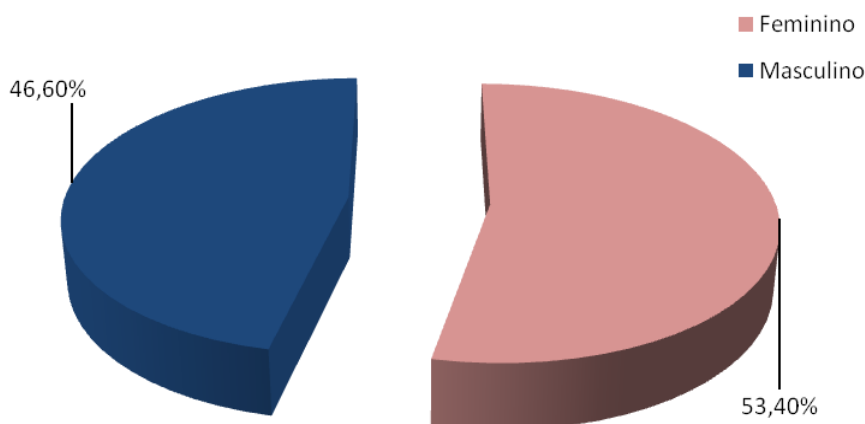
Tendo em consideração os objetivos do estudo e procurando dar resposta ao problema de investigação levantado (aferir da eficácia das TIC na saúde nos CSP da região centro), analisaremos nos pontos seguintes os resultados encontrados. Para facilitar a interpretação dos resultados obtidos, serão apresentados gráficos, quadros e tabelas antecedidos ou seguidos de breves comentários.

1.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

Para Almeida e Freire (2008: p. 80), é fundamental a caracterização sociodemográfica da amostra, salientando que *“o valor da informação recolhida depende, não apenas dos instrumentos usados e dos contextos em que ocorre, mas também das características das amostras ou grupos onde foram obtidos”.*

No nosso estudo participaram 174 utentes recolhidos aleatoriamente entre os inscritos nos CS do ACES “Baixo Mondego”, sendo 53,40% do sexo feminino e 46,60% do sexo masculino (ver gráfico 9).

Gráfico 9 - Distribuição da amostra por género

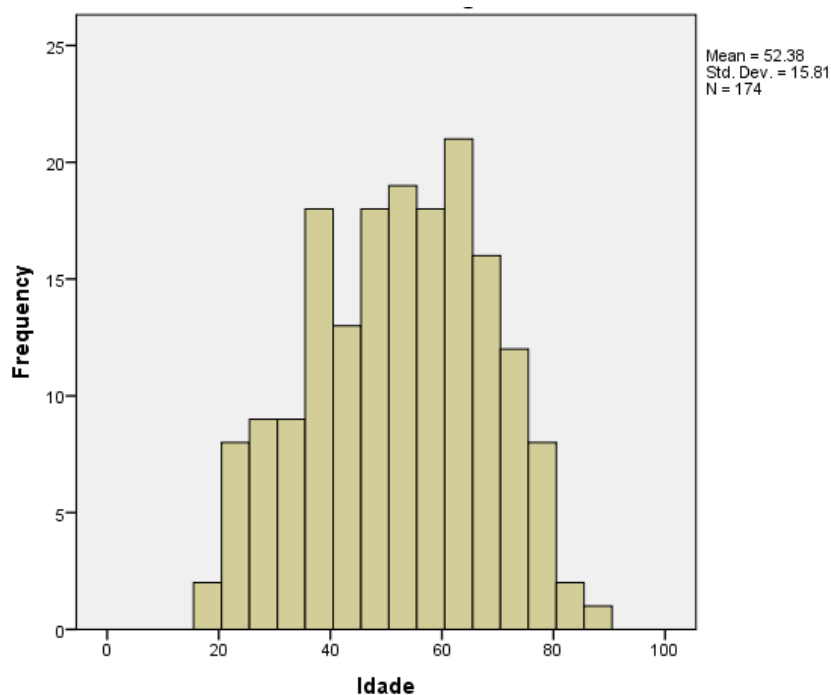


Os utentes participantes apresentavam idades compreendidas entre os 18 e 87 anos, sendo a média de idades de 52.38 anos e o desvio-padrão de 15.81 anos (ver tabela 1). Apresenta-se, ainda, no gráfico 10 o histograma da variável Idade.

Tabela 1 - Estatística descritiva da variável idade

Idade	
Mínimo	18.00
Máximo	87.00
Média	52.38
Desvio Padrão	15.81

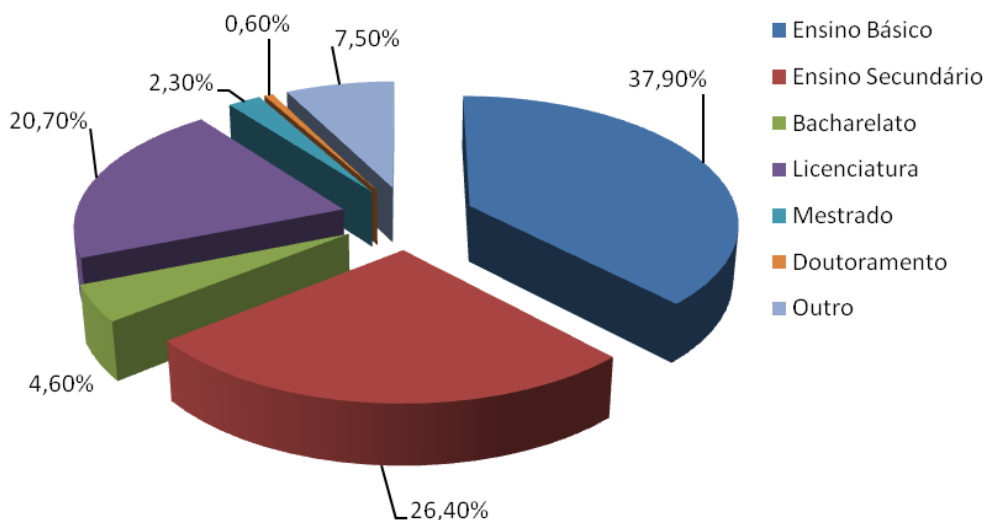
Gráfico 10 – Histograma da variável idade



Nota-se um claro **enviesamento à direita** para a variável idade. Tal facto seria de esperar pelas características dos utentes dos cuidados de saúde primários em Portugal, associadas ao envelhecimento da população e restantes indicadores que analisamos.

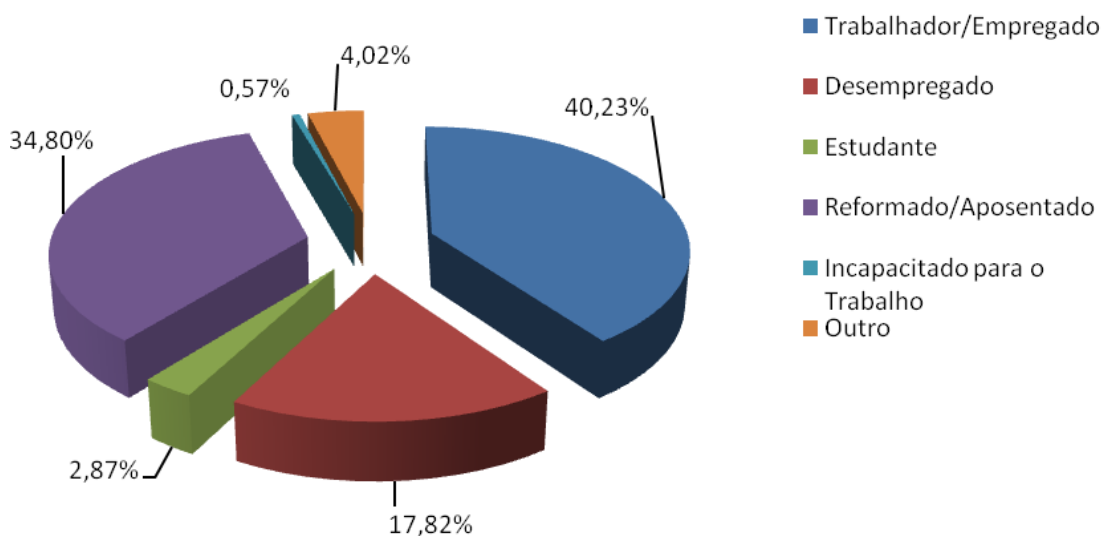
No que diz respeito à **escolaridade** dos utentes que participaram no estudo, verificámos que cerca de 38% dos inquiridos tinham o Ensino Básico. Apenas 0,6% dos utentes apresentam o grau académico de doutoramento (ver gráfico 11), o que seria de esperar pela média de idade da amostra.

Gráfico 11 – Distribuição dos inquiridos por habilitações



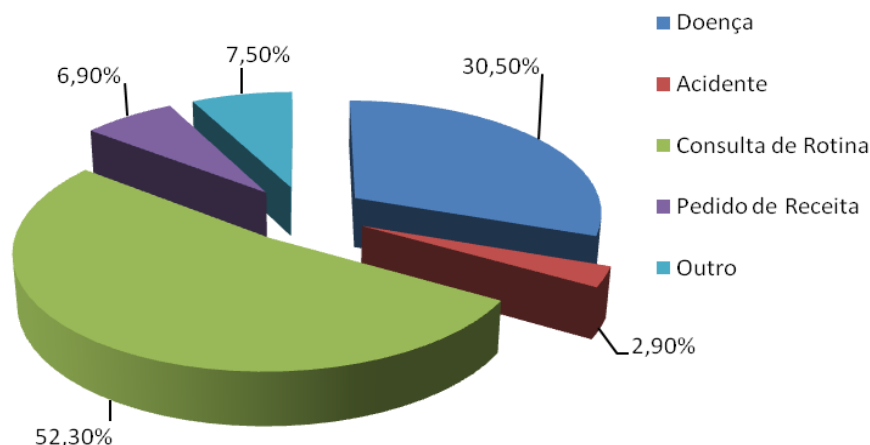
Em relação à distribuição dos inquiridos pela sua condição perante o trabalho, os dados obtidos revelam-nos que 40,23% estão empregados, 34,80% estão reformados ou aposentados, existindo cerca de 18% de desempregados (ver gráfico 12).

