

FACULDADE DE ECONOMIA

UNIVERSIDADE DE COIMBRA



Mecanismos de Auscultação
dos utentes em Agrupamentos de Centros de Saúde:
o caso de Lisboa e Vale do Tejo

LILIANA COUTINHO VITORINO

Professor Orientador: Doutora Patrícia Moura e Sá

Professor Co-Orientador: Doutora Carlota Quintal

Dissertação

Mestrado em Estratégia Empresarial

Coimbra

Julho 2010

“This is what I want and need!”

Anónimo

Se puderes olhar, vê; se puderes ver, repara!

José Saramago

Agradecimentos

Alcançada esta etapa da minha vida académica, quero manifestar o meu profundo agradecimento à Professora Patrícia Moura e Sá, minha orientadora, e à Professora Carlota Quintal, minha co-orientadora, por todas as palavras, pela paciência, disponibilidade, partilha de saber e sugestões dadas no prosseguimento do meu trabalho.

Agradeço também a todos os Agrupamentos de Centros de Saúde, pela participação neste estudo. Um especial obrigado à Mestre Gabriela Machado, pela disponibilidade de contactos que me proporcionou.

À Biblioteca José Saramago, pela ajuda traduzida na aquisição de artigos científicos.

Aos meus colegas de mestrado Catarina, Olga, Pedro, Maria e Damião, por todo o carinho, força e companheirismo com que me brindaram nesta caminhada.

Aos meus colegas da ESTG-IPLeiria, Jacinta Moreira, Ricardo Vardasca, Filomena Carvalho, Vasco Jorge e Eva Guilherme, pela troca de ideias, sugestões e motivação.

Aos meus pais, por sempre acreditarem em mim e pela compreensão pela minha ausência. Sem o vosso apoio, seria impossível ultrapassar todos os obstáculos encontrados pelo caminho!

Ao Leocádio... obrigado por estares sempre pertinho de mim, por conseguires fazer-me sorrir em momentos de desânimo e por me acompanhares nos momentos de entusiasmo.

Aos meus alunos, pelos sorrisos com que me recebem nos dias de menos motivação.

A todos, um sincero obrigado!

Resumo: A qualidade é um aspecto essencial em qualquer sector de serviços, principalmente na saúde, de que depende o bem-estar da comunidade. Os utentes têm um papel importante na qualidade dos serviços de saúde, devendo exercer a sua “voz” através de diversos mecanismos de participação, fornecendo o *feedback* necessário à melhoria da qualidade organizacional. Existem vários mecanismos estruturados e não estruturados para obter a “voz” do utente. No entanto, dois entraves dificultam o uso deste *feedback*: primeiro, existem várias barreiras que levam os utentes a não participar; segundo, várias são as organizações que não divulgam os dados recolhidos.

Neste estudo, pretendemos conhecer em que termos os novos Agrupamentos de Centros de Saúde procuram obter *feedback* dos seus utentes, quais as principais barreiras à participação dos utentes e quais os principais entraves à não divulgação dos dados colhidos.

Foi aplicado um questionário estruturado aos Gabinetes do Cidadão ou Responsáveis Executivos dos vinte e dois Agrupamentos de Centros de Saúde que constituem a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Mais de metade dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) responderam ao questionário (n=12). Todos os ACES utilizam o mecanismo Tratamento de Reclamações e a esmagadora maioria utiliza a Caixa de Sugestões. Cerca de um terço dos ACES utiliza ainda os Inquéritos de Satisfação e os Comentários Informais. Relativamente às barreiras que levam os utentes a não participar, metade dos ACES considera que o baixo nível de escolaridade, a idade avançada de muitos utentes e o esforço exigido para reclamar são motivos importantes. No que diz respeito aos entraves para não se divulgar o *feedback* dos utentes nas organizações de saúde, os mais referidos dizem respeito à falta de tempo e de interesse.

Concluindo, todos os ACES que participaram no estudo utilizam mecanismos impostos por lei, mas apenas cerca de um terço recorre a outros mecanismos para obter a participação dos seus utentes no sentido de melhorar a qualidade. Este comportamento pode estar relacionado com o facto de os ACES estarem ainda numa fase inicial da sua configuração e a mudança de paradigma estar ainda a ser apreendida pelos recursos humanos. Outra explicação pode prender-se com o facto de o *exit* nos cuidados de saúde primários não ter ainda grande expressão.

Palavras-Chave: Qualidade do Serviço, “Voz” do Utente, Participação do Paciente, Mecanismos de Participação, Agrupamentos de Centros de Saúde

Abstract: Quality is an essential aspect in every service sector, particularly in health care, which is crucial to the well being of the community. Users have an important role in promoting health care services quality, transmitting their own “voice” through several participation mechanisms, providing the necessary feedback, useful for the improvement of organizational quality. There are several mechanisms structured and not structured to capture the voice of the user. Meanwhile, two major impediments difficult the use of this feedback: first, there are several barriers that lead users not to participate; second, several organizations do not reveal the data collected.

In this study, the main objective is to evaluate the mechanisms that the new *Agrupamentos de Centros de Saúde* (ACES) put in place to obtain the feedback of their users, identifying the main barriers to users’ participation and the main impediments to not disseminate the results within the organization,.

A questionnaire was administered to all ACES that form the Regional Health Administration of Lisbon and Tagus Valley.

More than half of ACES surveyed answered the questionnaire (n=12). All respondents use the mechanism Complaints Handling and the vast majority use Suggestion Boxes. A few ACES also use Satisfaction Surveys and Informal Comments.

Regarding the barriers to participation, half of the ACES consider the low levels of school achievement and seniority of many users, as well as the effort required to complain the main motives that discourage participation. Concerning impediments for not revealing the feedback of the users in health care organizations, about a third of the ACES consider that this is due to lack of time and interest.

In conclusion, all of the ACES that participated in this study use the mechanisms imposed by law but only a minority have implemented other participation mechanisms to obtain their users’ views. This behaviour can be related to the fact that the ACES are still in a initial stage of their configuration and the change of the paradigm is yet to be learnt by human resources. Another explanation may be the fact that ‘exit’ in primary healthcare is still very limited.

Keywords: Service Quality, “Voice” of customer, Patient Participation, Participation Mechanisms, Health Centre Grouping

Índice Geral

AGRADECIMENTOS	III
RESUMO	IV
ABSTRACT	V
ÍNDICE GERAL	VI
ÍNDICE DE FIGURAS	VIII
ÍNDICE DE TABELAS	VIII
LISTA DE SIGLAS	IX
CAPÍTULO 1	
INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 2	
ABORDAGEM TEÓRICA	13
2 - QUALIDADE	13
2.1 – Acepções de Qualidade.....	13
2.2 – Características dos Serviços.....	15
2.3 – Medir a Qualidade em Serviços.....	19
2.4. – Qualidade nos Serviços de Saúde.....	26
2.5. – A “voz” do paciente.....	29
2.6. – Níveis e formas de participação.....	33
2.7. - Mecanismos de participação/auscultação.....	38
CAPÍTULO 3	
OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL	42
3.1 – Breve Contextualização Histórica.....	42
3.2. – Os Agrupamentos de Centros de Saúde.....	46
3.3 – Mecanismos de Participação dos Utentes.....	48
3.4. – Iniciativas e Programas de Qualidade mais relevantes.....	50

CAPÍTULO 4

ABORDAGEM METODOLÓGICA	53
4.1. – Objectivos e âmbito de estudo.....	53
4.2. – Instrumento de Recolha dos Dados	59
4.3. – Análise dos Dados	61

CAPÍTULO 5

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	62
5.1. – Caracterização dos ACES participantes	62
5.2. – Mecanismos de auscultação utilizados e sua importância	63
5.3. Barreiras à Participação dos Utentes	67
5.4. – Contexto das Reformas.....	68
5.5. – Notas Finais e Implicações do Estudo	69

CAPÍTULO 6

CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E INVESTIGAÇÃO FUTURA	73
BIBLIOGRAFIA.....	76
ANEXOS	82

Índice de Figuras

FIGURA 1 – MODELO DO PROCESSO DE SERVIÇO	17
FIGURA 2 – PERCEÇÃO DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS	21
FIGURA 3– MODELO DOS DESVIOS (GAPS).....	22
FIGURA 4 – DUAS DIMENSÕES DA QUALIDADE EM SERVIÇOS (POR GRÖNROOS)	24
FIGURA 5 – PROCESSO DE TRANSIÇÃO E MUDANÇA ORGANIZACIONAL NOS CENTROS DE SAÚDE.....	45
FIGURA 6– ESTRUTURA ORGÂNICA ACES.....	47
FIGURA 7- ARS LISBOA E VALE TEJO E SUA ZONA DE ACES.....	54

Índice de Tabelas

TABELA 1 - DEFINIÇÕES DE QUALIDADE PELOS PRINCIPAIS AUTORES DE GESTÃO DA QUALIDADE	13
TABELA 2 - AS DIFERENTES FACES DA QUALIDADE SEGUNDO GARVIN	14
TABELA 3 - DIMENSÕES DA QUALIDADE POR PARASURAMAN <i>ET AL.</i>	20
TABELA 4 - OS PAPÉIS DOS PACIENTES SEGUNDO DONABEDIAN	29
TABELA 5 - <i>CONTINUUM</i> DE PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE	34
TABELA 6 - “VOZES” QUE UM PRESTADOR PODE ENVOLVER	35
TABELA 7 - VANTAGENS E DESVANTAGENS DOS MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO	39
TABELA 8 - CRITÉRIOS OBRIGATÓRIOS DOS EIXO “VOZ” DO PROCESSO E EIXO “VOZ” DO CLIENTE	52
TABELA 9 - N.º UTENTES POR ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE	53
TABELA 10 - CARACTERÍSTICAS DOS AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE	55
TABELA 11 - CARACTERIZAÇÃO DOS ACES EM ESTUDO	62
TABELA 12 - N.º ACES POR MECANISMO DE AUSCULTAÇÃO	63
TABELA 13 - IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO	63
TABELA 14 - N.º RESPOSTA DOS ACES PERANTE UMA ESCALA DE UTILIDADE PARA OS DIFERENTES MECANISMOS	64
TABELA 15 - N.º DE RESPOSTA POR BARREIRA À PARTICIPAÇÃO DO UTENTE	67
TABELA 16 - N.º DE RESPOSTA POR BARREIRA ORGANIZACIONAL	68
TABELA 17 - QUADRO SÍNTESE DAS VANTAGENS E DESVANTAGENS DA NOVA RECONFIGURAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE	69

Lista de Siglas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

AQR – Atendimento Qualidade Reconhecida

ARS – Administração Regional de Saúde

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

MCSP – Missão Cuidados Saúde Primários

MONIQUOR – Monitorização da Qualidade Organizacional

P4P – *Pay for Performance* (Pagamento por Desempenho)

SAP – Serviço de Atendimento Permanente

SERVQUAL – *Service Quality* (Qualidade do Serviço)

SIADAP – Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

Capítulo 1. Introdução

Ao pensar no sector dos serviços, verificamos que eles apresentam características particulares quando comparados com um produto físico e tangível (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2004): os serviços são intangíveis, são consumidos e produzidos simultaneamente e pressupõem uma relação directa entre o cliente¹ e o pessoal de contacto. A qualidade dos serviços é, por isso, heterogénea. Cada cliente é diferente, pelo que o serviço é menos homogéneo que o produto.

Os serviços de saúde diferem dos restantes, não só pela sua complexidade e ambiguidade, mas também pela carga humana que os caracteriza. Acresce que, ao contrário da maior parte dos serviços em que um erro passa apenas pelo descontentamento percebido, um erro num serviço de saúde pode causar danos físicos e morais.

O facto de os serviços apresentarem estas importantes características e o mundo da saúde ser algo de tão essencial, complexo e minucioso, justifica a relevância do presente estudo.

A qualidade percebida é hoje um requisito essencial para organizações bem sucedidas. Quando as expectativas são excedidas, o serviço é percebido como de qualidade excepcional.

Segundo Gröonos (2007), a qualidade percebida apresenta duas dimensões: a qualidade técnica e a qualidade funcional. Enquanto a primeira se refere ao domínio técnico dos cuidados de saúde, a qualidade funcional reflecte o domínio interpessoal. Se o Director de um Centro de Saúde tiver em conta o descontentamento de um utente transmitido de um modo informal, através de um contacto frente a frente, e se servir dos melhores meios para uma boa comunicação, a maioria dos conflitos será resolvida evitando a reclamação formal (Hespanhol, 2003).

A filosofia da Gestão pela Qualidade Total defende, num dos seus pilares, o enfoque no cliente. Vários são os autores que alegam que saber ouvir a “voz” do cliente permite à organização aprender, obter vantagem competitiva e melhorar a sua *performance* no

¹No nosso trabalho, vamos usar indiferenciadamente os termos cliente, consumidor, paciente e utente.

mercado (Uzzy, 2003, Scott, 2001). A participação do cliente é, portanto, um factor importante que influencia a qualidade do serviço e que não deve ser ignorada (Wang *et al.* 2007, Marino 2003).