Gráfico 12 – Distribuição dos inquiridos sobre a sua condição perante o trabalho



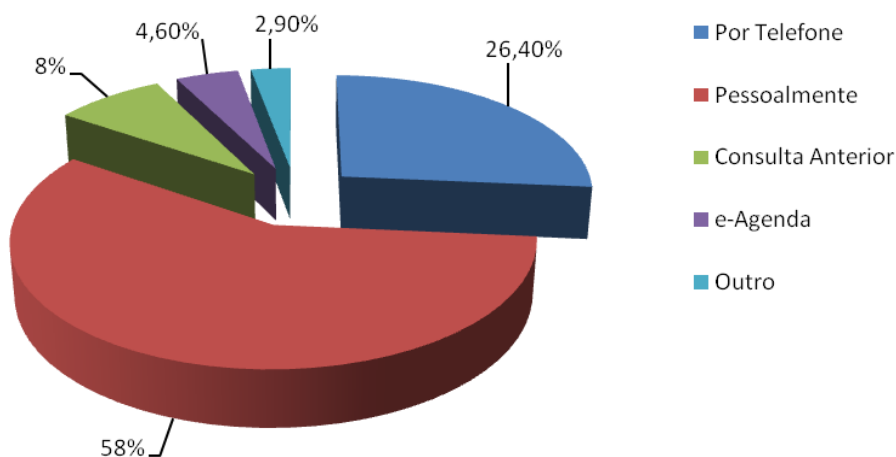
Relativamente à regularidade da ida ao CS, podemos constatar que a maioria dos utentes o faz de forma programada através de consultas de rotina (52,30%) - fazendo *jus* ao apelo da tutela da promoção à prevenção da saúde- e cerca de 30,5% deslocaram-se aos serviços de urgência (doença). 6,9% dos utentes deslocaram-se ao CS para solicitar a prescrição de receitas, 2,9% foram ao CS por terem sofrido um acidente e 7,5% alegaram outros motivos (ver gráfico 13).

Gráfico 13 – Distribuição dos inquiridos por motivo da ida ao CS



No que diz respeito à distribuição dos inquiridos pela forma como marcaram a consulta, (ver gráfico 14), verificamos que a principal forma de marcação foi presencial (58%), através da ida ao CS, o que se entende pela proximidade dos CS às residências dos utentes e pelo principal motivo de ida ao CS (doença), mas surpreende por ser aquela que requer mais tempo aos utentes. Da leitura dos dados apurados destacamos a baixa adesão à marcação de consulta por via eletrónica, pela plataforma e-Agenda (4,6%).

Gráfico 14 – Distribuição dos inquiridos por forma de marcação da consulta

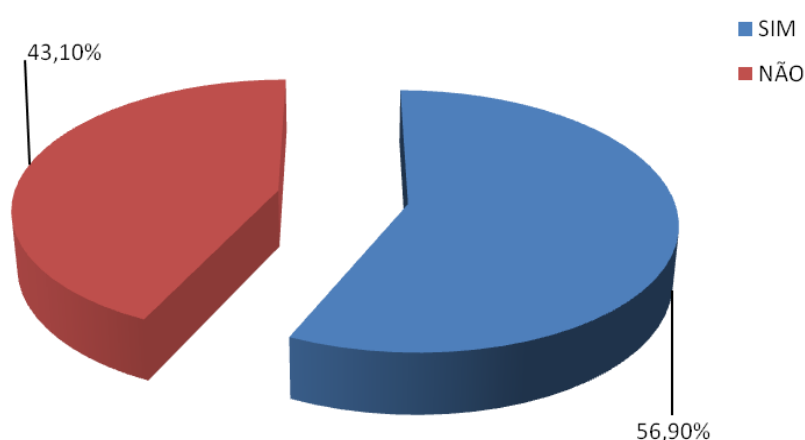


1.2 Acesso e utilização das TIC

Neste ponto apresentamos e analisaremos os resultados das respostas ao módulo B do questionário e procuramos avaliar a relação dos utentes com o uso da internet e plataformas informáticas.

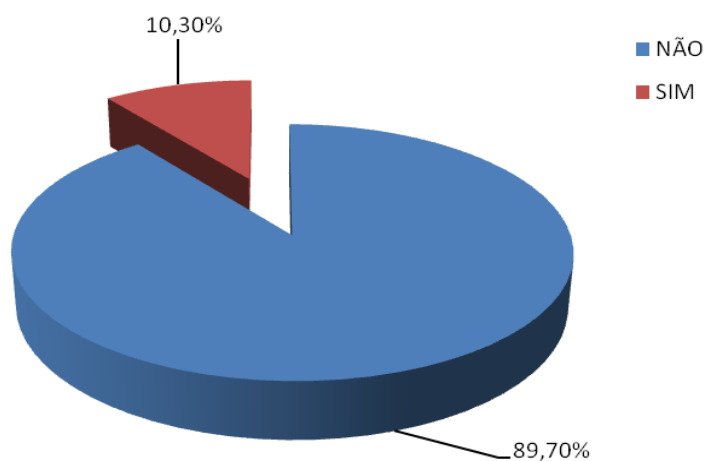
Em relação ao uso habitual da internet em geral, existe um equilíbrio entre os utentes que costumam usar a internet (56,9%) e os que raramente ou nunca a usam (43,1%), como se infere dos resultados do gráfico 15.

Gráfico 15 – Distribuição dos inquiridos pelo uso frequente da internet



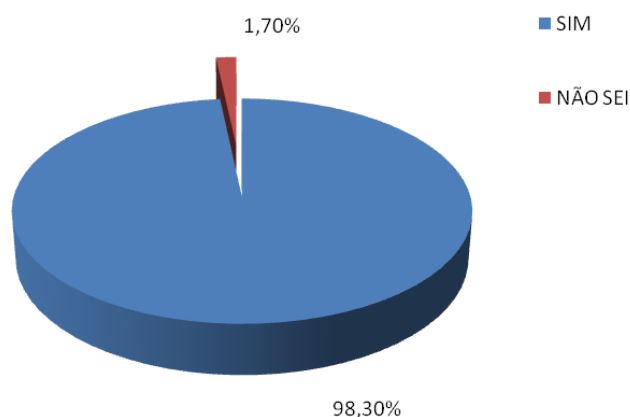
No que diz respeito ao conhecimento e utilização por parte dos utentes da plataforma informática (e-Agenda), disponível no portal do utente e com funcionalidades já descritas neste trabalho, podemos concluir, em função dos dados obtidos, que apenas 10% conhecem e usam essa a plataforma informática (ver gráfico 16).

Gráfico 16 – Distribuição dos inquiridos por utilização da plataforma e-Agenda



Finalmente e dentro da caracterização do acesso e utilização das TIC, procurámos obter dados para aferir se os utentes sabem se os profissionais de saúde usam ou não TIC quando lhes prestam cuidados. Da leitura dos dados, verificamos que os utentes reconhecem inequivocamente (98,30%) a utilização das TIC por parte dos profissionais de saúde (ver gráfico 17).

Gráfico 17 – Distribuição dos inquiridos por conhecimento sobre o uso das TIC pelos profissionais de Saúde



1.3 Escala de opinião dos utentes sobre a eficácia das TIC

Chegados ao ponto crucial do nosso estudo, aferir a opinião dos utentes sobre a utilização das TIC na saúde, procuramos perceber se as TIC utilizadas nos serviços de saúde na região centro, de uma forma geral, mas em particular no ACES “Baixo Mondego”, cumprem os objetivos a que se propuseram, ou seja armazenam, recuperaram, processam e disseminam a informação, facilitam o atendimento dos utentes, facilitam a relação dos utentes com a sua unidade de saúde, facilitam o tratamento dos utentes e auxiliam na tomada de decisões dos profissionais de saúde na prestação de cuidados, apresentamos de seguida, as conclusões obtidas.

Como referimos anteriormente, para aferirmos da opinião dos utentes sobre a eficácia das TIC no seu centro de saúde, optamos por usar a escala aditiva tipo *Likert* de 5 pontos, em que 1 significa “discordo totalmente” e 5 significa “concordo totalmente”.

Assim, os dados apurados com as respostas às 19 questões do módulo C foram traduzidos num *score* que dividido pelo total dos inquiridos nos deu o valor médio para cada pergunta. Quanto mais próximo do valor 5, maior a concordância com a afirmação produzida no questionário, logo maior aceitação da eficácia das TIC no seu CS. Quanto mais próximo de

1, mais se verificava o inverso, isto é, menor concordância com a afirmação produzida em cada pergunta do questionário.

Apresentamos nos pontos seguintes os resultados da nossa investigação, através da exibição de resultados em tabelas e gráficos:

- Opinião dos utentes sobre a utilização das TIC no seu CS;
- Opinião dos utentes sobre a utilização das TIC no seu tratamento;
- Opinião dos utentes sobre a utilização das TIC pelos profissionais de saúde.

Para cada um dos blocos a leitura deverá ser realizada *mutatis mutandis* da apresentada nesta nota introdutória.

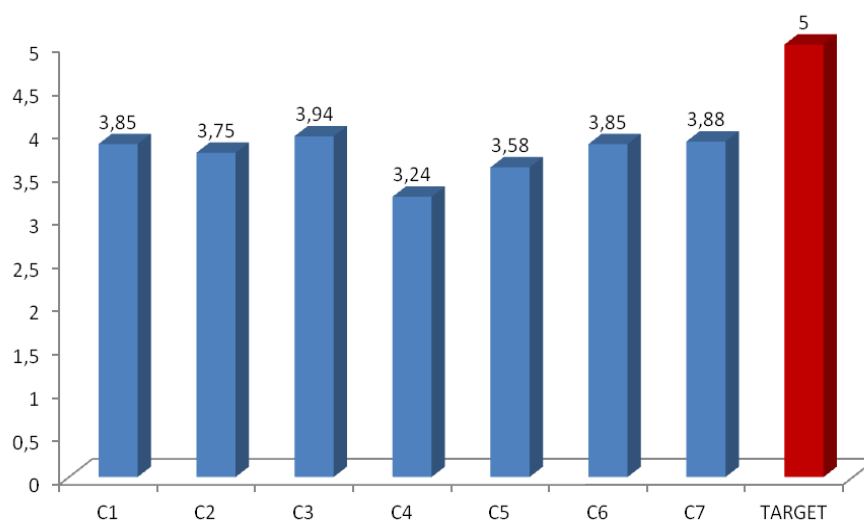
1.3.1 Opinião dos utentes sobre a utilização das TIC no seu CS

Analisando os resultados obtidos para cada um dos *itens* da escala, verificou-se uma reduzida amplitude entre os valores médios registados, os quais variam entre o valor mínimo de 3,24 (“Gosto mais de ir ao meu Centro de Saúde desde que são usados computadores e programas informáticos”) e máximo de 3,94 (“Os computadores e os programas informáticos facilitam o atendimento dos utentes”), o que é igualmente confirmado pelo reduzido desvio-padrão médio evidenciado na escala, muito próximo de 1 (1,03).

Tabela 2 – Indicadores sobre a utilização das TIC no CS

	Média	Desvio Padrão
C1. O funcionamento do meu Centro de Saúde melhorou com o uso dos computadores e dos programas informáticos.	3,85	1,04
C2. O atendimento no meu Centro de Saúde é mais rápido desde que são usados computadores e programas informáticos.	3,75	1,15
C3. Os computadores e os programas informáticos facilitam o atendimento dos utentes.	3,94	1,00
C4. Gosto mais de ir ao meu Centro de Saúde desde que são usados computadores e programas informáticos.	3,24	0,89
C5. Os profissionais de saúde do meu centro de Saúde usam muito bem os computadores e os programas informáticos.	3,58	1,06
C6. É mais fácil marcar uma consulta para o meu médico de família desde que são usados computadores e programas informáticos.	3,85	1,06
C7. A minha avaliação sobre a utilização dos computadores e dos programas informáticos no meu Centro de Saúde é Positiva.	3,88	0,99
Médias Totais	3,73	1,03

Gráfico 18 – Valor médio de resposta (escala de *Likert*) dos inquiridos sobre a utilização das TIC no CS



Da leitura da tabela 2 e gráfico 18, verificamos que a avaliação por parte dos utentes do uso das TIC no centro de saúde é positiva (3,88), existindo igualmente forte concordância com o facto das TIC facilitarem o atendimento dos utentes (3,94).

Foi possível encontrar um valor médio de 3,73 (tabela 2), o que surge como indicativo de uma assinalável aceitação da eficácia da utilização das TIC no CS, considerando que o valor em causa poderia estar situado entre 1 (valor mínimo) e 5 (valor máximo).

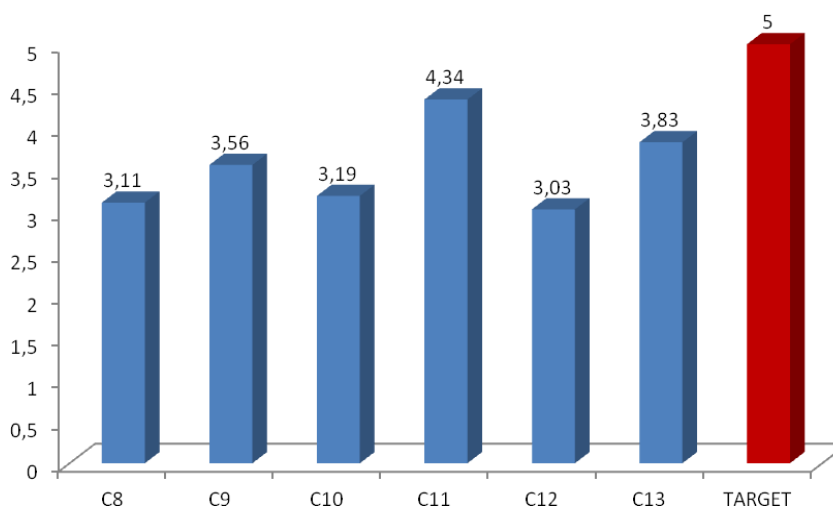
1.3.2 Opinião dos utentes sobre a utilização das TIC no seu tratamento

Analisando os resultados obtidos para cada um dos *itens* da escala verificou-se uma moderada amplitude entre os valores médios registados nos diferentes *itens*, os quais variam entre o valor mínimo de 3,03 (“com a utilização dos computadores e dos programas informáticos, os profissionais de saúde tratam-me de forma mais pessoal”) e máximo de 4,34 (“atualmente, o processo dos utentes é mais organizado, devido à utilização dos computadores e dos programas informáticos”), apresentando um desvio-padrão médio de 1,10.

Tabela 3 – Indicadores sobre a utilização das TIC no tratamento dos utentes

	Média	Desvio Padrão
C8. A utilização dos computadores e dos programas informáticos aumentou o meu interesse por questões relacionadas com a Saúde.	3,11	1,01
C9. A utilização dos computadores e dos programas informáticos permite tornar o meu tratamento mais rápido.	3,56	1,04
C10. Recomendo, à Família e amigos a marcação de consultas pela Internet, através do uso da plataforma eletrónica e-agenda.	3,19	1,22
C11. Atualmente, o processo dos utentes é mais organizado, devido à utilização dos computadores e dos programas informáticos.	4,34	0,97
C12. Com a utilização dos computadores e dos programas informáticos, os profissionais de Saúde tratam-me de forma mais pessoal.	3,03	1,28
C13. A utilização dos computadores e dos programas informáticos é uma vantagem para o tratamento dos utentes.	3,83	1,10
Médias Totais	3,51	1,10

Gráfico 19 – Valor médio de resposta (escala de Likert) dos inquiridos sobre a utilização das TIC no seu tratamento



Da leitura da tabela 3 e gráfico 19, verificamos que os utentes consideram claramente como uma vantagem a utilização das TIC nos seus tratamentos (3,83), consideram ainda que o seu processo clínico está mais organizado (4,34). No entanto, a utilização das TIC para os inquiridos pouco ajuda os profissionais de saúde a tratar os utentes de forma mais pessoal (3,03).

Foi possível encontrar um valor médio de 3,51 (tabela 3) o que surge como indicativo de uma relativa aceitação da eficácia das TIC no tratamento dos utentes.

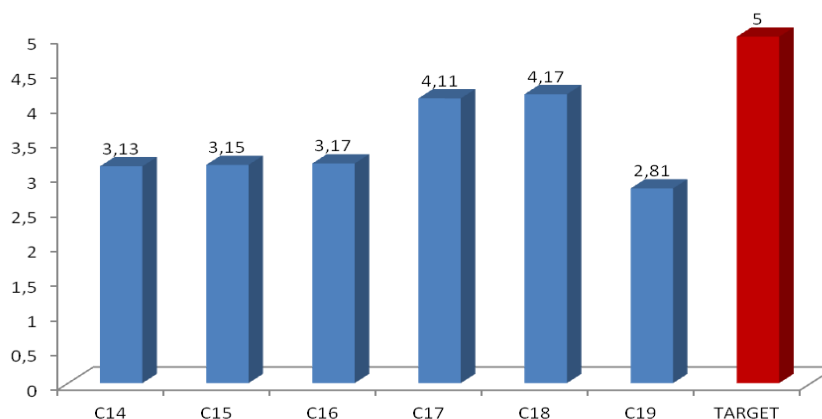
1.3.3 Opinião dos utentes sobre a utilização das TIC pelos profissionais de saúde

No que diz respeito a este conjunto de questões, foi possível encontrar um valor médio de 3,42 (tabela 4), inferior aos anteriores, o que sugere uma relativa aceitação dos utentes na utilização das TIC pelos profissionais de saúde. Analisando os resultados obtidos para cada um dos *itens* da escala, verificou-se uma relativa amplitude entre os valores médios registados nos diferentes *itens*, os quais variam entre o valor mínimo de 2,81 (“com a utilização dos computadores e dos programas informáticos, os profissionais de saúde dedicaram-me mais atenção”) e máximo de 4,17 (“as vantagens na utilização dos computadores e dos programas informáticos na saúde são imensas face aos métodos tradicionais (processos em papel)”), apresentando um desvio-padrão médio de 0,71.

Tabela 4 – Indicadores sobre a utilização das TIC pelos profissionais de saúde

	Média	Desvio Padrão
C14. A utilização dos computadores e dos programas informáticos influenciou positivamente o relacionamento com o meu Médico de Família.	3,13	0,95
C15. A utilização dos computadores e dos programas informáticos influenciou positivamente o relacionamento com o meu Enfermeiro de Família.	3,15	0,93
C16. A utilização dos computadores e dos programas informáticos influenciou positivamente o relacionamento com o meu Técnico de Saúde (Psicóloga, Nutricionista, Fisioterapeuta, etc.).	3,17	0,92
C17. No meu atendimento os profissionais de Saúde “ganharam” tempo com o uso dos computadores e dos programas informáticos.	4,11	1,25
C18. As vantagens na utilização dos computadores e dos programas informáticos na Saúde são imensas face aos métodos tradicionais (processos em papel).	4,17	1,08
C19. Com a utilização dos computadores e dos programas informáticos, os profissionais de Saúde dedicaram-me mais atenção.	2,81	1,26
Médias Totais	3,42	0,71

Gráfico 20 – Valor médio de resposta (escala de Likert) dos inquiridos sobre a utilização das TIC pelos profissionais de saúde



Da leitura da tabela 4 e gráfico 20, verificamos que os utentes consideram, inequivocamente, que a utilização das TIC acarreta imensas vantagens face aos métodos tradicionais (4,17). Contudo, é também inequívoco para os inquiridos que a utilização das TIC não traduz mais atenção por parte dos profissionais de saúde aos seus utentes (2,81), o que é surpreendente face à constatação de que as TIC permitem aos profissionais de saúde “ganhar” tempo para o atendimento dos utentes (4,11), como se pode inferir da leitura da tabela 4.

O questionário apresentava uma questão aberta após cada grelha de perguntas do módulo C, sendo que houve cinco respostas por parte dos inquiridos:

R1: “os programas informáticos deviam ser mais acessíveis, para não retirarem tempo necessários para os utentes.”

R2: “A internet nunca faz mal às pessoas de idade, pois põe o cérebro a funcionar”.

R3: “Os computadores e programas informáticos roubaram emprego às pessoas”.

R4: “Por vezes os computadores atrasam mais do que ajudam”.

R5: “Os computadores deviam ser mais rápidos e os programas mais simples”.

Das respostas podemos concluir que os inquiridos que responderam foram utentes menos satisfeitos (excluindo a resposta “R2”, as outras apontam no sentido dos inconvenientes das TIC) com a utilização das TIC na saúde. O sentido das sugestões aponta para os CS terem programas mais rápidos e intuitivos.