A partir dos anos 90 do século passado, os cuidados de saúde têm vindo a modificar-se. Temos assistido a alterações, quer a nível estrutural, quer na sua relação com a sociedade. Até aí, eram os médicos que mantinham o controlo e eram os únicos a avaliar a qualidade daquilo que faziam (Ferreira, 1999).

O sector da saúde, mais do que nunca, começa a tornar-se uma indústria competitiva em que o paciente pode, com alguma frequência, optar entre potenciais prestadores. A função da gestão tem agora um papel essencial. É importante criar valor com significado para o paciente.

Os utentes de hoje criam expectativas em relação aos serviços de saúde como criam em relação aos outros serviços (Ramsaram-Fowdar, 2005). Torna-se imperativo conseguir captar a sua opinião, para conseguir ir ao encontro das suas expectativas e melhorar as várias actividades organizacionais (Tasa, 1996). Desencadear mecanismos para obter o *feedback* dos pacientes deve ser um dos deveres básicos dos cuidados de saúde (Avis, 1997).

A satisfação do paciente e a qualidade do serviço devem ser uma chave estratégica e um elemento crucial para o sucesso e a rentabilidade das organizações de saúde (Ramsaram-Fowdar, 2005).

O Plano Nacional de Saúde 2004-10, tendo em conta essa importância, defende a criação de um eixo estratégico centrado no cidadão. Nele é sugerido que se multipliquem os mecanismos de participação nas organizações de saúde.

Os Centros de Saúde sofreram um processo de reestruturação no passado ano de 2009, no qual um dos pilares-chave passou pelo aumento da participação da comunidade. O Dec.-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, impulsiona a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde em que se configuram serviços de saúde públicos com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais. Em cada centro de saúde elemento de um ACES funciona pelo menos uma Unidade de Saúde Familiar ou uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e uma Unidade de Cuidados

Continuados; tem somente uma Unidade de Saúde Pública e uma Unidade de Recursos Assistenciais (Dec.-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro).

O presente estudo tem como objectivo analisar em que termos os novos Agrupamentos de Centros de Saúde procuram obter *feedback* dos seus utentes para a melhoria da sua qualidade organizacional. Propomo-nos, conseqüentemente, fazer uma caracterização de alguns Agrupamentos de Centros de Saúde e apurar a utilização de mecanismos de participação dos utentes na vida dos Agrupamentos.

Para atingir as metas a que nos propusemos, elaborámos um questionário estruturado dirigido aos Directores Executivos ou Responsáveis do Gabinete do Cidadão dos ACES da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, correspondendo a um total de vinte e dois Agrupamentos de Centros de Saúde. Obtivemos resposta de doze ACES, que representam 1 990 100 utentes.

O nosso estudo está dividido em seis capítulos. Após esta introdução, no segundo capítulo faz-se uma abordagem teórica à temática em estudo, apresentando-se os principais conceitos e mecanismos de auscultação dos clientes. O capítulo três é dedicado à caracterização dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.

Seguidamente (capítulo IV), descreve-se a metodologia usada na realização do trabalho empírico. O quinto capítulo é dedicado à apresentação dos principais resultados e à discussão dos mesmos. Finalmente, no último capítulo, apontamos as nossas principais conclusões, as limitações do estudo e hipóteses de investigações futuras.

Capítulo 2. Abordagem Teórica

2 - Qualidade

2.1 – Acepções de Qualidade

A procura da qualidade tem estado sempre presente na sociedade humana e tem acompanhado as diversas civilizações.

São vários os “gurus” que ao longo do século passado contribuíram para o desenvolvimento, controlo e avaliação da qualidade. Foram criadas técnicas, normas e modelos para guiarem a implementação da qualidade em organizações de diferentes sectores e ramos de actividade. A Saúde não fica, pois, fora desta tendência.

Definir qualidade não é tarefa fácil e existem de facto inúmeras sugestões na literatura. As definições habituais de qualidade enfatizam uma das três perspectivas de desenvolvimento do produto ou serviço: Processo, Resultados e Consequências (António e Teixeira, 2007).

A Tabela 1 lista algumas das definições mais usuais e reconhecidas.

Tabela 1 - Definições de qualidade pelos principais autores de gestão da qualidade

Autor	Perspectiva	Definição da Qualidade
Taguchi	Consequências	A perda que um produto causa à sociedade depois de ser expedido e não as perdas causadas por funções intrínsecas.
Juran	Consequências	Adaptação ao uso
Crosby	Resultados	Conformidade com os requisitos; zero defeitos.
Ishikawa	Resultados	Ausência de variação nas características da qualidade
Deming	Processo	O processo que conduz a resultados através de produtos/ serviços que possam ser vendidos a consumidores que ficarão satisfeitos.

Autor	Perspectiva	Definição da Qualidade
Shigeo Shingo	Processo	Processo de monitorização contínua e instrumentação de <i>feedback</i> potencial

Fonte: António e Teixeira (2007)

Garvin (1987) apresenta um contributo diferente para a definição de qualidade. Com base na sua análise, descreve diferentes dimensões da qualidade (veja-se a Tabela 2). O seu trabalho permite que gestores, trabalhadores e clientes pensem e discutam questões da qualidade de uma forma mais precisa (Gomes, 2004):

Tabela 2 - As diferentes faces da Qualidade segundo Garvin

<i>Performance</i>	Medida de desempenho do produto a nível de principais funções.
Funcionalidade do Produto	Conjunto de funções secundárias que complementam a oferta do produto.
Fiabilidade	Probabilidade de o produto deixar de funcionar de forma adequada num determinado período de tempo.
Conformidade	Medida de nível de adequação do produto às suas especificações.
Durabilidade	Medida do tempo de vida do produto em termos técnicos.
Serviço	Inclui rapidez, cortesia, competência e facilidade em reparar.
Aparência	Estética e apelo sensorial do produto.
Imagem	Percepção subjectiva de qualidade associada à marca do produto.

Fonte: Adaptado de Garvin (1987)

A partir da década de 50, com o aumento da preocupação com a qualidade, surge uma nova filosofia de gestão baseada em métodos e técnicas adequados a uma nova realidade: a Gestão pela Qualidade Total.

Nesta nova abordagem, o cliente assume o lugar no centro das preocupações da organização (Sá, 1998).

2.2 – Características dos Serviços

Um serviço é uma experiência percebível e intangível prestada a um cliente em que ele próprio é co-produtor (James Fitzsimmons, citado por Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2004).

Os serviços possuem características que os diferenciam dos bens físicos. Em Kotler (1993), são apresentadas as quatro principais características inerentes aos serviços:

- Intangibilidade – não podem ser vistos, tocados, provados antes de serem comprados;
- Inseparabilidade – os serviços são produzidos e consumidos em simultâneo. O cliente participa no processo de produção e é ele quem inicia o processo. Isto significa que a relação entre empresa e cliente é muito mais intensa quando comparada com empresas de bens físicos. Esta relação afecta o processo final.
- Variabilidade – os serviços variam consoante “quem”, “quando” e “onde” são prestados;
- Percibilidade – os serviços não podem ser armazenados para vendas posteriores. A entrega é imediata e o sistema de produção é sempre accionado pelo cliente.

Tais características tornam difícil à empresa identificar o pacote de serviços prestados ao cliente. O pacote de serviços é definido como “*um conjunto de mercadorias e serviços que são fornecidos num contexto de serviço*”. Fitzsimmons & Fitzsimmons (2004) definem um pacote de serviços apresentado com as seguintes características:

- Instalações de apoio: representam os recursos físicos que devem estar disponíveis antes de se oferecer um serviço, como, por exemplo, a sala de espera numa Unidade de Saúde Familiar. As instalações de apoio podem assumir um papel importante na avaliação do serviço por parte do cliente;

- Bens facilitadores: são os bens consumidos ou utilizados pelo cliente durante a prestação do serviço. Exemplo: vacinas numa Unidade de Saúde Familiar. Tal como as instalações de apoio, os bens facilitadores são evidências físicas na tentativa de tornar o serviço tangível;
- Informações: são os dados ou informações que são fornecidos pelo cliente para criar condições para a prestação de um serviço eficiente. Exemplo: registos do médico sobre o paciente;
- Serviços explícitos: são os benefícios claramente percebidos pelo cliente como resultado da prestação do serviço. Exemplo: ausência de dor após uma consulta de urgência;
- Serviços implícitos: são os benefícios psicológicos que o cliente pode obter com a prestação do serviço. Exemplo: a segurança em saber que está a ser atendido por um profissional de saúde licenciado numa Faculdade de Medicina.

Todas estas características são percebidas pelo cliente e formam a base para a percepção do serviço (que analisaremos mais à frente).

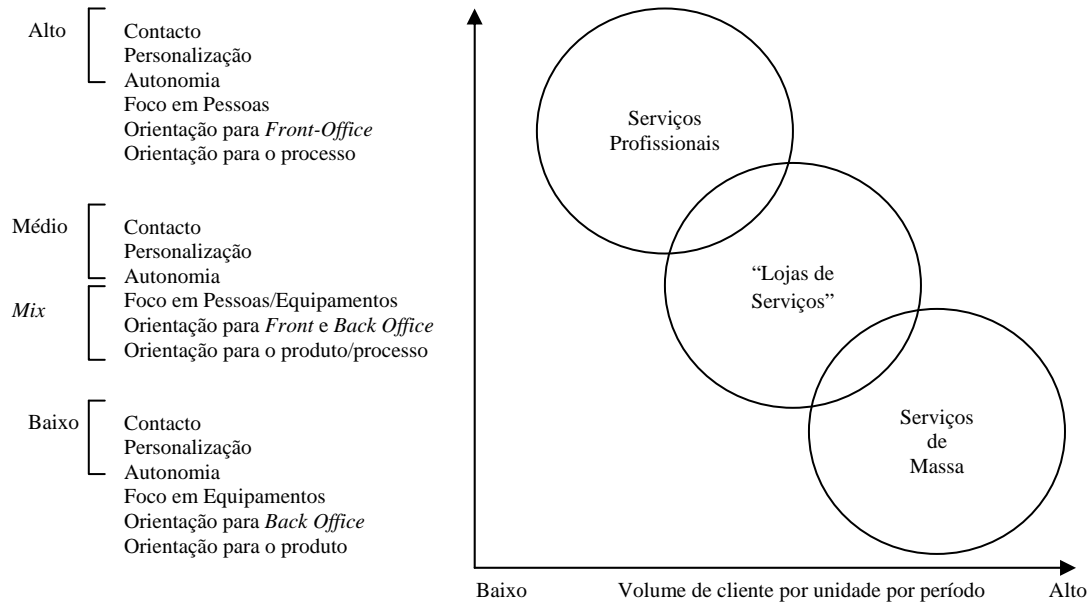
Nos serviços, os clientes estão envolvidos na produção; logo, torna-se necessário entender a natureza, a intensidade e a extensão do contacto do cliente com a entidade prestadora do serviço. Para Lovelock (2008), os serviços podem ser classificados em serviços de baixo, médio e alto contacto. Sobre este assunto, Silvestro (1999) utiliza as dimensões de variedade e volume para os classificar.

A dimensão da variedade pode ser subdivida em seis dimensões:

- Tempo de contacto com o cliente;
- Grau de customização/individualização;
- Autonomia dos funcionários;
- Foco em pessoas / equipamentos;
- Valor acrescentado do *Front-office* e *Back-office*;
- Orientação no produto/ processo.

As seis variáveis estão representadas no eixo vertical da Figura 1. Estas dimensões foram confrontadas com a dimensão volume, expressa em número de clientes por unidade por período, representada no eixo horizontal. Como resultado, o modelo classifica os processos de serviços em três tipos: serviços profissionais, loja de serviços e serviços de massa.

Figura 1 – Modelo do Processo de Serviço



Fonte: Silvestro (1999)

Os serviços profissionais têm alto grau de contacto com o cliente, o que resulta numa maior orientação para o *front-office*. O foco em pessoas e a autonomia dos funcionários permitem uma maior flexibilidade na prestação do serviço, garantindo também uma maior personalização. O alto grau de personalização permite que seja oferecido um pacote de serviços específico para cada cliente, consoante as suas necessidades. Normalmente um serviço profissional está ligado a habilidades e aptidões que os clientes não possuem ou que não se dispõem para realizar. A qualificação e experiência dos recursos humanos são factores essenciais. Exemplos deste tipo de serviços são os consultórios médicos e escritórios de contabilidade.

Geralmente, os clientes dos serviços profissionais despendem bastante tempo no processo do serviço, sendo estas consideradas relações de longo prazo.

Os serviços de massas têm um maior volume de clientes e são serviços de baixo contacto com estes. É dada maior ênfase a equipamentos e existe maior orientação para o pessoal do *back-office*, não precisando o pessoal de *front-office* de tanta autonomia e qualificação. Os transportes urbanos e supermercados são dois exemplos destes serviços.

As “lojas de serviços” ocupam uma posição intermédia ente volume e variedade.

No nosso estudo, os Agrupamentos de Centros de Saúde inserem-se nos serviços profissionais, tendo em conta a caracterização feita. As relações entre pacientes e centros de saúde/Unidades de Saúde Familiares são relações de longo prazo; se não mudarmos de área de residência, à partida teremos sempre o mesmo centro de saúde.

Na área da saúde há um grande enfoque nas pessoas, sendo os profissionais de saúde autónomos e capazes de exercer a sua profissão. Existe uma grande personalização do serviço, pois cada utente é um caso, necessitando de cuidados de saúde específicos consoante a situação que o levou a requerer o serviço.

2.3 – Medir a Qualidade em Serviços

Nos serviços, a avaliação da qualidade é feita ao longo da prestação do serviço. Cada contacto com o cliente é considerado um momento de verdade, uma oportunidade de o satisfazer ou não.

Medir a qualidade em serviços não é tarefa fácil, pois a satisfação dos clientes é determinada por muitos factores intangíveis e difíceis de mensurar, como referimos anteriormente (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2004). Os serviços são, por isso, heterogéneos.

Berry, Zeithaml & Parasuraman (1985) foram pioneiros a defender a importância da qualidade nos serviços e identificaram nos seus estudos as determinantes da qualidade em serviços, com base nas quais os consumidores avaliam a qualidade dos serviços prestados.

Inicialmente, os autores concluíram que existiam dez dimensões determinantes da qualidade percebida do serviço. Posteriormente, em 1988, como resultado de um processo de refinamento progressivo das escalas em função de resultados empíricos, as dez dimensões foram reduzidas a cinco, como é mostrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Dimensões da Qualidade por Parasuraman *et al.*

1985	1988
<ul style="list-style-type: none"> • Elementos Tangíveis; 	<ul style="list-style-type: none"> • Elementos Tangíveis.
<ul style="list-style-type: none"> • Fiabilidade; 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiabilidade;
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de Resposta; 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de Resposta;
<ul style="list-style-type: none"> • Competência; 	<ul style="list-style-type: none"> • Segurança
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Credibilidade; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Segurança; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Cortesia; 	
<ul style="list-style-type: none"> • Compreensão/Conhecimento do cliente; 	<ul style="list-style-type: none"> • Empatia
<ul style="list-style-type: none"> • Acessibilidade; 	

Fonte: Adaptado de Rodrigues&Dávila (2009)

Os elementos tangíveis estão relacionados com a atractividade das instalações, equipamento e material usados, bem como com a aparência dos funcionários de contacto da entidade prestadora de serviços.

A fiabilidade (confiança) do serviço significa que a instituição se compromete a prestar um serviço impecável, sem erros e dentro do prazo acordado.

A capacidade de resposta refere-se à disposição dos colaboradores em ajudar os seus clientes e a responder às suas solicitações.

A segurança diz respeito à confiança transmitida pelos colaboradores aos seus clientes, tornando-os seguros sobre a prestação do serviço.

A empatia está relacionada com o dever dos colaboradores em entender os problemas dos seus clientes e solucioná-los no melhor interesse daqueles. Cada cliente é um cliente e deve ser dada sempre especial atenção a cada um.

Ao pensar nos Agrupamentos de Centros de Saúde e relacionando-os com as dimensões defendidas por Parasuraman *et al.*, facilmente as enquadrámos no contexto. Um centro

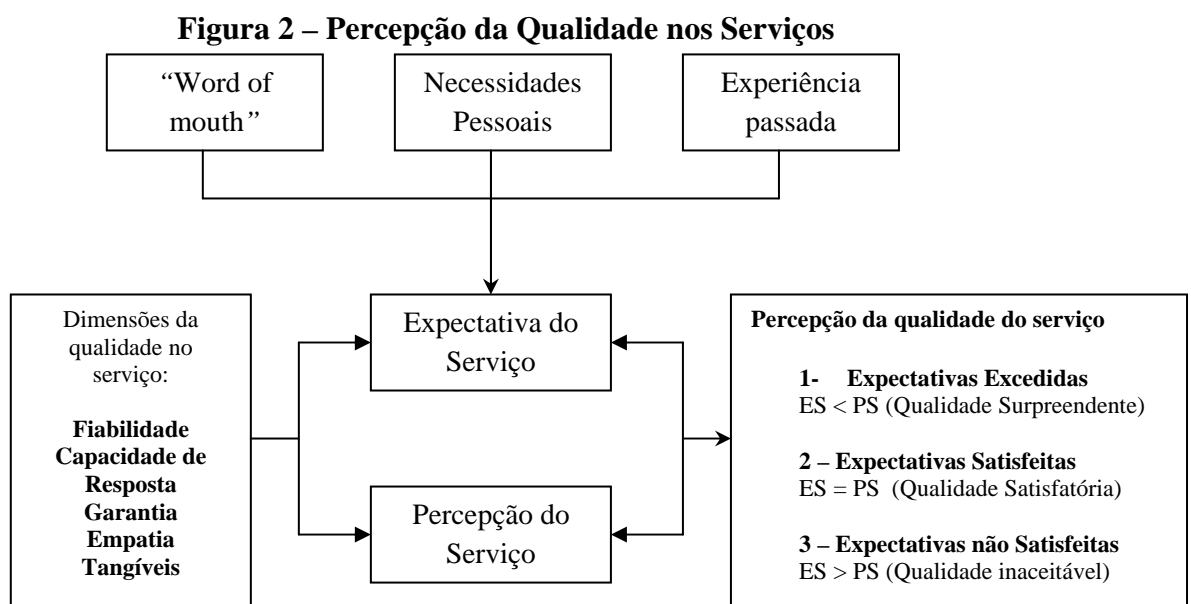
de saúde apela a elementos tangíveis como as instalações, os equipamentos, a sua aparência e o material usado. O paciente que recorre ao serviço de saúde espera também capacidade de resposta, bem como segurança por parte dos profissionais de saúde e fiabilidade do serviço. Espera que os profissionais de saúde entendam os seus problemas, daí que a empatia também esteja presente quando pensamos em serviços de saúde em ACES.

A fiabilidade pode ser o factor mais importante num serviço, de forma que esta pode ser entendida como a própria essência da qualidade do serviço (Parasuraman, citado por Mrtvi (2003)).

Berry, Zeithaml & Parasuraman (1985) defendem que a qualidade pode ser definida como a comparação entre a expectativa do consumidor e a percepção do serviço recebido.

As expectativas formuladas pelos consumidores derivam de várias fontes, como ilustra a Figura 2: o “passa palavra” (“word of mouth”), necessidades pessoais e experiências anteriores.

Quando se excedem as expectativas, o serviço é percebido como de qualidade excepcional. Quando não se satisfazem as expectativas desejadas, a qualidade do serviço é entendida como inaceitável. Quando expectativas e percepção do serviço se equiparam, a qualidade é satisfatória.

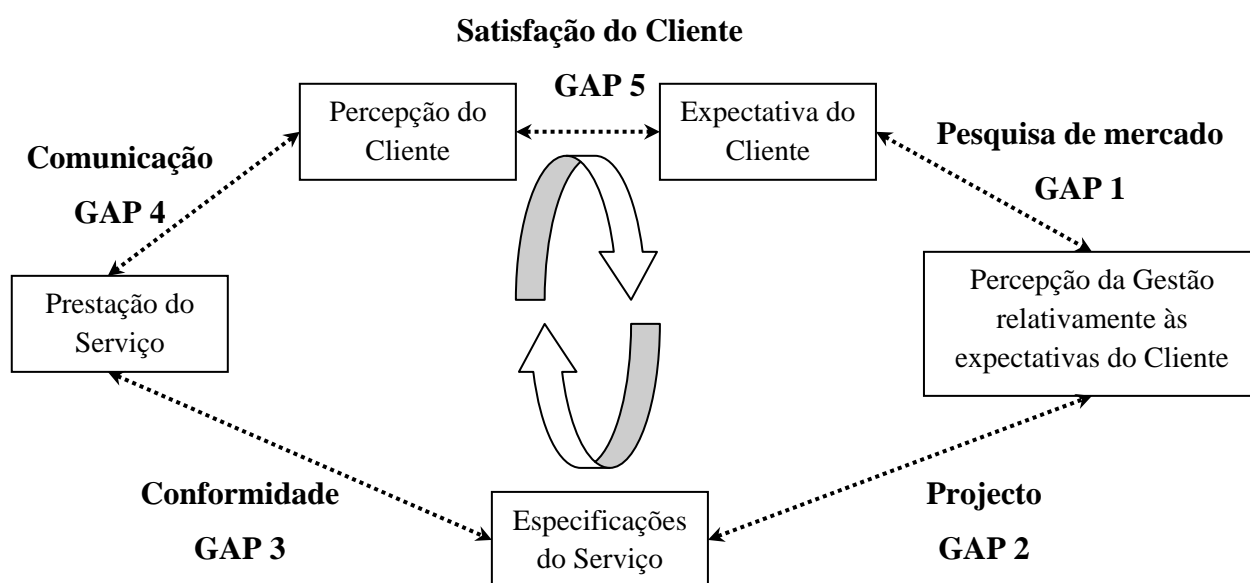


Fonte: Fitzsimmons & Fitzsimmons (2004)

A avaliação do diferencial entre o serviço esperado e o percebido deve ser um processo sistemático para que a organização melhore, tendo por base o *feedback* dos seus clientes (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2004).

Berry, Zeithaml & Parasuraman (1985) desenvolveram também o Modelo GAP da Qualidade dos Serviços, em que a satisfação do cliente depende da minimização dos quatro *gaps* associados à prestação do serviço.

Figura 3 – Modelo dos Desvios (GAPS)



Fonte: Fitzsimmons & Fitzsimmons (2004)

O *gap 1* diz respeito à discrepância entre a expectativa do cliente e a percepção da gestão da empresa sobre esta. Torna-se então necessário captar a “voz” do cliente e praticar uma comunicação organizacional vertical ascendente.

O *gap 2* consiste na falha entre a percepção da gestão sobre as expectativas dos clientes e as especificações da qualidade dos serviços. Para superar este desvio, é imperativo estabelecer objectivos, avaliar a sua possibilidade de concretização, especificar tarefas; o empenho da gestão é fundamental na qualidade do serviço.

O *gap 3* exprime a diferença entre os padrões e especificações da empresa e o que realmente é fornecido ao cliente. O trabalho em equipa, a adequação do funcionário às tarefas, os mecanismos de supervisão podem ser soluções para minimizar este *gap*.

O *gap* 4 reflecte o desvio entre o serviço prestado e a comunicação externa do serviço. A comunicação e o *feedback* são essenciais na dissipação deste *gap*; não deve ser prometido o que não se vai cumprir.

O *gap* 5 surge da diferença entre as expectativas do cliente sobre a qualidade do serviço e a percepção que teve do serviço, sendo este *gap* função das outras quatro deficiências. Neste *gap*, são avaliadas por parte do cliente as cinco dimensões da qualidade apresentadas anteriormente.

A partir do modelo dos desvios, os mesmos autores desenvolveram o instrumento *Service Quality* (SERVQUAL), cujo objectivo é o de medir as cinco dimensões da qualidade percebidas pelos clientes. A ferramenta SERVQUAL está dividida em duas partes. A primeira parte prende-se com a análise das expectativas do cliente sobre um serviço e a segunda regista as percepções do cliente sobre a empresa/serviço em particular. Em cada uma das partes estão apresentados vinte e dois atributos, que descrevem as cinco dimensões da qualidade. Cada um dos atributos é avaliado numa escala de sete pontos em que 1 significa “Discordo totalmente” e 7 “Concordo totalmente”.

Obtém-se uma pontuação para a qualidade do serviço calculando as diferenças entre as classificações atribuídas em cada uma das partes do questionário. Esta pontuação é o *Gap* 5 no modelo dos Desvios.