1.4 Análises de correlações

Depois de apresentados e analisados os resultados, consideramos importante procurar estabelecer algumas relações que justificam eventualmente os resultados apresentados. Para o efeito, procedemos ao cálculo dos coeficientes de correlação de *Spearman* entre variáveis. O coeficiente de correlação de *Spearman* (ρ) mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais. Este coeficiente não é sensível a assimetrias na distribuição, não exigindo portanto que os dados provenham de duas populações normais⁸⁸.

⁸⁸ Apontamentos aulas teóricas da cadeira “Sistemas e Tecnologias de Informação”, ano letivo 2012/2013 do curso de 2.º ciclo “Mestrado em Administração Pública” da FDUC, lecionada pelo Professor Doutor Manuel Facas Vicente.

Este coeficiente de correlação varia entre -1 e 1, sendo que na razão da aproximação aos extremos (-1 e 1) maior a intensidade da relação entre as variáveis. Podemos ainda considerar que entre -0,2 e 0,2 não existe correlação, entre -0,2 a -0,5 e 0,2 a 0,5 existe uma correlação razoável, e finalmente entre -0,5 e -1 e 0,5 e 1 existe uma correlação forte entre as variáveis em estudo.

Procedemos ao cálculo dos coeficientes de correlação de *Spearman* entre todas as variáveis. No entanto, apresentamos, apenas os resultados das variáveis que mostraram a existência de algum nível de correlação.

Tabela 5 – Correlação entre as variáveis *escolaridade* e o *uso frequente da internet*

Correlação	
	Uso frequente da internet
Escolaridade	- 0,442

Como se pode inferir da análise da tabela 5, o coeficiente de correlação toma o valor (-) **0,442** o que indicia a existência de uma **correlação razoável e negativa** entre as duas variáveis em estudo. Atendendo ao sinal da correlação, à medida que aumenta o grau de escolaridade dos inquiridos, tendencialmente é mais utilizada a internet.

Tabela 6 – Correlação entre as variáveis “C6” e “C7”

Correlação	
	“A minha avaliação sobre a utilização dos computadores e dos programas informáticos no meu Centro de Saúde é Positiva”
“É mais fácil marcar uma consulta para o meu médico de família desde que são usados computadores e programas informáticos”	0,601

Como se pode inferir da análise da tabela 6, o coeficiente de correlação toma o valor **0,601** o que indicia a existência de uma **correlação forte e positiva** entre as duas variáveis em estudo. Ou seja, à medida que é mais fácil marcar consulta aumenta o grau de satisfação com o uso das TIC no CS.

Tabela 7 – Correlação entre as variáveis “C19” e “C12”

Correlação	
	“Com a utilização dos computadores e dos programas informáticos, os profissionais de saúde tratam-me de forma mais pessoal”
“Com a utilização dos computadores e dos programas informáticos, os profissionais de saúde dedicaram-me mais atenção”	0,720

Como se pode inferir da análise da tabela 7, o coeficiente de correlação toma o valor **0,720** o que indicia a existência de uma **correlação forte e positiva** entre as duas variáveis em estudo. Ou seja, os inquiridos que consideram que os profissionais de saúde os tratam de forma mais pessoal também consideram que lhe dão mais atenção no atendimento. Não obstante a média de inquiridos que concordam com estas afirmações ser relativamente baixa face a outras afirmações do questionário 2,81 (“C19”) e 3,03 (“C12”).

Tabela 8 – Análise da correlação entre as variáveis “C1” e “C2”

Correlação	
	“O atendimento no meu Centro de Saúde é mais rápido desde que são usados computadores e programas informáticos”
“O funcionamento do meu Centro de Saúde melhorou com o uso dos computadores e dos programas informáticos”	0,564

Pelo teste da correlação (0,564), concluímos que os utentes que consideram que o atendimento no CS é mais rápido desde que são usadas as TIC, também acham que o funcionamento do CS melhorou com o uso das TIC.

Tabela 9 – Correlação entre as variáveis “C1” e “C7”

Correlação	
	“A minha avaliação sobre a utilização dos computadores e dos programas informáticos no meu Centro de Saúde é Positiva”
“O funcionamento do meu Centro de Saúde melhorou com o uso dos computadores e dos programas informáticos”	0,577

Como se pode inferir da análise da tabela 9, o coeficiente de correlação toma o valor **0,577** o que indicia a existência de uma **correlação forte e positiva** entre as duas variáveis em estudo. Ou seja, os inquiridos que consideram que o funcionamento do CS melhorou com o uso das TIC, fazem uma avaliação positiva sobre a utilização das TIC no CS.

Conclusões

Ao longo dos diversos capítulos apresentados foi possível desenvolver a argumentação quanto à eficácia das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) usadas nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). A saúde é um bem inalienável da humanidade e as TIC são hoje uma realidade incontornável nas sociedades ocidentais.

Ao longo desta dissertação, foram apresentados dados da insofismável evolução do sistema de saúde português de uma forma geral e do Serviço Nacional de Saúde (SNS) como seu principal pilar.

A evolução exponencial na qualidade dos cuidados prestados, representada nos indicadores de saúde apresentados, teve um impacto significativo nas contas públicas e nas transferências anuais do orçamento de estado para o Ministério da Saúde, colocando em causa o próprio SNS sob o ponto de vista de sustentabilidade financeira. O legislador procurou encontrar uma solução através da reorganização do sistema de saúde com medidas como a empresarialização do serviço público de saúde e o estabelecimento de PPP.

À boleia do aumento da eficácia e da eficiência dos serviços de saúde, as TIC foram introduzidas no SNS e nos CSP, inicialmente de forma insípida e com programas e aplicações informáticas elaboradas pelo próprio Ministério da Saúde. Mas com o decorrer dos anos e fruto das pressões dos sistemas de informação no apoio à tomada de decisão, as unidades de saúde foram adquirindo *softwares* e aplicações informáticas à medida de cada serviço, criando uma multiplicidade de programas. Esta multiplicação conduziu, em alguns casos, ao isolamento informático dos próprios serviços e levou alguns autores a questionar a real eficácia das TIC face às potencialidades que lhes estão associadas.

Para levarmos a cabo o nosso estudo empírico, procedemos à elaboração de um inquérito por questionário aos utentes do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) “Baixo Mondego”, procurando ir ao encontro do repto lançado pelo Alto Comissariado da Saúde, inscrito no Plano Nacional de Saúde 2011-2016, no sentido de “inquirir por questionário uma amostra da população, onde se possa avaliar as utilizações, perceções e as expectativas dos utentes em relação às TIC em saúde”.

Circunscrevemos o estudo aos centros de saúde, porque são apontados, atualmente, como a base do sistema de saúde em Portugal. Restringimo-nos ao ACES Baixo Mondego,

porque situando-se na região Centro, aglutinava os Centros de Saúde mais próximos geograficamente de Coimbra o que tornou o projeto financeiramente sustentável.

Atendendo às características mais ou menos semelhantes de todos os centros de saúde dos ACES da região Centro em relação aos parâmetros estudados (TIC, uso de computadores e programas informáticos), é nossa opinião que os resultados obtidos poderão ser generalizáveis a toda a região Centro. No entanto, fica em aberto para futuros estudos, a constatação ou refutação desta afirmação. Tal procedimento poderá ser alcançado via testes de homogeneidade de populações.

Da análise dos dados provenientes do referido questionário, foi possível verificarmos a reduzida proliferação da plataforma informática e-Agenda, promovida pelo Ministério da Saúde, uma vez que cerca de 50% da nossa amostra usa frequentemente a internet, no entanto apenas 10% conhecem e usaram a referida plataforma. Contudo, à semelhança de outros estudos também confirmámos, através do teste de correlação de *Spearman*, a existência de uma relação entre as qualificações e o uso da internet, sendo que o nível de qualificações da nossa amostra é maioritariamente o ensino básico, o que se enquadra na média de idades constatada.

Constatamos ainda que, com a utilização das TIC, o tratamento por parte dos profissionais de saúde não é significativamente mais pessoal, nem resulta em mais atenção para com o utente. Estes dados reequacionam o papel das TIC na saúde, pois se por um lado os utentes verificam que as TIC permitem que o seu tratamento seja mais rápido e melhor, com ganho de tempo, por outro constata-se que esse tempo não é usado para lhe dar mais atenção.

Entendemos, assim, que os dados obtidos neste estudo poderão servir, no futuro, como instrumento de base para um estudo mais alargado, onde se procure obter a resposta a questões levantadas pelo nosso estudo, como por exemplo, onde gastam os profissionais de saúde o tempo ganho com a utilização das TIC e porque consideram os utentes que, com a utilização das TIC, não têm menos atenção dos profissionais de saúde.

Os dados permitiram apurar ainda, que os utentes consideram que com a utilização das TIC o processo clínico é melhor organizado, que os tratamentos e atendimento são mais rápidos e que é mais fácil e rápido marcar consultas. A avaliação global sobre o uso das TIC na saúde é positiva para os utentes.

Respondendo à questão central de investigação, podemos concluir que os utentes consideram as TIC utilizadas pelos profissionais de saúde nos CSP da região Centro eficazes, ou seja, cumprem globalmente os objetivos a que se propuseram.

Como principal limitação ao nosso estudo, apontamos a demora da resposta da direção do ACES “Baixo Mondego” que inviabilizou que o nosso inquérito fosse aplicado aos profissionais de saúde como era nossa intenção inicial.

Introduzimos, assim, a recomendação de desenvolvimento de uma investigação que possa avaliar o aproveitamento, perceções e as expectativas dos profissionais de saúde em relação às TIC na saúde ou ainda quais as principais vantagens e inconvenientes que lhes reconhecem.

Recomendamos também uma análise dos gastos diretos e efetivos (impacto financeiro) nas TIC e a sua relação com a produtividade/desempenho no SNS e nos profissionais de saúde.

Seria ainda importante que as instituições de saúde auditassem com frequência as perceções dos utentes e dos profissionais de saúde sobre as TIC, pois existe uma conceção de que as TIC acarretam inevitavelmente vantagens e mais-valias o que não corresponde necessariamente à verdade como a nossa pesquisa e o nosso estudo provou.

Bibliografia

- ALMEIDA, Andreia (2011). “*Os Sistemas de Gestão da Informação arquivística nos Hospitais Públicos Portugueses - Uma perspetiva atual*”. Lisboa: Tese de mestrado em ciências da documentação e da informação – arquivística. Faculdade de Letras, Universidade de Lisboa.
- ALMEIDA, Filipe (2002). “*Organização, Pessoas e Novas Tecnologias*”. Coimbra: Quarteto. ISBN: 972-871-740-7.
- ALMEIDA, Leandro e FREIRE, Teresa (2008). “*Metodologia da investigação em psicologia e educação*”. 5ª Edição. Braga: Psiquilíbrios Edições. ISBN: 978-972-973-885-2.
- ANTÃO, António; et al. (2005). “*Tecnologias da Informação e Comunicação- TIC 10*”, (pp. 6-9). Porto: Areal Editores. ISBN: 978-972-627-825-2.
- ANTUNES, Edite; et al. (2011). “*Contratualização em saúde – Efetividade do sistema de incentivos*”. Sinopse 8.º Congresso Nacional de Administração Pública – “Desafios e Soluções”. Lisboa: Instituto Nacional de Administração, I.P.
- ARAGÃO, Júlio (2011). “*Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas*” In Revista *Préxis*, ano III, n.º 6, agosto 2011.
- ARNAUT, António (2009). *Serviço Nacional de Saúde SNS - 30 Anos de Resistência*. Coimbra: Coimbra Editora. ISBN: 978-972-321-736-0.
- BARAÑANO, Maria (2004). “*Métodos e técnicas de investigação em gestão: Manual de apoio à realização de trabalhos de investigação*”. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN: 978-972-618-312-9.
- BARROS, Pedro (2005). “*Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos*”. Coimbra: Almedina. Depósito Legal: 232233/05.
- BARROS, Pedro (2010). “*As Parcerias Público-privadas na Saúde em Portugal*” (pp. 519-550). In Jorge Simões (Coord.) “*30 Anos do Serviço Nacional de Saúde – Um percurso comentado*”. Coimbra: Almedina. ISBN: 978-972-404-110-0.
- BARROS, Pedro; GOMES, Jean-Pierre (2002). “*Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*”. Lisboa: Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa.

- CABRAL, Manuel; SILVA, Pedro (2009). “*Estado da Saúde em Portugal*”(pp.21). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais. ISBN: 978-972-671-248-0.
- CANOTILHO, Gomes; MOREIRA, Vital (1993). “*Constituição da República Portuguesa Anotada*”, 3ª ed., Coimbra: Coimbra Editora. ISBN: 972-320-592-0.
- CASTELLS, Manuel (2004). “*A Galáxia Internet: Reflexões sobre Internet, Negócios e Sociedade*”. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 972-31-1065-2.
- COUTINHO, Clara (2013). “*Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*”, 2ª ed., Coimbra: Edições Almedina, SA. ISBN: 978-972-40-5173-6.
- DURÃO Álvaro; LIMA, Carlos (1976). “*Áreas de Informática na Saúde Ocupacional*”. Separata de “o médico” n.º 1294/1295 XXVII ano – Vol. LXXIX – Porto: Imprensa Portuguesa.
- EIRA, Ana (2010). “*A Saúde em Portugal – A procura de cuidados de saúde privados*”. Porto: Tese de mestrado em Economia. Faculdade de Economia do Porto, Universidade do Porto.
- ESPANHA, Rita (2009). “*Saúde e Comunicação numa Sociedade em Rede – o caso Português*”. Lousã: Tipografia Lousanense. ISBN: 978-972-9413-80-3.
- ESPANHA, Rita (2010). “*Tecnologia de Informação e Comunicação na Saúde*” (pp. 501-517). In Jorge Simões (Coord.) “*30 Anos do Serviço Nacional de Saúde – Um percurso comentado*”. Coimbra: Almedina. ISBN: 978-972-404-110-0.
- ESPANHA, Rita (2010). “*Tecnologias de Informação e Comunicação na Saúde*”. In Jorge Simões (coord.) – “*Trinta anos do serviço nacional de saúde: Um percurso comentado*”. Lisboa: Almedina.
- ESPANHA, Rita (2010). “*Tecnologias de Informação e Comunicação*” (pp. 1-11). Adenda à análise especializada: Alto Comissariado da Saúde. ISLA Lisboa: CIES-ISCTE/IULJ.
- ESPANHA, Rita (coord.), “*Plano nacional de saúde 2011-2016: tecnologias de informação e comunicação*”. ISLA Lisboa, CIES-ISCTE/IULJ. 2010, pp. 3 a 34.
- ESTORNINHO, M. João (2008). “*Organização Administrativa da Saúde. Relatório Sobre o Programa, os conteúdos e os Métodos de Ensino*” (pp. 67-73). Coimbra: Almedina. ISBN: 978-972-403-546-8.

- FERNANDES, Adalberto; *et al.* (2011). “*Avaliação de Tecnologias em Saúde. A importância de escolher, decidir e gerir com base na evidência*”. Loures: Diário Bordo Edições. ISBN: 978-989-970-879-2.
- FERNANDES, Adalberto; *et al.* (2011). “*Inovação e Sustentabilidade em Saúde. Equação Impossível?*”. Loures: Diário Bordo Editores. ISBN: 978-989-970-871-6.
- FERREIRA, Ana (2003). “*Regulação em Saúde: Definição e Ensaio de Validação de um Modelo Aplicável no Sistema de Saúde Português*”. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa (dissertação no âmbito do XXXI Curso de Especialização em Administração Hospitalar).
- FERREIRA, Ana Sofia, *Do que falamos quando falamos de regulação em saúde, Análise Social*, vol. XXXIX (171), 2004, 313-337.
- FONSECA, Fátima; CARAPETO, Carlos (2009). “*Governança, Inovação e Tecnologias – O Estado rede e a Administração Pública do Futuro*”, (pp. 193). Lisboa: Edições Sílabo. ISBN: 978-972-618-535-2.
- FORTIN, Marie-Fabienne (1999). “*O Processo de Investigação: Da conceção à realização*”. Loures: Lusociência.
- FORTIN, Marie-Fabienne (2009). “*Fundamentos e etapas do processo de investigação*” (pp. 29 e segs). Loures: Lusosidata. ISBN: 978-989-8075-18-5.
- GIL, António (1995). “*Métodos e técnicas de pesquisa social*” (pp. 17). (4.^a ed.). São Paulo: Atlas.
- GONÇALVES, Pedro (2008). “*Direito Administrativo da Regulação*”, in *Regulação, Eletricidade e Telecomunicações* (pp 7 e segs). Coimbra: Coimbra Editora. ISBN 978972321552.
- GONÇALVES, Pedro (Coord.); ALVES, Catarina; GUEDES, Ana (2010). “*O Contencioso da Regulação em Portugal – Relatório de pesquisa e análise da Jurisprudência sobre Regulação Pública*”. Coimbra: Centro de Estudos de Direito Público e Regulação FDUC.
- GOUVEIA, Luís; RANITO, João (2004). “*Sistemas de Informação de Apoio à Gestão*”. Porto: Sociedade Portuguesa de Inovação. ISBN: 972-8589-43-3.

- HOOD, Cristopher (1991). “A *Public Management for All Seasons?*. In *Public Administration*” (pp. 3-19). Vol. 69, n.º1. Royal Institute of Public Administration. ISSN: 0033-3298.

http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2009_OPSS.pdf.
- INE (2010). “*Inquérito à utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação nos Hospitais 2010*”. Lisboa: INE.
- KING, John; LYYTINEN, Kalle (2006). “*Information Systems - The State of the Field*”. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. ISBN: 13 978-0-470-01777-7.
- LAUDON, Kenneth e LAUDON, Price (1996). “*Essentials of Management Information Systems, Organization and Technology*”. 2nd edition, Prentice-Hall.
- LAUDON, Kenneth; LAUDON, Price (2007). “*Sistemas de informação gerenciais*”. (Tradução Thelma Guimarães) 7.ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- LEITE, Teófilo (2008). “*Regulação em Saúde*”. Colóquio da Associação Portuguesa de Hospitalização Privada, Lisboa.
- LOPES, Anabela (2011). “*Tecnologias da Comunicação – Novas Domesticações*”. Lisboa: Edições Colibri/Instituto Politécnico de Lisboa. ISBN: 978-989-689-104-6.
- LOPES, Licínio (2010). “*Direito Administrativo da Saúde*”, in Paulo Otero e Pedro Gonçalves (Coord.), “*Tratado de Direito Administrativo Especial*” (pp 225-371). vol.III. Coimbra: Almedina. ISBN: 978-972-403-990-9.
- MARQUES, António (2008). *Computadores e Informática – Guia de introdução às Tecnologias da Informação e Comunicação* (pp 8-20). Lisboa: Coleções: Soluções. ISBN: 978-989-615-065-5.
- MARQUES, R.; SILVA, D. (2008). *As Parcerias Público-Privadas em Portugal. Lições e Recomendações*. Revista de Estudos Politécnicos, Vol VI, n.º 10, 033-050. ISSN: 1645-9911.
- MOREIRA, Vital (1997). “*Auto-Regulação Profissional e Administração Pública*” (pp 17 e segs).Coimbra: Almedina. ISBN 9789724010441.
- MSI (1997). Livro Verde para a Sociedade da Informação em Portugal. Lisboa: Ministério da Ciência e Tecnologia – Grupo de Missão para a Sociedade da Informação.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DE SISTEMAS DE SAÚDE (2005). “*Regulação*”. Disponível em:

<http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.observport.org%2Fsites%2Fobservport.org%2Ffiles%2Fregulacao.pdf&ei=6392UvZ1yMXsBpzZgeAD&usg=AFQjCNGx7sfMBQXzZCbV6fD2fjCbcmBjDw&bvm=bv.55819444,d.Yms>

- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DE SISTEMAS DE SAÚDE (2009). “*Relatório Primavera – 10/30 anos, Razões para Continuar*”. Disponível em:
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2005). “*Novo Serviço Público de Saúde – Novos Desafios*”. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- OCDE (2006). OCDE Data Health 2006 – Statistics and Indicators for 30 countries.
- ORMONDE, Lucindro (2011) in “*Avaliação de Tecnologias em Saúde - A importância de escolher, decidir e gerir com base na evidência*”, (pp. 75-80), com coordenação de Adalberto Campos FERNANDES. Loures: Diário Bordo Editores.
- PIRES, Sara (2012). “*Métodos de Investigação*”. Série textos de apoio, aula n.º 4. Coimbra: Faculdade de Direito, Universidade de Coimbra.
- POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette, *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Artes Médicas. Porto Alegre, 1995.
- PORTUGAL, Entidade Reguladora da Saúde (2013). “Relatório de Atividades de 2012”. Lisboa.
- PORTUGAL, Instituto Nacional de Administração IP. “*Conclusões do 8.º congresso de Administração Pública*”. Lisboa. 2011. Disponível: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDAQFjAB&url=http%3A%2F%2Frepap.ina.pt%2Fbitstream%2F10782%2F577%2F1%2FGestao%2520publica_um%2520novo%2520paradigma%2520governancao%2520AP%2520local.pdf&ei=5NDNUtO3BeGt7Qb6-IGQCA&usg=AFQjCNFNgcJKR7PHV5F6CAILB3tHywgo2Q
- PORTUGAL, Ministério da Saúde (2007). “*Relatório Final - Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde*”. Lisboa.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde (2009). “*Indicadores do SNS 30 anos – Garantir o futuro*”. Lisboa.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde (2011). “*Estratégias para a Saúde - V Cadernos do Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Indicadores e Metas em Saúde*”. Alto Comissariado da Saúde. Lisboa.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. *Contributos para um plano nacional de saúde: orientações estratégicas: sistemas de informação em saúde*. DGS. Lisboa. 2003.