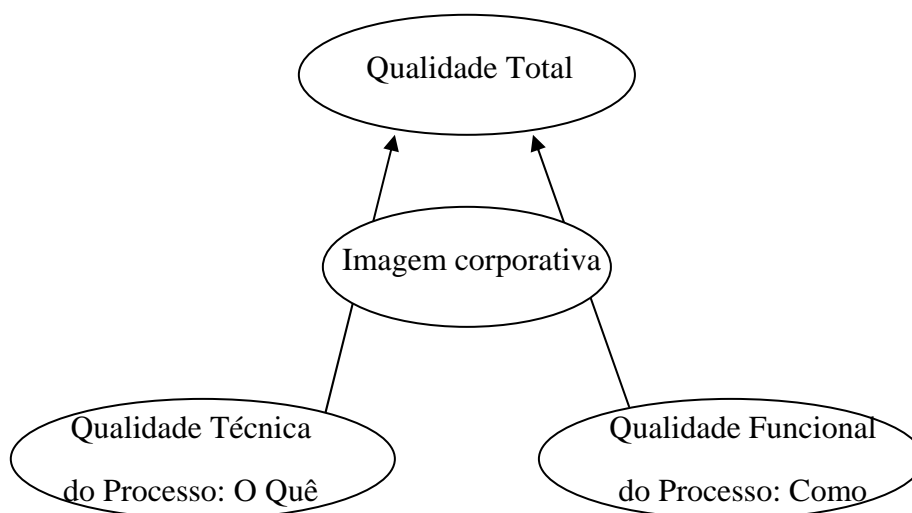
A par da percepção da qualidade, Grönroos (2007) defende que a qualidade de um serviço, conforme percebida pelos clientes, tem duas dimensões: a qualidade técnica (o que o cliente recebe durante a prestação do serviço) e a qualidade funcional (relativa ao desempenho observado de forma subjectiva, sendo esta dimensão fortemente dependente da relação, durante a prestação do serviço, entre cliente e pessoal de contacto).

É neste sentido que surge o conceito de “momento da verdade”. Estes momentos simbolizam “o contacto entre o prestador e o cliente, sendo a percepção da qualidade formada em cada um destes momentos” (Albrecht, 1998).

Grönroos (2007) argumenta que a percepção da boa qualidade é obtida quando a qualidade experimentada atende às expectativas do cliente (ou seja, tem a qualidade esperada).

Este autor considera ainda a variável imagem da empresa capaz de afectar a percepção do cliente. Se na mente do cliente existe uma imagem favorável da empresa, erros menores têm mais probabilidade de serem perdoados. As dimensões da qualidade defendidas por Grönroos estão representadas na Figura 4.

Figura 4 – Duas Dimensões da Qualidade em Serviços (por Grönroos)



Fonte: Grönroos (2007)

Salomi (2004) considera que quando existe uma boa percepção da parte mais funcional da qualidade, é mais fácil um cliente “perdoar” uma falha mais técnica, caso exista.

Lehtinen and Lehtinen, citados por Berry, Zeithaml & Parasuraman (1985), acrescentam outras três dimensões da qualidade: qualidade física (que está relacionada com os aspectos físicos onde o serviço é prestado ex: instalações, equipamentos...), qualidade corporativa (que engloba a imagem da empresa) e qualidade interactiva, que deriva da interacção entre o pessoal de contacto e os clientes, bem como a relação entre os clientes. Os autores diferenciam a qualidade em termos de “processo de qualidade” (julgamento feito pelo consumidor durante o serviço) e “qualidade outcome” (associada ao julgamento feito pelo consumidor depois da prestação de serviço).

Aplicando ao nosso estudo as perspectivas apresentadas, concluímos que em ambiente de Agrupamentos de Centros de Saúde o elemento pessoas é fundamental (como já tínhamos referido na secção anterior), privilegiando-se o bom relacionamento e

atendimento por parte dos recursos humanos dos centros saúde aos seus utentes. O que dizem ao cliente e como o dizem, são momentos de verdade que influenciam a percepção que o utente terá do serviço. Estamos aqui a referir-nos, segundo a análise de Grönroos, à qualidade funcional. Os estudos realizados por Ramsaram-Fowdar (2005) concluem que o consultório médico, o tempo de espera da consulta, a cortesia do *staff*, a atenção por parte dos médicos ao ouvir os problemas do paciente, também influenciam a percepção dos utentes em relação à qualidade do serviço de saúde. Mais uma vez, deparamo-nos com a qualidade funcional de Grönroos (2007). Hespanhol (2003) defende que *“numa Unidade de Saúde utento-cêntrica o Director do Centro de Saúde ou qualquer um dos profissionais das equipas de saúde devem estar sensibilizados para despistar precocemente qualquer gesto ou expressão não verbal do utente que possa significar descontentamento, bem como deve receber com seriedade e simpatia qualquer queixa verbal por mais injusta que pareça”*.

A par disto, não podemos descurar a qualidade técnica que também está implícita. Nesta dimensão, ela diz respeito, por exemplo, à resolução do problema do utente que o leva a recorrer a um centro de saúde.

De acordo com Lehtinen and Lehtinen, citado por Berry, Zeithaml & Parasuraman (1985), a análise do nosso trabalho incide na qualidade interactiva em que procuramos apurar a preocupação por parte dos agrupamento de saúde em se relacionar com os seus utilizadores e procurar deles obter o seu *feedback*.

2.4. – Qualidade nos Serviços de Saúde

Os serviços de saúde revestem-se de características próprias quando comparados com outros serviços. Na verdade, nunca sabemos o momento em que vamos precisar de cuidados de saúde, ou mesmo os custos desses cuidados. A incerteza é, pois, uma das características presentes nesta área. Neste sector também está patente a assimetria de informação, sobretudo entre médicos e pacientes. Outras características inerentes aos serviços de saúde públicos são a ausência de lucro, a intervenção pública e o comportamento ético (Barros, 2005).

A qualidade nos serviços de saúde é provavelmente mais difícil de definir do que nos outros sectores devido à complexidade, ambiguidade e heterogeneidade que compõem o sector.

A qualidade surge como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde, sendo vista como elemento essencial (Pisco e Biscaia, 2001), tendo impacto sobre a qualidade de vida futura de uma pessoa (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2004).

Assegurar a qualidade destes serviços é um benefício, não só para os pacientes, mas também para quem presta os cuidados de saúde (Ramsaram-Fowdar, 2005). A preocupação com a qualidade em saúde tem aumentado. Barros (1999) considera que os factores que estão na origem desta preocupação se devem à problemática da contenção de custos, a uma maior atenção por parte da população a aspectos de qualidade, sendo cada vez mais um factor de escolha, e à alteração dos mecanismos de financiamento (na sua componente de pagamento aos prestadores).

Na literatura especializada, são várias as citações que podemos encontrar para definir qualidade na saúde. Para Palmer, citado por Pisco e Biscaia (2001), qualidade na saúde é *“um conjunto de actividades destinadas a garantir serviços acessíveis e equitativos com prestações profissionais óptimas, tendo em conta os recursos disponíveis e conseguindo a adesão e satisfação dos utentes para os cuidados recebidos”*.

A Organização Mundial de Saúde considera como componentes da qualidade dos cuidados de saúde o elevado grau de excelência profissional, eficiência na utilização dos recursos, riscos mínimos para os doentes, satisfação para os utilizadores e resultados de saúde obtidos (Pisco e Biscaia, 2001).

A Associação Mundial dos Médicos de Família considera a qualidade como “*um conjunto de actividades planeadas, baseadas na revisão e melhoria do desempenho clínico, com o objectivo de continuamente melhorar o nível de cuidados prestados aos doentes*”.

O Sistema Português da Qualidade na Saúde define qualidade na saúde como “*satisfazer as necessidades e não responder à procura oferecendo mais; é ser proactivo para prevenir e dar resposta, e não para a procura de novas oportunidades de mercados; é reunir integralmente eficiência, efectividade, aceitabilidade e equidade e não a exigência única de aceitabilidade*” (citado por Barros, 1999).

Donabedian (1990) considera a existência de sete atributos nos cuidados de saúde que definem qualidade. São eles: (1) Eficácia -- capacidade do cuidado em contribuir para a melhoria das condições de saúde; (2) Efectividade -- o quanto de melhorias possíveis nas condições de saúde são de facto obtidas; (3) Eficiência -- a capacidade de obter o maior número de melhorias possíveis ao menor custo; (4) Optimização -- a relação mais favorável entre benefícios e custos; (5) Aceitabilidade -- conformidade com as preferências do paciente no que concerne a acessibilidade, relação médico-paciente, as *amenities*, os efeitos e o custo do cuidado prestado; (6) Legitimidade -- conformidade com preferências sociais em relação a tudo o que acima foi mencionado; (7) Equidade -- igualdade na distribuição dos cuidados e seus efeitos sobre a saúde.

O mesmo autor, citado por Adami (1995), apresenta uma avaliação da qualidade em saúde assente na tríade Estrutura/Processo/Resultados. A componente Estrutura corresponde aos recursos necessários à prestação do serviço, abrangendo a área física, os recursos humanos, materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos técnico-administrativos; a presença de uma boa estrutura garante as pré-condições para um bom desempenho na prestação do serviço. A componente Processo cinge-se às actividades relacionadas com a utilização dos recursos nos seus aspectos quantitativos e qualitativos; inclui o reconhecimento de problemas, métodos de diagnóstico, diagnóstico e os cuidados prestados. A componente Resultados corresponde às consequências das actividades do serviço de saúde ou do profissional em questão, em termos de melhoria do nível de saúde, da capacidade funcional restabelecida ou do alívio do sofrimento.

Para Hespanhol (2005), a Qualidade Total em Saúde implica conciliar e equilibrar exigências entre três dimensões: Qualidade para o Cliente, que “*consiste na medida em que o utilizador do serviço o percebe como correspondendo ao que ele deseja, ou seja até que ponto o serviço dá ao utente o que ele quer e espera*”; Qualidade Profissional, que consiste em “*dar ao utente o que o profissional julga que ele precisa, ou seja um julgamento dos profissionais relativamente até que ponto o serviço preenche as necessidades dos utentes*”; e Qualidade de Gestão, que consiste no “*melhor uso dos recursos dentro dos limites e directivas impostos pelas mais altas autoridades, ou seja o uso eficiente dos recursos satisfazendo as necessidades dos utentes*”.

Segundo Barros (1999), das várias definições da qualidade em saúde há que distinguir dois aspectos: a qualidade centrada na organização interna da entidade prestadora e a qualidade centrada na satisfação do utilizador. A qualidade centrada na organização interna da entidade prestadora significa uma identificação de qualidade com um processo produtivo que implique a melhor utilização possível dos serviços disponíveis. A qualidade associada às percepções dos utilizadores dos serviços de saúde pode ser vista como os atributos dos cuidados médicos prestados que aumentam o valor, subjectivo e objectivo, desses cuidados para o utilizador.

Contextualizando o nosso estudo na tríade apresentada por Donabedian (1990), Hespanhol (2003) considera que a abordagem “estrutura” nos serviços de saúde portugueses nunca foi integralmente aplicada, embora tenha sido importante nos processos de construção e licenciamento de unidades de saúde. Na abordagem dos “resultados” podemos incluir os estudos de efectividade terapêutica e de satisfação do utente. A componente “processo” tem sido mais frequentemente utilizada, estudando a qualidade técnico-científica, desempenho profissional, cumprimento de protocolos, etc.

Relativamente à terminologia apresentada por Barros (1999), o nosso estudo insere-se no âmbito da qualidade centrada na satisfação do utilizador.

2.5. – A “voz”² do paciente

Diariamente, os pacientes são afectados pela qualidade dos produtos / serviços e, por isso, estão na melhor posição para julgar o desempenho da organização de saúde que os serve (Foster, 2007 citado por Maguad (2009)).

Tal como descrito na Tabela 4, Donabedian (1992) atribui três papéis fundamentais aos pacientes: primeiro como contribuidores, segundo como alvos e terceiro como reformadores.

Tabela 4 – Os papéis dos pacientes segundo Donabedian

Contribuidores	Alvos	Reformadores
1 – Definir qualidade 2 – Avaliar/Quantificar a qualidade 3 – Dar informação que permita outros avaliar	1 – Co-Produtores 2 – Veículos de Controlo	1 – Participação Directa 2 – Suporte Administrativo 3 – Mercados 4 – Acção Política

Fonte: Donabedian (1992)

O autor considera que, enquanto pacientes contribuidores, os pacientes podem influenciar a qualidade por três vias: primeiro, definindo qualidade; segundo, através da sua avaliação da qualidade e, em terceiro, prestando informações que permitam a outros avaliá-la.

Enquanto contribuidor, o paciente tem um papel indispensável ao definir qualidade, pois consegue criar as *guidelines* dos requisitos necessários para o serviço ter qualidade. A partir daqui, é capaz de fazer um julgamento do que considera ter mais ou menos qualidade.

Estas *guidelines* contêm os itens que compreendem o “*heart of quality*” (acessibilidade, conveniente, conforto e oportunidade) e outros aspectos secundários também

² A importância da “voz” do consumidor surgiu com a implementação da Gestão pela Qualidade Total (TQM). Um dos seus pilares é o enfoque no cliente/utente para melhorar a qualidade organizacional (Schauerman, 1993).

importantes. Ou seja, um paciente de uma USF, para além de esperar a qualidade do profissionalismo do médico e a sua eficiência, também avalia, por exemplo, o asseio da sala de espera.