- PORTUGAL, Tribunal de Contas (2013).“*Encargos do Estado com PPP na Saúde*”, Volume I, Relatório n.º 18/2013 - 2.ª Secção. Lisboa.
- RASCÃO, José, *Sistemas de informação para as organizações – A informação chave para a tomada de decisão*. 2.ª ed. Edições Sílabo. Lisboa.2004.
- RIBEIRO, M. José (2009), “Saúde a Liberdade de Escolher” (pp 30 e segs). Lisboa: Gravida. ISBN: 978-989-616-332-7.
- ROCHA, Álvaro (2007).“*Informática de Saúde – Boas Práticas e Novas Perspetivas*” (pp.17 a 85).Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISBN:978-972-8830-99-1.
- ROCHA, Álvaro (2010). “*Sistemas e Tecnologias de Informação na Saúde*” (pp. 15 a 73). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISBN:978-989-643-062-7.
- SALVADO, Francisco (2011).“*Avaliação de Tecnologias em Saúde - A importância de escolher, decidir e gerir com base na evidência*”, (pp 33-37), com coordenação de Adalberto Campos FERNANDES. Loures: Diário Bordo Editores.
- SERRANO, António (2007). “*O impacto da sociedade da informação no sistema de saúde em Portugal: uma visão de gestão*”. Universidade de Évora. Artigo de opinião. Consultado em: http://www.apdsi.pt/uploads/news/id545/2.9_antonio%20serrano_070626.pdf (05.janeiro.2013).
- SERRANO, António, *O impacto da sociedade da informação no sistema de saúde em Portugal: uma visão de gestão*. Mimeografado. In www.apdsi.pt
- SERRANO, António; CALDEIRA, Mário; GUERREIRO, António (2004). “*Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação*”. Lisboa: Editora de Informática. ISBN: 972-722-409-1.
- SILVA, Álvaro (2004). “*Ensinar e Aprender com as Tecnologias: Um estudo sobre as atitudes, formação, condições de equipamento e utilização nas escolas do 1º Ciclo do Ensino Básico do Concelho de Cabeceiras de Basto*. (p. 13). Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- SILVA, Pedro (2009). “*Fundamentos e Modelos nas Parcerias Público-Privada na Saúde*”. Coimbra: Almedina. ISBN: ISBN 978-972-403-796-7.
- SILVEIRA, João (2011) in “*Inovação e Sustentabilidade em Saúde – Equação Impossível?*”, (pp. 49), com coordenação de Adalberto Campos FERNANDES. Loures: Diário Bordo Editores.

- SIMÕES, Jorge (2004). “*Retrato Político da Saúde: Dependência do Percorso e Inovação em Saúde: Da Ideologia ao Desempenho*” (pp. 25 a 47). Coimbra: Almedina. ISBN: 978-972-402-342-7.
- STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet (2008). “*Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*”. (2.ª ed). Porto Alegre: Artmed. ISBN: 978-85-363-1043-5.
- WHO (2000). “*The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*”. Genebra.
- WHO (2004). “*eHealth for Health-care Delivery*”. Department of Essential Health Technologies, World Health Organization.
- WHO (2006). “*The world health report 2006*” – Working Together for Health, World Health Organization.

Legislação:

Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro

Decreto Regulamentar n.º 14/2003, de 30 de junho

Decreto-Lei n.º 102/2009, de 11 de maio

Decreto-Lei n.º 11/1993, de 15 de janeiro

Decreto-Lei n.º 116/2013, de 9 de agosto

Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro

Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio

Decreto-Lei n.º 156/1999, de 10 de maio

Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto

Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de outubro

Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro

Decreto-Lei n.º 253/2012, de 27 de novembro

Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro

Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março
Decreto-Lei n.º 303/2003, de 10 de dezembro
Decreto-Lei n.º 326/2007, de 28 de setembro
Decreto-Lei n.º 382/1991, de 9 de outubro
Decreto-Lei n.º 413/1971, de 27 de setembro
Decreto-Lei n.º 5/2012, de 23 de janeiro
Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro
Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril
Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril
Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril
Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho
DL n.º 124/2011 de 29 de dezembro
Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro
Lei n.º 48/90, de 24 de agosto
Lei n.º 56/79, de 15 de setembro
Portaria n.º 394-A/2012 de 29 de novembro

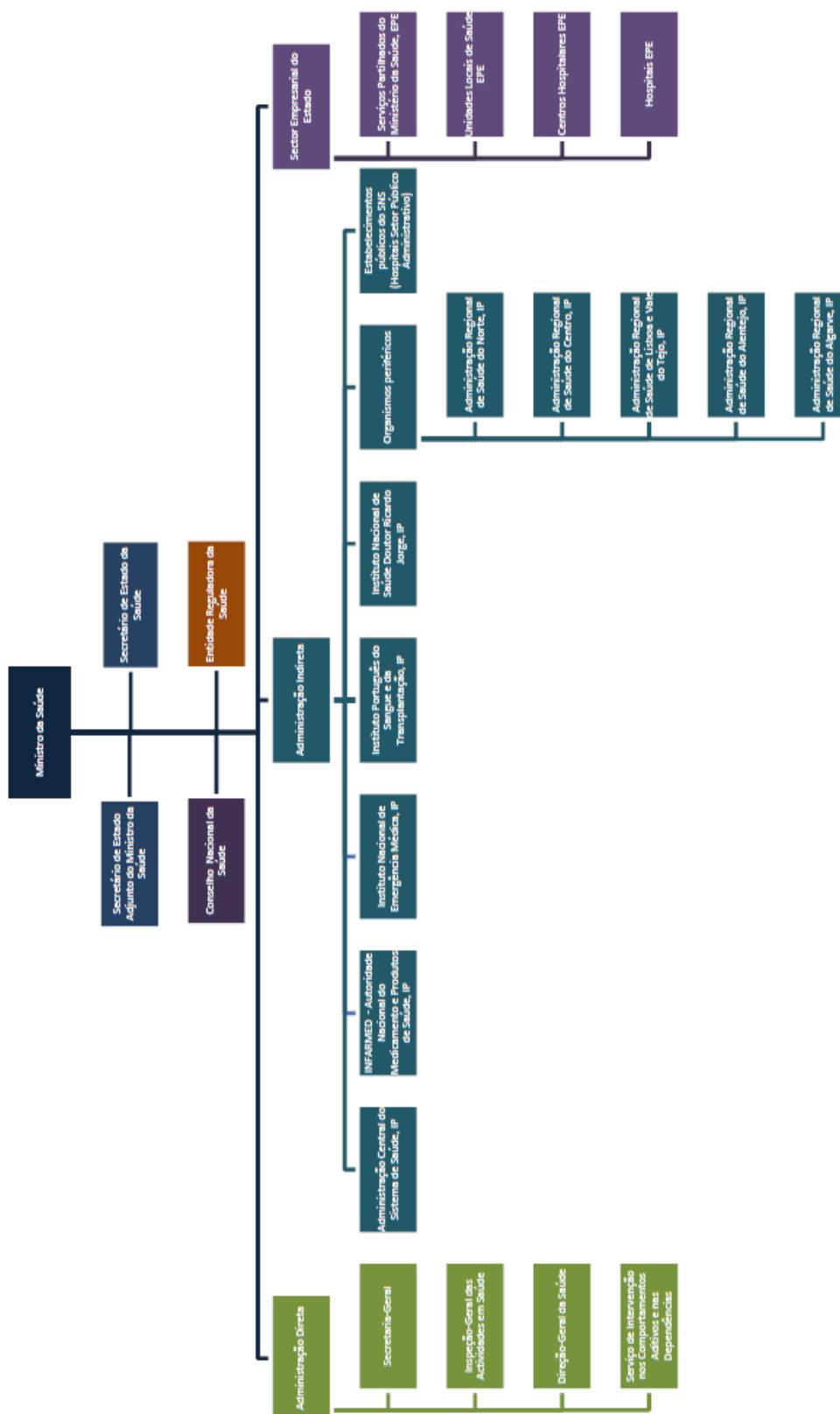
Sites consultados:

- <http://dre.pt/>
- <http://ec.europa.eu/>
- <http://europa.eu/>
- <http://im.med.up.pt/>
- <http://repositorio.ul.pt/>
- <http://servicos.min-saude.pt/utente/>
- <http://sub3.webofknowledge.com/>
- <http://web.ebscohost.com/>
- <http://www.apdsi.pt/>

- <http://www.arscentro.min-saude.pt/>
- <http://www.bbc.co.uk/>
- <http://www.b-on.pt/>
- <http://www.computerworld.com.pt/>
- <http://www.ers.pt/>
- <http://www.hscic.gov.uk/>
- <http://www.ine.pt/>
- <http://www.infarmed.pt>
- <http://www.infopedia.pt/>
- <http://www.min-saude.pt>
- <http://www.observaport.org/>
- <http://www.oecd.org/home/>
- <http://www.pordata.pt/>
- <http://www.portaldasauade.pt/>
- <http://www.worldbank.org/>
- <http://www1.ionline.pt/>
- <http://spms.min-saude.pt/>

Anexo I – Organograma do Ministério da Saúde

Organograma do Ministério da Saúde



Fonte: Imagem de ecrã do organograma presente no sítio oficial do Portal da Saúde.

Anexo II – Apelo à inscrição eletrónica no Portal do Utente

Caro(a) [REDACTED]

Já conhece o Portal do Utente?