Donabedian (1992) considera que esta definição da qualidade defendida pelo paciente-contribuidor se divide em duas partes: a tarefa técnica e a relação interpessoal.

Um terceiro elemento pode ser considerado e está relacionado com as circunstâncias em que a tarefa técnica e a relação interpessoal ocorrem: são as *amenities* do cuidado. A título ilustrativo -- quando uma criança chora por ir levar uma vacina, a atenção e a ternura por parte da enfermeira que tem o cuidado de distrair a criança com um objecto, de modo a minimizar-lhe o medo, é uma *amenity*.

Relativamente ao cuidado técnico, os pacientes definem-no como o que é conseguido (ex: ficar sem dor) e não o que é feito (ex: administração injectável). Se os cuidados técnicos não vão ao encontro das preferências dos consumidores, a qualidade falha.

É um pequeno passo que vai desde definir qualidade até a julgar. Definir qualidade e avaliá-la são fases interligadas e quase nunca se separam. Este é um processo que permite aferir se os pacientes estão satisfeitos ou não, e quais as razões da não satisfação. A avaliação da qualidade é, pois, uma componente necessária de qualquer serviço para garantir a satisfação dos pacientes.

Por último, os pacientes-contribuidores podem ainda colaborar na obtenção da qualidade dando informações sobre as suas próprias experiências nos cuidados de saúde. Por exemplo: o que é que aconteceu quando solicitaram cuidados, esperanças e medos, se estão bem ou mal.

No desempenho do papel de alvos, os pacientes condicionam a qualidade de duas maneiras: como co-produtores e como veículos de controlo.

Donabedian (1992) defende que os profissionais de saúde não prestam apenas cuidados de saúde e os pacientes recebem. Ambos estão envolvidos conjuntamente na “produção” do serviço, por isso não importa apenas o desempenho dos profissionais de saúde, é necessário conhecer os comportamentos dos pacientes. Apesar de consultarem o médico, os pacientes são autónomos e alguns não seguem o tratamento indicado (eis alguns exemplos: não seguem a medicação até ao fim, interagem com álcool, alteram a medicação...), podendo não ficar curados e, logo, não garantem que se alcance a

qualidade esperada. São necessários esforços para educar este tipo de pacientes-alvo; consciencializá-los dos efeitos adversos dos seus actos e assim torná-los pacientes que contribuam positivamente para a qualidade.

Enquanto alvos, os pacientes podem ainda garantir a qualidade sendo veículos de controlo, regulando o comportamento dos profissionais de saúde. Donabedian (1992), a este propósito, defende que muitas das vezes os pacientes transmitem pressão sobre o médico, requerendo assim que este desempenhe o serviço com um cuidado mais redobrado.

Por último, os pacientes podem influenciar a qualidade dos cuidados de saúde enquanto reformadores através de quatro vias: através da participação directa, através de suporte administrativo, através dos mercados e através da acção política.

Se o paciente tiver uma participação mais activa e directa na relação com os médicos/enfermeiros, é possível que provoque mudanças. Os médicos/enfermeiros são os responsáveis por corresponder às expectativas dos seus pacientes.

Se as organizações de saúde capacitarem o paciente a participar, então estamos perante o papel de um paciente-reformador através do suporte administrativo. Esta participação pode ser directa ou indirecta. O autor diz que o primeiro passo para obter a sua participação é através da recolha de sugestões e reclamações espontâneas. O segundo passo deve passar por estimular os pacientes a expressar as suas opiniões através da caixa de sugestões e de reuniões regulares com os profissionais de saúde, para partilhar opiniões e ideias no intuito de melhorar o serviço. Em terceiro lugar, deve haver uma prospecção sistemática das percepções, opiniões e sugestões dos pacientes através dos mecanismos acima descritos.

O autor defende ainda que o pessoal responsável pela melhoria do serviço deve apresentar o *feedback* recolhido junto dos pacientes e apresentar medidas de melhoria. Só assim se mantém o paciente mais participativo na melhoria contínua.

Desencadear uma participação mais directa é mais difícil, mas não deve ser ignorado. Donabedian (1990) sugere que as associações representativas de pacientes devem participar directamente na formulação de objectivos e de políticas que encarnam o que a qualidade é.

Os mercados serão então outra via para os pacientes-reformadores.

Para concluir, refira-se que o paciente-reformador pode garantir a qualidade por acção política. Os pacientes podem ter vários papéis nos cuidados de saúde, como clientes passados, clientes futuros, actuais pacientes, mas sempre cidadãos. Enquanto pacientes, podem influenciar a qualidade de forma mais ou menos subtil, mantendo sempre o relacionamento médico-paciente.

Ao lermos a teoria sobre os papéis dos pacientes defendida por Donabedian (1990), enquadrámos o nosso estudo no papel de paciente reformador através da participação via suporte administrativo.

2.6. – Níveis e formas de participação

Para entender o grau de envolvimento da participação entre pacientes e Agrupamentos de Centros de Saúde, devemos ter em conta os níveis possíveis de participação.

Holloway, referido por Cahill (1998), define participação como o envolvimento de muitas pessoas nas decisões, dando-lhes o sentimento de controlo e responsabilidade. Brownlea, citado por Cahill (1998), conclui que participação significa envolver-se ou ser autorizado a envolver-se no processo de tomada de decisão, na prestação de um serviço, na avaliação de um serviço, ou ainda simplesmente ser consultado numa determinada matéria ou assunto.



Draper (1997) considera que a participação do paciente tem um valor acrescentado para a gestão da qualidade (neste caso, de um hospital), uma vez que permite:

- Fornecer ao hospital informações sobre o impacto do serviço prestado nos seus pacientes;
- Fornecer aos hospitais informação sobre os resultados do tratamento hospitalar;
- Tornar o hospital ciente das áreas de insatisfação;
- Diminuir o número de reclamações;
- Definir oportunidades de melhoria;

Brody, citado por Cahill (1998), conclui que os pacientes no sector privado, em oposição ao sector público, são mais motivados pela filosofia de participação e Weel C., citado por Wensing *et al.* (1998), considera que os pacientes com doenças crónicas são capazes de avaliar melhor os cuidados de saúde, uma vez que os usam mais vezes, sendo submetidos a mais experiências.

Draper (1997) refere no seu estudo a existência de diferentes níveis relativamente ao modo como a comunidade pode ser chamada a participar, conforme ilustra a Tabela 5.

Tabela 5 – Continuum de Participação da Comunidade

Nível	Participação da Comunidade	Exemplo
Alto   Baixo	Total controlo	A organização pede à comunidade que identifique problemas e usa este <i>feedback</i> como elemento chave nas suas decisões.
	Delegada	A organização identifica e apresenta o problema à comunidade. Definindo os limites de participação, questiona a comunidade sobre decisões que podem ser adoptadas.
	Planos conjuntos	A organização apresenta uma tentativa de plano aberta e sujeita aos abrangidos pelo plano, esperando ligeiras mudanças.
	Aconselha	A organização apresenta um plano e pede opinião à comunidade. O plano pode ser modificado, se necessário.
	É consultada	A organização tenta promover um plano. Procura desenvolver mecanismos para auscultar a comunidade, para facilitar a aceitação do novo plano.
	Recebe informação	A organização faz um planeamento e anuncia-o. A comunidade é solicitada a interagir através de comentários informais.
	Nenhum	A comunidade não se pronuncia.

Fonte: Draper (1997)

No mesmo estudo, Draper (1997) apresenta também as várias “vozes” possíveis que um serviço de saúde pode envolver:

Tabela 6 – “Vozes” que um prestador pode envolver

Indivíduos com experiência no uso do serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Indivíduos que recebem os tratamento de saúde.
Grupos de pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de indivíduos que partilham a mesma experiência dos cuidados de saúde. • Grupo de doentes crónicos que poderão não receber os serviços adequados.
Pessoas que tratam os pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais de saúde • Família ou terceiros de indivíduos que recebem cuidados de saúde.
Organizações de pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Instituições • Grupos de Ajuda
Potenciais Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas com desconhecimento de que irão necessitar de cuidados de saúde. • População em particular (ex: idosos, deficientes, imigrantes, ...)
Membros da Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas que poderão vir a utilizar o serviço. • “Vizinhos” do local do serviço de saúde.
Contribuintes	<ul style="list-style-type: none"> • Os que pagam pelo serviço como contribuintes.

Fonte: Draper (1997)

Todos estes tipos de “voz” podem ocorrer num Agrupamento de Centro de Saúde.

Pisco e Biscaia (2001) defendem que nos dias de hoje é uma exigência natural que se proceda à integração da opinião dos pacientes dos serviços de saúde e dos cidadãos em geral nos processos de tomada de decisão, no respeito pelas suas necessidades e expectativas. São vários os autores que consideram que saber ouvir a “voz” do paciente

permite à organização aprender e obter vantagem competitiva no mercado (Uzzi, 2003). A participação do paciente é um factor que pode influenciar a qualidade do serviço e, portanto, não deve ser ignorada (Draper, 1997, Wang *et al.* 2007, Marino 2003 e Tasa, 1996, Avis, 1997, Wensing *et al.*, 2003). Tasa *et al.* (1996) defendem que o paciente deve ser o centro do serviço ou do processo, tanto na concepção como na monitorização.

Hirshman, referido por Cleary (1999), afirma que uma maneira de os pacientes influenciarem a qualidade dos cuidados de saúde será através do “exit” ou “voice”.

Estas terminologias são usadas para esclarecer que quando um paciente não está satisfeito tem a opção de mudar de prestador de serviço exercendo o “exit”, ou pode optar por exercer a “voice” apresentando reclamação ou dando sugestões, por exemplo.

Quando a qualidade de um produto interessa aos pacientes e à organização, é necessário fazer com que aqueles exerçam a “voice” para se obter informação de quais são as suas necessidades e progredir na melhoria da qualidade do serviço (Scott, 2001).

Obter *feedback* dos pacientes deve, pois, fazer parte da estratégia da organização de saúde (Vingerhoets, 2001). Este *feedback* deve ser convertido num formato compreensível que possa conduzir à identificação dos processos que necessitam de melhorias ou reestruturações e difundido por toda a organização, para que todos se inspirem e aprendam (Vingerhoets, 2001).

Wang (2007)³, no seu estudo, afirma que se os utilizadores cooperarem nas pesquisas de mercado dizendo directamente aos serviços o que eles necessitam e esperam, o *gap* entre a expectativa e a percepção do cliente diminui. Assim, o processo de captar a “voz” do cliente deve ser contínuo e conduzido estrategicamente, para que permita estabelecer uma relação de aprendizagem entre o paciente e o prestador do serviço, devendo hierarquizar-se as suas preferências (Uzzi, 2003). A auscultação será uma boa ferramenta para melhorar a *performance* da organização, mas esta tem que ter bem definido os seus objectivos e metas a atingir (Scott, 2001).

Ao analisarmos os Agrupamentos de Centros de Saúde e ao debatermos as definições propostas por Hirshman, referido por Cleary (1999), -- *exit* e *voice* -- concluímos neste

³ O estudo de Wang foi aplicado no sector hoteleiro

contexto que é mais provável a *voice* que o *exit*. Se não mudarmos de zona de residência, a Unidade de Saúde Familiar (USF) a que estamos afectos será para sempre a “nossa” unidade de cuidados primários pública. Poderemos eventualmente pedir para mudar de médico, mas a nível de rede de cuidados primários teremos sempre a mesma USF.

A participação dos pacientes nem sempre é activa, dado que muitas vezes eles não exercem a sua “voz”.

Andreason (1988), citado por Schlesinger e Mitchell (2002), refere que, apesar de os pacientes terem experiências não satisfatórias, por vezes não reclamam, mesmo quando lesados em dinheiro ou tempo.

Lovelock e Wirtz (2007) afirmam que as principais barreiras à reclamação se devem a vários factores:

- Dificuldade em encontrar o melhor procedimento para reclamar;
- Esforço em reclamar, por exemplo: escrever uma carta;
- Incerteza sobre se a organização levará a cabo alguma acção;
- Medo de serem tratados rudemente;
- Sentimento de embaraço em reclamar.

Schlesinger e Mitchell (2002) apontam também outros factores que reduzem a propensão do paciente para participar, factores esses que se relacionam com as características do paciente:

- Educação (maior qualificação, maior tendência para exercer a “voz”);
- Rendimento (os pacientes com maior rendimento tendem a ser mais efectivos a expressar-se);
- Sexo (as mulheres tendem a expressar-se mais que os homens);
- Idade (pessoas mais velhas reclamam menos).

Na próxima secção, vamos analisar os mecanismos que os pacientes podem utilizar para participar e transmitir o seu *feedback* às organizações de saúde.

Alguns autores, como Scott G. (2001), referem que o pessoal que está no *front-office* deve ser o responsável por conduzir o processo de *feedback*, pois contacta directamente com o paciente. Sendo assim, este pessoal deve aprender como e quando falar com os pacientes, praticar a escuta activa e permitir que todo o *feedback* seja partilhado com os colegas (Draper, 1997).

2.7. - Mecanismos de participação/auscultação

Os sistemas de captação do *feedback* receberam maior atenção a partir do momento em que os investigadores reconheceram o valor do conhecimento dos pacientes (Nelson & Batalden, 1993). A avaliação dos cuidados prestados, por parte dos pacientes, pode ajudar a identificar oportunidades de melhoria (Vingerhoets *et al.*, 2001).

Uzzi (2003) considera que há cinco passos específicos no processo de captar a “voz” do paciente. Primeiro, devemos desenvolver uma estratégia de auscultação; segundo, ouvindo o paciente, podemos encontrar mais pacientes, ganhar e manter outros; terceiro, devemos analisar e transformar os dados recolhidos em dados reais que façam sentido; quarto, devemos fazer uso do que se aprendeu junto dos pacientes; por fim, quinto, efectuar a condução de toda a acção empresarial, permitindo alcançar melhores resultados.

Nelson *et al.* (1991) apresentam dois tipos de métodos para obter *feedback* do paciente: os métodos estruturados e os métodos não estruturados. Os métodos não estruturados incluem a observação directa, observação da participação, análise de sugestões e reclamações, entrevistas pessoais e entrevistas *focus groups*. Trata-se de métodos qualitativos; são flexíveis e podem ser usados para determinar como os consumidores definem qualidade, identificar serviços necessários que não estão disponíveis, identificar serviços que necessitem de melhorias, determinar os requisitos fundamentais que os clientes esperam num serviço e, informalmente, verificar o valor dos serviços prestados.

Os métodos estruturados apresentam maior rigor, pois baseiam-se em métodos quantitativos. Na recolha de dados utilizam-se instrumentos como os inquéritos, o

método de Delphi e o método do grupo nominal, para avaliar os julgamentos dos pacientes, baseando-se em indicadores específicos.

Seguindo a divisão apresentada pelos autores, podemos apontar outros mecanismos estruturados e não estruturados. Dentro dos métodos não estruturados, os comentários informais também são considerados como fonte de *feedback* (Tasa, 1996), assim como as “linhas azuis” que permitem um contacto mais directo com a “voz” do paciente. Outro meio a considerar é convidar o paciente a queixar-se: visitar os doentes, falar com a sua família nas salas de espera, são algumas opções para receber *feedback*.

Como sumariado na Tabela 7, algumas vantagens e desvantagens são apontadas por vários autores aos mecanismos de participação:

Tabela 7 - Vantagens e Desvantagens dos Mecanismos de Participação

<u>Mecanismo de Participação</u>	<u>Vantagem</u>	<u>Desvantagem</u>
Comentários Informais	Rapidez na transmissão de informação.	Muitos comentários são extremos (Tasa, 1996)
Caixa de Sugestões	Possibilidade de todos os pacientes darem a sua opinião	Consulta da caixa regularmente
Sistema Reclamações	Permite apurar o que desagradou ao paciente	Muitos comentários são extremos (Tasa, 1996)
Focus Groups	Ótimo para obter a opinião dos pacientes quando a organização está em fase de mudança (Tasa, 1996) Baixo Custo Organização rápida	Não são resultados representativos Certos elementos do grupo podem sobrepor-se na discussão, influenciando os outros

<u>Mecanismo de Participação</u>	<u>Vantagem</u>	<u>Desvantagem</u>
Inquéritos	Respostas em tempo útil Baixo Custo	Não são centrados no paciente e requerem esforços adicionais para determinar a causa do problema organizacional (Tasa, 1996) Não se consegue apurar o “sentimento” que os pacientes têm sobre o serviço (Scoty, 2001) Difícil determinar a sua relevância na prática diária (Wensing, 1998) Deixa de parte crianças, adolescentes, pessoas com doenças mentais, doentes em fase terminal ou pessoas com limitada alfabetização (Draper, 1997)

Fonte: Elaboração Própria

Por mais que as organizações se esforcem por pesquisar e ouvir os seus clientes/pacientes, existem significativas barreiras organizacionais na reflexão e implementação das opiniões dos pacientes (Bryandt *et al*, 2008).

Muitas vezes, os dados recolhidos através dos vários mecanismos são usados apenas pela equipa responsável, não sendo difundidos pelas outras pessoas ou departamentos.

Quando pensamos em organizações, especificamente em organizações de saúde, será de esperar que exista um responsável pela recepção do *feedback* obtido. Actualmente, nos Agrupamentos de Centros de Saúde existe um Gabinete de Cidadão que deve ser o responsável por essa função (Artigo 37º do Dec.Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro).

Scott G. (2001) defende que algumas organizações não ouvem as mensagens que recebem dos seus pacientes e não usam essas informações para mudar ou corrigir os pontos fracos da organização. Zeithamal, citado por Sá e Sintra (2008), refere que para o enfoque no cliente se traduzir na melhoria dos serviços é necessário que o *feedback* recolhido junto dos clientes seja transmitido vertical e horizontalmente, por meios formais e informais.

Davies e Cleary (2005) identificaram nas suas pesquisas vinte e cinco barreiras que podem afectar o uso dos dados recolhidos pelos questionários aplicados aos pacientes na melhoria da qualidade. Estas vinte barreiras foram agrupadas em barreiras organizacionais, profissionais e relacionadas com os dados.

Dentro das barreiras organizacionais, Davies e Cleary (2005) consideram que existe uma falta de ênfase nas necessidades do paciente em todos os níveis da organização e pouca propensão para a mudança. Esta tendência poderá estar relacionada com a presença de uma estrutura hierárquica organizacional tradicional e com a cultura organizacional existente. Ainda nas barreiras organizacionais, são referidas a possibilidade de existirem outras prioridades (financeiras).

Nas barreiras profissionais regista-se o cepticismo clínico, a falta de competência e aptidões por parte do *staff* e a resistência à mudança.

A última barreira identificada pelos autores refere-se aos dados em si. Esta barreira pode estar relacionada com a falta de experiência dos profissionais em trabalhar dados relacionados com a captação do *feedback* do paciente, a falta de informação atempada, a falta de especificidade e discriminação e a incerteza sobre se a intervenção na mudança é mesmo eficaz.

Draper (1997) considera também como barreiras ao envolvimento dos pacientes o tempo, o dinheiro, a língua e a cultura.

Scott (2001) sugere várias técnicas e ferramentas para ultrapassar estas barreiras e ganhar sucesso com o sistema de *feedback* do paciente. É necessário mudar a mentalidade e os líderes não devem usar o sistema de *feedback* para punir ou apontar o dedo aos departamentos que têm problemas. O autor revela a importância de saber auscultar também os clientes internos. Algumas organizações de cuidados de saúde costumam aplicar aos seus colaboradores o sistema “*report cards*”. São exemplo de *report cards* os relatórios apresentados aos colaboradores sobre o seu desempenho. Esta metodologia pode ser também utilizada para divulgar dados sobre a qualidade organizacional, analisando vários aspectos relacionados (Badger, 1998).

Capítulo 3. Os Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Neste capítulo é apresentada a estrutura portuguesa de cuidados de saúde primários e analisada a actual reforma, com particular enfoque no modo como o novo desenho institucional aborda e incorpora a questão da participação dos utentes e da comunidade.

3.1 – Breve Contextualização Histórica

Os Cuidados de Saúde Primários são um elemento chave de um sistema de saúde. Devem estar acessíveis e ser o primeiro contacto com o utente, quando necessário. Devem também ser responsáveis pela promoção da saúde (Biscaia *et al.*, 2008).

Os primeiros centros de saúde foram criados com a “reforma de Gonçalves Ferreira” em 1971, por força da necessidade de melhorar a situação precária da prestação de cuidados de saúde (Carvalho *et al.*, 2004). São designados de Centros de Saúde de primeira geração; centravam-se nos cuidados que se entendiam por “saúde pública”: vacinação, vigilância da saúde da grávida e da criança, actividades de autoridade sanitária, etc. (Branco e Ramos, 2001).

Com a publicação do Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de Abril, são criados os Centros de Saúde de “Segunda Geração”, que integram os Centros de Saúde de “1ª Geração”, Postos de Serviços Médico-Sociais e Hospitais Concelhios. O único elemento novo introduzido neste modelo foi a carreira médica de clínica geral.

Estes “novos” centros de saúde são entidades sem personalidade jurídica, autonomia financeira ou administrativa.

É nesta geração de centros de saúde que assistimos à implementação da caixa de reclamações e sugestões, estando sob a alçada dos gabinetes de utente.

Segundo Branco e Ramos (2001), o processo introduzido nos Centros de Saúde de Segunda Geração conduziu a *“uma maior racionalidade formal na prestação dos cuidados de saúde e na optimização de recursos, mas não resultou numa melhoria naquilo que eram as principais virtudes das componentes integradas: acessibilidade a*

consultas e a visitas domiciliárias, bem como a programação de actividades com objectivos de saúde”.

Há então necessidade de reformar os centros de saúde. Esta reestruturação passa pela reconfiguração e autonomia dos centros de saúde, pela criação de unidades de saúde familiares (USF), pelo desenvolvimento dos recursos humanos e mudança de competências (Portal da Saúde, 2009).

A partir de 1996 relançou-se no Ministério de Saúde o debate sobre o futuro dos cuidados de saúde primários e centros de saúde portugueses, tendo começado os primeiros projectos experimentais de inovação organizativa para o desenvolvimento dos cuidados aos cidadãos (Branco e Ramos, 2001).

Segundo Biscaia *et al.* (2008), as etapas do processo de mudança para os “novos Centros de Saúde” passam por:

1. Constituição de Unidades de Saúde Familiares (USF) (Veja-se o Anexo VII);
2. Associação de Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES);
3. Introdução de um novo modelo de gestão;
4. Instituição de governação clínica;
5. Reorganização dos serviços de suporte (nomeadamente com desactivação das Sub-Regiões de Saúde).

O Decreto-Lei nº 157-99, de 10 de Maio, impulsiona esta nova reorganização como a continuação da missão dos centros de saúde, com qualidade e eficiência. Exige-se uma *“gestão institucional rigorosa e uma hierarquia técnico-assistencial capaz de influenciar o desempenho dos profissionais e das equipas numa base de autonomia e co-responsabilização”* (Decreto-Lei nº 157-99, de 10 de Maio). Entramos na era dos Centros de Saúde de Terceira Geração.

As Unidades de Saúde Familiares serão a célula organizacional elementar na prestação de cuidados de saúde individual e familiar e têm como principais objectivos⁴:

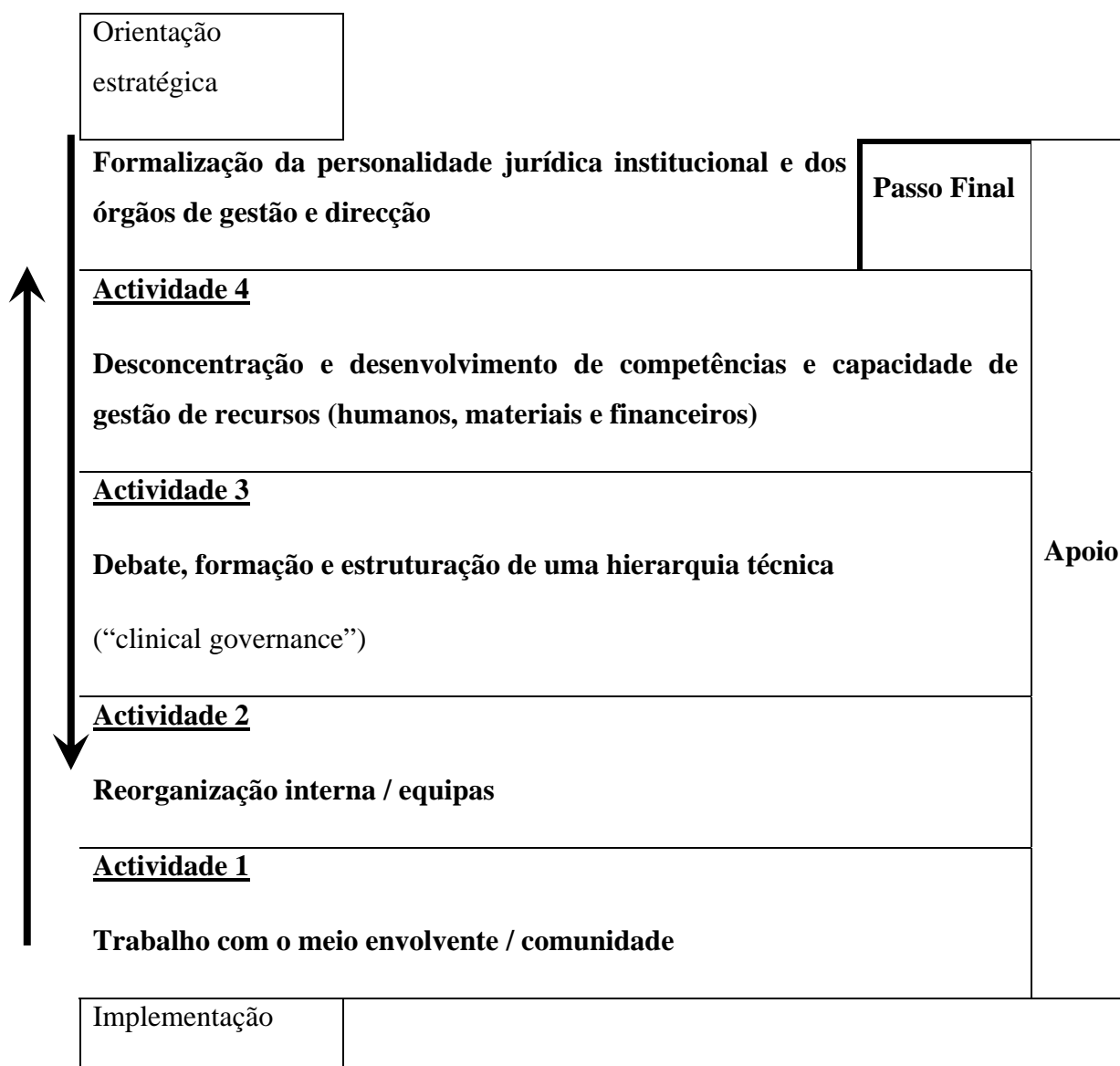
4

<http://www.arslvt.minsaude.pt/PrestacoesCuidadosSaude/UnidadesDeSaude/Paginas/UnidadesdeSaudeFamiliar.aspx>