De forma a aproximar o Serviço Nacional de Saúde (SNS) de quem dele beneficia, o Ministério da Saúde disponibilizou em 2012, um portal dedicado aos utentes, que inclui informação útil sobre os serviços e prestadores de cuidados disponibilizados pelo SNS.


Esta ferramenta tem também diversas vantagens para os seus utilizadores, das quais destacamos a área “**A minha saúde**”, onde, após autenticação, pode registar os seus dados, tais como contactos de emergência, hábitos de consumo, alergias, toma de medicamentos, etc., que, **se autorizar a sua partilha com os profissionais de saúde** (“**Autorizações**” na opção “**Os meus dados**”), serão úteis para um acompanhamento eficiente do seu estado de saúde.

Fonte: Captura de ecrã de correio eletrónico próprio (Informação enviada pelo Ministério da Saúde Português para o correio eletrónico de milhares de utentes do SNS 11 Jul 2013, 13:06:26).

Anexo III – Imagem da plataforma eletrónica de registo dos utentes do SNS

Destaques

Consulte o seu Resumo Clínico na PDS-PU



Resumo Clínico disponível no Portal do Utente

O utente que deseje aceder à informação que compõe o seu Resumo Clínico Único do Utente (RCU2) já pode fazê-lo, desde o dia 31 de julho, através do Portal do Utente.

ver mais



A minha saúde

ver mais

Fonte: Captura de ecrã da página eletrónica do portal do Utente do SNS (Consultado em <https://servicos.min-saude.pt/utente/portal/paginas/default.aspx>).



QUESTIONÁRIO

O presente questionário insere-se num estudo de investigação em curso sobre a **“Eficácia das Tecnologias de Informação e Comunicação na Saúde - No caso dos Cuidados de Saúde Primários na Região Centro”**, no âmbito do Mestrado em Administração Pública da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Destina-se à recolha de dados relativos à opinião dos Profissionais de Saúde quanto ao funcionamento das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) no Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego (ACES Baixo Mondego), por forma a fundamentar a investigação.

O questionário é de resposta anónima, pelo que não deve ser indicado o nome de quem responde. As suas respostas são, por isso, totalmente confidenciais e apenas servem os objetivos em estudo. Se por qualquer razão não quiser preencher este questionário, tem todo o direito de o fazer.

É importante que responda a todas as questões. Agradecemos a disponibilidade e colaboração. Estamos ao seu dispor através do telefone 913 784 888.

O Investigador Principal

Nuno Lage Alves

Módulo A – Dados Sociodemográficos

A1. Género:

- Feminino
- Masculino

A2. Idade: _____ anos

A3. Formação Académica:

- Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro _____

A4. Condição Perante o Trabalho:

- Trabalhar/Empregado
- Desempregado
- Estudante
- Reformado/Aposentado
- Incapacitado para o Trabalho
- Outro _____

<p>A5. Porque recorreu a esta Unidade de Saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> Doença</p> <p><input type="checkbox"/> Acidente</p> <p><input type="checkbox"/> Consulta Rotina</p> <p><input type="checkbox"/> Pedido Receita</p> <p><input type="checkbox"/> Outro? _____</p>	<p>A6. Como marcou esta Consulta?</p> <p><input type="checkbox"/> Por Telefone</p> <p><input type="checkbox"/> Pessoalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Consulta Anterior</p> <p><input type="checkbox"/> Via Eletrónica (e-Agenda)</p> <p><input type="checkbox"/> Outro? _____</p>
--	---

Módulo B – Acesso e Utilização de Tecnologias da Informação e Comunicação

Entende-se por Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC) todos os aparelhos de *hardware* (computadores e similares) e *software* (programas informáticos) utilizados para classificar, conservar e disseminar a informação. (INE, 2012).

Por uma questão de facilidade de resposta a designação **TIC's** é substituída, nas perguntas, por **computadores e programas informáticos** e a designação **Centro de Saúde** refere-se não só aos Centros de Saúde, mas também às Unidades de Saúde Familiar ou Extensões de Saúde.

<p>B1. Usa frequentemente a Internet?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>B2. Se SIM, já utilizou alguma aplicação ou plataforma informática (website) na área da Saúde? (Ex: e-Agenda, e-SIGIC, Registo de Saúde Eletrónico, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. Quais? _____</p>

<p>B3. Nas suas idas ao Centro de Saúde, os profissionais de saúde utilizam normalmente computadores ou programas informáticos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não Sei</p>
--

Se Respondeu **NÃO** ou **NÃO SEI**, terminou aqui o seu Questionário. Muito Obrigado. Se respondeu **SIM** passe para a pergunta seguinte.

Módulo C – Escala de Opinião dos Utentes sobre a Utilização das TIC

Para responder a esta parte do questionário, pedimos-lhe que leia atentamente cada frase e que assinale com um **círculo (O)** o item que mais corresponde à sua opinião sobre a questão, de acordo com a seguinte escala:

Discordo Totalmente	Discordo	Nem Discordo Nem Concordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

Exemplo:

1.Portugal é um País com cerca de 10 milhões de habitantes.	1	2	3	4	5
2.Portugal está situado no continente Americano.	1	2	3	4	5

A minha opinião sobre a utilização dos Computadores e dos Programas Informáticos (TIC) no meu CENTRO DE SAÚDE

C1. O funcionamento do meu Centro de Saúde melhorou com o uso dos computadores e dos programas informáticos.	1	2	3	4	5
C2. O atendimento no meu Centro de Saúde é mais rápido desde que são usados computadores e programas informáticos.	1	2	3	4	5
C3. Os computadores e os programas informáticos facilitam o atendimento dos utentes.	1	2	3	4	5
C4. Gosto mais de ir ao meu Centro de Saúde desde que são usados computadores e programas informáticos.	1	2	3	4	5
C5. Os profissionais de saúde do meu centro de Saúde usam muito bem os computadores e os programas informáticos.	1	2	3	4	5
C6. É mais fácil marcar uma consulta para o meu médico de família desde que são usados computadores e programas informáticos.	1	2	3	4	5
C7. A minha avaliação sobre a utilização dos computadores e dos programas informáticos no meu Centro de Saúde é Positiva.	1	2	3	4	5

Sugestões para melhorar a utilização dos computadores e programas informáticos no seu Centro de Saúde:

A minha opinião sobre a utilização dos Computadores e dos Programas Informáticos (TIC) em relação ao meu TRATAMENTO CLÍNICO

C8. A utilização dos computadores e dos programas informáticos aumentou o meu interesse por questões relacionadas com a Saúde.	1	2	3	4	5
C9. A utilização dos computadores e dos programas informáticos permite tornar o meu tratamento mais rápido.	1	2	3	4	5
C10. Recomendo, à Família e amigos a marcação de consultas pela Internet, através do uso da plataforma eletrónica e-agenda.	1	2	3	4	5
C11. Atualmente, o processo dos utentes é mais organizado, devido à utilização dos computadores e dos programas informáticos.	1	2	3	4	5
C12. Com a utilização dos computadores e dos programas informáticos, os profissionais de Saúde tratam-me de forma mais pessoal.	1	2	3	4	5
C13. A utilização dos computadores e dos programas informáticos é uma vantagem para o tratamento dos utentes.	1	2	3	4	5

Sugestões para melhorar a utilização dos computadores e programas informáticos no seu Tratamento:

A minha opinião sobre a utilização dos Computadores e dos Programas Informáticos (TIC) pelos PROFISSIONAIS DE SAÚDE

C14. A utilização dos computadores e dos programas informáticos influenciou positivamente o relacionamento com o meu Médico de Família.	1	2	3	4	5
C15. A utilização dos computadores e dos programas informáticos influenciou positivamente o relacionamento com o meu Enfermeiro de Família.	1	2	3	4	5
C16. A utilização dos computadores e dos programas informáticos influenciou positivamente o relacionamento com o meu Técnico de Saúde (Psicóloga, Nutricionista, Fisioterapeuta, etc.).	1	2	3	4	5
C17. No meu atendimento os profissionais de Saúde “ganharam” tempo com o uso dos computadores e dos programas informáticos.	1	2	3	4	5
C18. As vantagens na utilização dos computadores e dos programas informáticos na Saúde são imensas face aos métodos tradicionais (processos em papel).	1	2	3	4	5
C19. Com a utilização dos computadores e dos programas informáticos, os profissionais de Saúde dedicaram-me mais atenção.	1	2	3	4	5

Sugestões para melhorar a utilização dos computadores e programas informáticos pelos Profissionais de Saúde:

**Anexo V – Pedido de autorização à direção do ACES “Baixo Mondego” para aplicação
do questionário.**



Exmo. Sr. Diretor Executivo
Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego
Doutor António Manuel Pinto Morais

Nuno Filipe Lage Alves, enfermeiro a exercer funções na Unidade Cuidados Intensivos-HG do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, encontra-se a frequentar o Mestrado em Administração Pública na Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, estando a desenvolver uma dissertação de Mestrado subordinada ao tema “**Eficácia das Tecnologias de Informação e Comunicação na Saúde - No caso dos Cuidados de Saúde Primários na Região Centro**”, sob a orientação da Sr.^a Professora Doutora Sara Moreno Pires. Nesse sentido, vem por este meio solicitar a V.^a Ex.^a autorização para a aplicação de um questionário (de autopreenchimento) a profissionais de saúde (anexo 1) e utentes (anexo 2) do ACeS Baixo Mondego, como instrumento de recolha de dados fundamental para o estudo supracitado, procurando ir ao encontro do repto do Alto Comissariado da Saúde, inscrito no Plano Nacional de Saúde 2011-2016, no sentido de “inquirir por questionário uma amostra da população, onde se possa avaliar as utilizações e as expectativas dos utentes em relação às TIC em saúde”.

O questionário é anónimo (não sendo possível identificar os participantes), as respostas são confidenciais e não se pretende qualquer avaliação individual, sendo as mesmas facultativas e tratadas estatisticamente na sua globalidade.

O Acesso é reservado apenas aos investigadores (aluno e orientadora), não sendo solicitados quaisquer dados pessoais ou clínicos dos intervenientes.

Anexa-se ainda o protocolo existente entre a Faculdade de Direito e a ARS do centro (anexo 3).

Todo o trabalho de entrega e recolha dos questionários será da inteira responsabilidade dos promotores do estudo.

As conclusões finais e os resultados do estudo serão disponibilizados e enviados oportunamente para V.Ex.^a caso assim o entenda.