- Aumento da acessibilidade e satisfação dos utilizadores de cuidados de saúde (resposta eficaz e capaz às situações de urgência e emergência em meios isolados; construção de resposta para atendimento em horas incómodas...);
- Aumento da satisfação dos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados;
- Melhoria da qualidade e continuidade dos cuidados prestados;
- Aumento da eficiência nos serviços.

A mudança organizacional nos centros de saúde não pode ser implementada pelo clássico processo *top down*. Em Branco e Ramos (2001) é referida uma nova abordagem combinada, segundo três linhas de acção: abordagem enquadradora *top down*, abordagem operativa *bottom-up* e apoio formativo e instrumental à mudança organizacional, como se pode observar na Figura 5:

Figura 5 – Processo de Transição e mudança organizacional nos Centros de Saúde



Fonte: Manual para a Mudança (DGS, 2002)

Os novos centros de saúde tentam implementar assim uma gestão descentralizada, combater a “*administração fortemente centralizada e burocrática, que restringe a capacidade de inovar, fomenta a desconfiança, a desmotivação e a desresponsabilização a todos os níveis*” (Biscaia *et al.*, 2008).

A par da reforma dos cuidados de saúde primários portugueses, foi criado um grupo técnico e uma Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), para coordenação e acompanhamento de toda a reestruturação dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiares (Biscaia *et al.*, 2008).

Cada Administração Regional de Saúde teve também que nomear uma equipa de apoio, em articulação funcional com a Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

Segundo a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007), a reconfiguração dos centros de saúde obedece a dois movimentos: *“por um lado, a constituição de pequenas equipas em unidades funcionais autónomas que proporcionarão maior proximidade do utente e maior qualidade do serviço, e por outro lado, a agregação de recursos e estruturas de gestão nos Agrupamentos de Centros de Saúde, eliminando concorrências estruturais, beneficiando de economias de escala e viabilizando estratégias regionais ao nível dos cuidados de saúde primários que vão de encontro às necessidades e expectativas da população”*.

3.2. – Os Agrupamentos de Centros de Saúde

Os Agrupamentos de Centros de Saúde são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde e que têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica (Dec-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro – Anexo IV).

Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as outras unidades funcionais do centro de saúde e do Agrupamento de Centros de Saúde.

Em cada centro de saúde integrante de um ACES funciona pelo menos uma USF⁵, ou UCSP⁶ e uma UCC⁷ ou serviços desta. Cada ACES tem somente uma USP⁸ e uma

⁵ Uma Unidade de Saúde Familiar são pequenas equipas médicas (3 a 8 médicos e enfermeiros e pessoal administrativo), abrangendo uma população de quatro mil a catorze mil utilizadores.

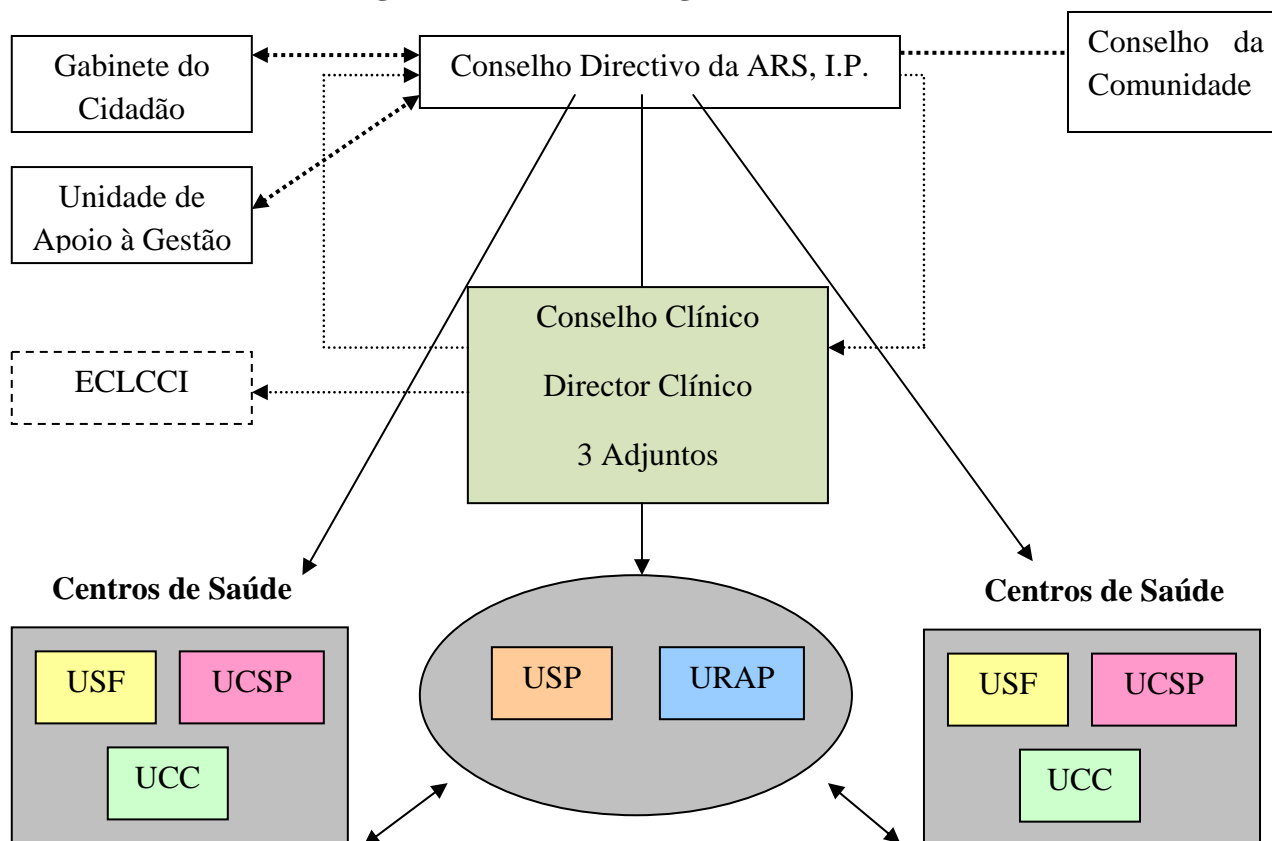
⁶ Unidade de Cuidados Saúde Personalizados -- tem estrutura idêntica às Unidades de Saúde Familiar e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos, sendo composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF.

⁷ Uma Unidade de Cuidados na Comunidade presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social no âmbito domiciliário e comunitário, actua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. É composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, etc.

⁸ As Unidades de Saúde Pública irão funcionar como observatório de saúde da população (encarada como um todo), dotadas de uma organização flexível que, graças a uma maior concentração de recursos, as rentabiliza, permitindo uma detalhada caracterização da área geodemográfica e das necessidades de saúde da população sob sua dependência, em estreita e directa articulação com os

URAP⁹, como representado na Figura 6. Podem ainda existir outras unidades ou serviços, se forem considerados necessários pelas administrações regionais de saúde.

Figura 6 – Estrutura Orgânica ACES



Fonte: Missão para os Cuidados de Saúde Primários

O número máximo de ACES é de setenta e quatro, sendo que a delimitação geográfica deve corresponder, nas Nomenclaturas de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS III), a um agrupamento de concelhos ou a um concelho, devendo ter em conta a necessidade de combinação mais eficiente dos recursos disponíveis, o número de pessoas residentes na área do ACES, a estrutura do povoamento, o índice de envelhecimento e a acessibilidade da população ao hospital de referência.

serviços e instituições prestadoras de cuidados de saúde. Está também em ligação com o serviço de Saúde Pública do nível regional (Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde) e as demais USP dos outros Agrupamentos de Centros de Saúde. Esta articulação é inerente à sua missão, de modo a que a sua intervenção seja mais adaptada e célere a responder a desafios de uma realidade que deixou de conhecer fronteiras e perante uma população que se tornou mais informada e exigente.

⁹ Uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados presta serviços de consultoria e assistenciais às outras unidades funcionais e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares, sendo composta por médicos de várias especialidades, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e outros profissionais de saúde.

A portaria n.º 276/2009, de 18 de Março (Anexo V), cria os vários agrupamentos centros de saúde integrados na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, os quais são objecto do presente estudo.

3.3 – Mecanismos de Participação dos Utentes

Na tentativa de captar o *feedback* dos seus pacientes, os centros de saúde desencadeiam mecanismos de auscultação (alguns por imposição legal, outros não).

Durante a vigência da segunda Geração de Centros de Saúde, em 1997, o Ministério da Saúde publicou a *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes* (Anexo VI), que fez chegar aos Centros de Saúde, em que se estabelecem seis deveres e doze direitos. O décimo segundo direito diz respeito a uma das formas de mecanismos de participação: “*direito do doente, por si ou por organizações representativas apresentar sugestões e reclamações*” (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto -- Lei de Bases da Saúde).

Em 1999, com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de Abril, não só os Centros de Saúde, mas também todos os serviços da Administração Pública passam a dispor de dois mecanismos de participação e audição: a caixa de sugestões e opiniões e o livro de reclamações.

Os utentes passam assim a poder apresentar reclamação verbal ou escrita acerca do seu médico de família ou do funcionamento do Centro de Saúde nos Gabinetes do Utente do Centro de Saúde, Sub-Região de Saúde, Região de Saúde ou Ministério de Saúde, assim como escolher ou pedir para mudar de médico de família (Hespanhol, 2005).

Os Gabinetes de Apoio ao Utente surgem então da preocupação de dar resposta a estas sugestões/reclamações, com vista à melhoria dos serviços prestados, procurando responder às expectativas e necessidades dos pacientes. As informações assim obtidas devem ser objecto de análise e constituir um conjunto de dados susceptível de introduzir correcções na organização, de forma a adequá-la a uma maior satisfação dos utentes (Hespanhol, 2003).

Com a nova reconfiguração dos Centros de Saúde e a nova era dos Centros de Saúde de Terceira Geração, a participação do paciente tornou-se um elemento essencial na melhoria da qualidade organizacional. Assim, no que diz respeito à área da participação

dos cidadãos, cada ACES tem previsto a existência de um conselho na comunidade, sendo mantido o Gabinete do Cidadão (Biscaia *et al.*, 2008). Compete a este gabinete (segundo o Portal da Saúde):

- Verificar as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde;
- Informar os utentes dos seus direitos e deveres como utilizadores dos cuidados de saúde primários;
- Receber observações, sugestões e reclamações dos utentes relativamente aos cuidados prestados e responder às mesmas;
- Verificar regularmente o grau de satisfação dos utentes dos ACES.

Apostou-se também na avaliação da satisfação dos utentes, através do projecto EuroPep, que é um instrumento de avaliação da satisfação dos utentes em relação à qualidade dos cuidados prestados, construído de forma a permitir comparações nacionais e internacionais. Trata-se de um questionário composto por 23 questões, aplicado aos utentes (Biscaia, *et al.*, 2008).