Pede Deferimento,
Com melhores cumprimentos,

Coimbra, 7 maio de 2013

Contactos:
Nuno Filipe Lage Alves
Rua Águas Férreas, n.º 80 1.º Dto
3045-007 Coimbra
Email: nflalves@sapo.pt
Telemóvel: 912483990

Anexo VI – Deliberação da Comissão de Ética da ARS Centro



Exmo. Senhor
Enfº Nuno Filipe Lage Alves

nflalves@sapo.pt

032544 '13 10-28 11:19

Sua referência

Data

Nossa referência

Data

ASSUNTO: "Eficácia das tecnologias de informação e comunicação na saúde – no caso dos CSP na região centro"

Serve o presente para informar V. Exª., que o Conselho Directivo da ARS Centro, I.P., deliberou homologar o parecer emitido pela Comissão de Ética para a Saúde (CES), que se anexa.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho Directivo da ARSC, I.P.

(Dr. José Manuel Azenha Tereso)

"Em referência". Em cada ofício insere-se de um assando.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARECER FINAL:</p> <p>Desfavorável, para já. Assim que responda às questões emitidas no capítulo "Apreciação Geral" poderá ser emitido parecer favorável.</p>	<p>DESPACHO:</p> <p><i>Homologado</i> <i>24 10 2013</i></p> <p>Conselho Directivo da A.R.S. do Centro I.P.</p> <p>Dr. José Manuel Azenha Tereso Presidente,</p> <p>Dr. Fernando José de Lages de Almeida Vice-Presidente,</p> <p>Dr. Luis Manuel Militão Mendes Cabral Vogal,</p> <p>Dr.ª Maria Augusta Mota Vogal,</p>

Anexo VII – Formulário enviado à Comissão de Ética da ARS Centro

Ex. mo Senhor Presidente do conselho Diretivo
da ARS Centro IP

Sr. Doutor José Manuel Azenha Tereso

Serve o presente para apresentar a V. Ex^a. os elementos solicitados pela Comissão de Ética para a Saúde no parecer de 24/10/2013, homologado por V. Ex^a. a 28/10/2013 (**ofício 032544‘13**), ao pedido de aplicação de questionários a utentes e profissionais de saúde no ACES “Baixo Mondego”, incluído no estudo “Eficácia das Tecnologias de Informação e Comunicação na Saúde - No caso dos Cuidados de Saúde Primários na Região Centro”, **surgindo neste ofício destacados no ponto 3.3**, respondendo a quem vai ser aplicado os questionários, em que momento, por quem, em que circunstâncias, qual o tamanho das amostras e qual a sua representatividade.

1- Título do Projeto/Trabalho:

“Eficácia das Tecnologias de Informação e Comunicação na Saúde - No caso dos Cuidados de Saúde Primários na Região Centro”.

2 - Identificação dos proponentes

2.1 Autor principal/afiliação institucional:

Nuno Alves (aluno do Mestrado em Administração Pública na Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra).

2.2 - Co-autor(es) /afiliação institucional:

Orientadora: Sara Margarida Moreno Pires (Professora Auxiliar da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra).

3 - Protocolo.

Ao abordarmos o tema da eficácia das TIC na saúde procuramos entrelaçar temas profundamente sensíveis da atualidade, como sejam tecnologia, inovação, informática e saúde.

Na essência procuramos perceber se as TIC utilizadas nos serviços de saúde, de uma forma geral, mas em particular no agrupamento de centros de saúde “Baixo Mondego”, cumprem os objetivos a que se propuseram.

O projeto insere-se na dissertação de Mestrado subordinada ao tema “Eficácia das Tecnologias de Informação e Comunicação na Saúde - No caso dos Cuidados de Saúde Primários na Região Centro”, sob a orientação da Sr.^a Professora Doutora Sara Moreno Pires, sendo fundamental para o projeto a aplicação de um questionário fechado de autopreenchimento, anónimo e voluntário, a profissionais de saúde e utentes do ACES Baixo Mondego, como instrumento de recolha de dados, procurando ir ao encontro do repto do Alto Comissariado da Saúde, inscrito no Plano Nacional de Saúde 2011-2016, no sentido de “inquirir por questionário uma amostra da população, onde se possa avaliar as utilizações e as expectativas dos utentes em relação às TIC em saúde”.

3.2 – Objetivos:

O objetivo deste projeto é avaliar a perceção da eficácia das Tecnologias da Informação e Comunicação na saúde (TIC) – no caso dos cuidados de saúde primários na região centro, por parte dos profissionais (que utilizam diretamente as TIC) e por parte dos utentes (que são atendidos por profissionais que usam as TIC).

3.3 - Material e métodos:

Tendo em conta o tema que nos propomos tratar e o objetivo principal de investigação, consideramos adequada após uma aprofundada revisão da literatura da especialidade a utilização de uma metodologia do tipo quantitativa, usando como método de recolha de dados um **questionário fechado** aos utentes e profissionais de saúde do ACES Baixo Mondego (que anexamos a este formulário), de forma a alcançarmos os objetivos deste estudo, referidos no ponto anterior.

No caso dos utentes, o questionário será aplicado pelo investigador principal após o atendimento dos mesmos pelos profissionais de saúde. **O investigador convidará os utentes à participação num espaço físico que não perturbe o normal funcionamento do Centro de Saúde (junto à porta de saída, por ex.).** O investigador fornecerá o questionário em suporte de papel e facultará caneta para o seu preenchimento. Os utentes serão convidados à participação no estudo após breve explicação do mesmo. A participação dos utentes é completamente livre e voluntária.

Tendo em conta a população de 407 890 utentes (portaria n.º 394-A/2012), considerando uma distribuição normal e para um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 10%, o tamanho recomendado para a **amostra é de 97 utentes** (questionários válidos). **Pretende-se assim, inquirir por questionário uma amostra de no mínimo 97 utentes do ACES Baixo Mondego obtidos de forma aleatória nos 15 Centros de Saúde do**

Baixo Mondego, permanecendo o **investigador 4h em cada Centro de Saúde** procurando que todos os Centros de Saúde estejam representados no estudo.

No caso dos profissionais, o questionário será apresentado, pelo investigador principal, ao responsável hierárquico de cada grupo profissional, de forma oportuna e sem interrupção da atividade normal. Após a apresentação solicita-se que o responsável hierárquico de cada grupo profissional faça chegar aos restantes profissionais de saúde o questionário para preenchimento voluntário e facultativo em 5 dias e no horário que for mais conveniente para cada profissional de saúde.

Tendo em conta a população de 1175 profissionais de saúde (portaria n.º 394-A/2012) e considerando uma distribuição normal, e para um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, o tamanho recomendado para a **amostra é de 290 profissionais de saúde** (questionários válidos). **Pretende-se assim inquirir por questionário uma amostra de no mínimo 290 profissionais de saúde do ACES Baixo Mondego obtida nos 15 Centros de Saúde do Baixo Mondego**, procurando-se que todos os Centros de Saúde estejam representados no estudo.

Em qualquer dos casos nunca haverá intromissão ou interrupção do normal funcionamento dos Centros de Saúde, nem qualquer custo, direto ou indireto, para os Centros de Saúde.

3.4 – Cronograma:

Data e início de recolha de dados

12 a 20 de dezembro 2013 (previsivelmente).

3.5 - Expectativa de resultados:

Procuramos perceber se as TIC utilizadas nos serviços de saúde, de uma forma geral, mas em particular no agrupamento de centros de saúde “Baixo Mondego”, cumprem os objetivos a que se propuseram, tais como armazenar, recuperar, processar e disseminar a informação, facilitar o atendimento dos utentes, facilitar a relação dos utentes com a sua unidade de saúde, auxiliar na tomada de decisões. É nossa expectativa que os resultados da investigação reflitam de forma insofismável a perceção que os profissionais de saúde e os utentes têm do uso das TIC na saúde.

3.6 - Local de realização.

Agrupamentos de Centros de Saúde Baixo Mondego.

3.7 - Concordância das instituições em que se realizará o trabalho.

Aguarda-se concordância do Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego (pedido realizado a 13 de maio de 2013, n.º de entrada nos serviços 4766).

3.8 - Consentimento das instituições dos autores do trabalho (anexar documento comprovativo).

Projeto inserido na dissertação de Mestrado em Administração Pública na Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, sob a orientação e concordância da Professora Doutora Sara Moreno Pires (anexa-se declaração de aceitação do tema pela docente e pelo conselho científico da Faculdade de Direito). Junta-se ainda, protocolo entre a Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra e a Administração Regional de Saúde do Centro, IP.

3.9 - Projeto de “Consentimento Informado” pela população/amostra estudada.

O Projeto inclui a identificação do investigador, do estudo, e do objetivo, salienta igualmente o carácter voluntário da participação e o total anonimato das respostas.

Atendendo ao cariz dos questionários (não aborda questões nem solicita dados pessoais ou de saúde, apenas questões genéricas sobre a perceção dos profissionais e utentes sobre o uso das TIC), é nosso entendimento que a assinatura por parte dos participantes declarando a sua participação voluntária pode levar a alguns participantes a questionar o anonimato das respostas. No entanto, enviamos o questionário com o “consentimento informado” e aguardamos a deliberação da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro, IP sobre a aplicação do mesmo.

3.10 - Pedido de autorização pela Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Não aplicável.

3.11 - Estimativa de custos e fontes de financiamento:

300 € (papel, impressão, deslocações). Custo suportados inteiramente pelo autor principal.

3.12 - Estimativa de inconvenientes e de seguro.

Não aplicável.

3.13 – Trabalho já submetido a outra Comissão de Ética. Se sim anexar o respetivo parecer.

Não.

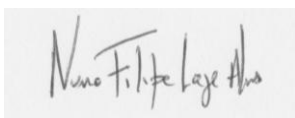
4 - Termo de Responsabilidade:

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação e que protesto juntar relatório final a esta Comissão de Ética, nomeadamente e efeitos adversos graves que ocorram no decurso da investigação.

Data:

24 de novembro de 2013

O investigador responsável:



Nuno Filipe Lage Alves

Check list:

- 1 – Preenchimento de todos os campos
- 2 – Anexar CV (s)
- 3 – Anexar comprovativos ponto 3.7
- 4 - Anexar comprovativos ponto 3.8
- 5 – Anexar documento ponto 3.9
- 6 – Anexar documento 3.10
- 7 – Anexar documento 3.12
- 8 – Anexar termo de responsabilidade.