De referir que o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 centra o foco da sua estratégia de gestão da mudança no cidadão. O plano incentiva a multiplicação de mecanismos de participação do cidadão no sector da saúde, indo para além da tradicional caixa de reclamações e opiniões e do livro de reclamações. Devem, nesse sentido, ser criados novos mecanismos como as linhas electrónicas directas entre os utentes e os seus médicos de família, conselhos consultivos mistos (utentes, profissionais e políticos) a apoiar a gestão dos centros de saúde e hospitais.¹⁰

O Plano refere ainda que existe a *“necessidade de promover o empoderamento comunitário e social através da representação autorizada de uma comunidade ou de um grupo de interesses naquela comunidade”*.

No que diz respeito à avaliação de desempenho, as novas *“equipas terão autonomia organizativa funcional e técnica e um sistema retributivo sensível ao desempenho, que permitirá premiar a produtividade, a acessibilidade e, sobretudo, a qualidade”* (Portal da Saúde, 2009). Nenhuma USF funcionará sem estar devidamente informatizada.

¹⁰ Plano Nacional de Saúde 2004-2010 – Vol.I – pag 64

Haverá um sistema de informação e um conjunto de indicadores que serão avaliados e monitorizados (Pisco, 2006).

O Grupo de Trabalho para o desenvolvimento da contratualização dos Cuidados de Saúde Primários, na tentativa de melhorar o desempenho dos prestadores, cria um Plano de Desempenho para os novos ACES em que se configura a atribuição de incentivos financeiros e a criação de instrumentos de monitorização (P4P – *Pay for Performance*). Os programas de pagamento por desempenho encorajam a melhoria da qualidade, premiando a excelência e minorando as perversidades das modalidades de pagamento, nomeadamente a deterioração do acesso e o desinvestimento em qualidade (Missão dos Cuidados de Saúde Primários, 2009). A MCSP acredita que o desenvolvimento de um contrato-programa para os ACES deve considerar a capitação ajustada pelo risco associada a uma componente variável de pagamento por desempenho.

Os indicadores de desempenho são organizados pelas seguintes áreas de monitorização/acompanhamento:

1. Acesso
2. Qualidade Técnica/ Efectividade
3. Qualidade Percepcionada
4. Qualidade de registos
5. Eficiência

3.4. – Iniciativas e Programas de Qualidade mais relevantes

No momento em que se passou a olhar para os centros de saúde como a porta de entrada no sistema de saúde, os cuidados de Saúde Primários tiveram, talvez, o projecto melhor sucedido na área da qualidade em saúde em Portugal (Biscaia, 2008): o projecto MoniQuOr - Monitorização de Qualidade Organizacional nos Centros de Saúde.

O MoniQuOr é um instrumento de autoavaliação voluntária da monitorização da qualidade organizacional dos Centros de Saúde (Rodrigues J. *et al.*,1999). Permite também a avaliação inter-pares e a avaliação externa. É constituído por um conjunto de

163 critérios, organizados em seis grandes áreas (organização e gestão, direitos dos cidadãos, promoção da saúde, prestação de cuidados de saúde, educação contínua e desenvolvimento da qualidade, instalações e equipamentos) e vinte e três sub-áreas de avaliação. A avaliação deve ser efectuada por uma comissão de avaliação aceite e reconhecida por todos, constituída por um mínimo de três pessoas, só podendo existir no máximo, nesta comissão, um elemento da direcção do Centro de saúde.

O MoniQuOr enquadra-se numa estratégia global de melhoria da organização e da prestação de serviços aos doentes, favorecendo os profissionais de saúde em defesa da sua própria actuação e satisfação. De acordo com este instrumento, devem ser efectuados 15 a 30 inquéritos para obter uma informação fiável sobre a percepção do utente relativamente aos cuidados de saúde prestados.

No intuito de reconhecer os esforços de qualidade da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, criou-se a Marca de Atendimento de Qualidade Reconhecida: AQR®. A marca encontra-se registada pelo Ministério da Saúde e o principal objectivo é reconhecer e promover as boas práticas de atendimento dos utentes nos Serviços de Saúde.

Este conceito relaciona-se com a dimensão da qualidade funcional defendida por Gröonos (2007).

O Sistema de Qualidade de Atendimento vai assentar em dois eixos estratégicos: o eixo da “voz” do processo e o eixo da “voz” do paciente.

Enquanto o eixo da “voz” do processo junta os tradicionais elementos de *back-office* e aqueles responsáveis pelo atendimento directo de *front-office*, o eixo da “voz” do cliente representa os “momentos de verdade” do atendimento na sua componente atitudes e comportamentos_(Guia de Candidatura à marca AQR, 2008).

Assim, como descrito na Tabela 8, cada um dos eixos está agrupado em seis critérios obrigatórios de fundamentação do sistema da qualidade do atendimento nas unidades de cuidados de saúde primários (Centros de Saúde – englobando as extensões e as USF).

Tabela 8- Critérios obrigatórios dos Eixo “voz” do Processo e Eixo “voz” do Cliente

Eixo 1 – “voz” do Processo	Eixo 2 – “voz” do Cliente
1 – Abordagem por processos	1 – Capacidade de Resolução de problemas
2 – Práticas Normalizadas	2 – Imagem e Transparência
3 – Eficiência	3 – Limpeza, Ordem e Rigor
4 – Prestação do Serviço	4 – Atitudes e Comportamentos
5 – Requisitos Legais	5 – Reclamações
6 – Auditorias Internas	6 – Medida da Satisfação

Fonte: http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/article_963/Regulamento_marca_21_Nov2008.pdf

A metodologia de avaliação dos centros de saúde candidatos assenta em duas auditorias externas: uma, nos processos de organização do atendimento e outra, designada por auditoria do cliente simulado.

A par da reestruturação dos centros de saúde, assistimos a uma melhoria a nível de Tecnologias de Informação. Através do *site* do Portal do Cidadão já é possível fazer uma marcação *online* de uma consulta na USF/centro de saúde a que estamos afectos, através do e-Agenda.

São os primeiros e visíveis passos inovadores da nova era dos Centros de Saúde.

Capítulo 4. Abordagem Metodológica

4.1. – Objectivos e âmbito de estudo

A presente dissertação tem como principal objectivo avaliar a utilização e a importância dos mecanismos de participação entre os utentes e os prestadores de serviços de saúde. Paralelamente, pretende-se também analisar as principais barreiras que levam os utentes a não transmitirem o seu *feedback*, bem como as principais barreiras organizacionais à divulgação do *feedback* dos utentes nas organizações de saúde.

Dados os objectivos que nos propomos atingir, torna-se adequada a realização de um estudo descritivo. Segundo Vilelas (2009), o estudo descritivo procura descrever e documentar os fenómenos acerca da realidade em estudo.

Num estudo de investigação, por razões de tempo e de custos, raramente se estuda a população toda; procura-se antes constituir uma amostra representativa que garanta conclusões semelhantes às que chegaríamos se estudássemos o total da população (Vilelas, 2009).

Como se pode verificar pela análise da Tabela 9, Portugal está dividido em cinco Administrações Regionais de Saúde: ARS Norte, ARS Centro, ARS Lisboa e Vale do Tejo, ARS Alentejo e ARS Algarve.

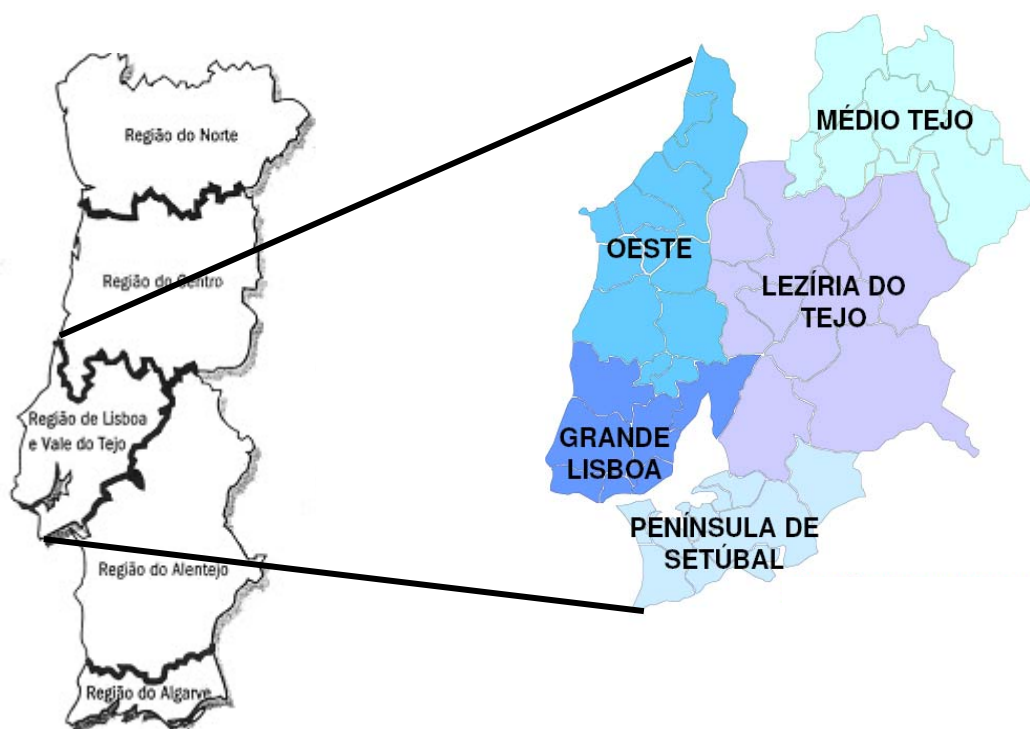
Tabela 9 – N.º utentes por Administração Regional de Saúde

Administração Regionais de Saúde	N.º utentes inscritos
ARS Norte	3.528.972
ARS Centro	2.074.675
ARS Lisboa e Vale do Tejo	4.105.747
ARS Alentejo	292.529
ARS Algarve	495.349
TOTAL	10.497.282

Fonte: Portaria n.º272/2009, n.º273/2009, n.º274/2009, n.º275/2009 e n.º276/2009 de 18 de Março

Dado o nosso objectivo de avaliar os mecanismos de auscultação dos utentes em Agrupamentos de Centros de Saúde, optámos por escolher a ARS de Lisboa e Vale do Tejo (veja-se a Figura 7), tendo sido o critério da escolha da amostra o número de utentes inscritos. Segundo Vilelas (2009), trata-se de uma amostra intencional.

Figura 7- ARS Lisboa e Vale Tejo e sua zona de ACES



Fonte: Imagem de Portugal retirada de <http://media.photobucket.com/image/divisao%20de%20portugal%20em%20Administra%2525C3%2525A7oes%20regionais%20de%20saude/antoniobaptistacoelho/01MJereg.jpg>

Agrupamento ACES LVT retirado de <http://www.arslvt.min-saude.pt/PrestacoesCuidadosSaude/UnidadesDeSaude/Documents/AGRUPAMENTOS.pdf>

Durante a realização do estudo, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo estava dividida em vinte e dois Agrupamentos de Centros de Saúde, com as características enunciadas na Tabela 10:

Tabela 10 – Características dos Agrupamentos de Centros de Saúde

Nome do ACES	Centros de Saúde	N.º utentes inscritos	Total de Recursos Humanos afectos ao ACES
Grande Lisboa I – Lisboa Norte	Alvalade Benfica Lumiar Sete Rios	270136	523
Grande Lisboa II – Lisboa Oriental	Graça Marvila Olivais Penha de França São João	213727	420
Grande Lisboa III – Lisboa Central	Ajuda Alameda Alcântara Coração de Jesus Lapa Luz Soriano Santo Condestável São Mamede/ Santa Isabel	240595	662
Grande Lisboa IV - Oeiras	Carnaxide Oeiras	204863	453
Grande Lisboa V - Odivelas	Odivelas Pontinha	166870	297
Grande Lisboa VI - Loures	Loures Sacavém	218239	412
Grande Lisboa VII - Amadora	Amadora Reboleira Venda Nova	209308	397

Nome do ACES	Centros de Saúde	N.º utentes inscritos	Total de Recursos Humanos afectos ao ACES
Grande Lisboa VIII – Sintra-Mafra	Mafra Pêro Pinheiro Sintra	141503	365
Grande Lisboa IX – Algueirão-Rio de Mouro	Algueirão Rio de Mouro	119938	235
Grande Lisboa X – Cacém-Queluz	Cacém Queluz	204043	345
Grande Lisboa XI - Cascais	Cascais Parede	219444	399
Grande Lisboa XII – Vila Franca de Xira	Alhandra Póvoa de Santa Iria Vila Franca de Xira1	138767	279
Península de Setúbal I - Almada	Almada Costa da Caparica Cova da Piedade	205480	467
Península de Setúbal II – Seixal-Sesimbra	Amora Corroios Seixal Sesimbra	219211	507
Península de Setúbal III – Arco Ribeirinho	Alcochete Baixa da Banheira Barreiro Moita Montijo Quinta da Lomba	239703	541

Nome do ACES	Centros de Saúde	N.º utentes inscritos	Total de Recursos Humanos afectos ao ACES
Península de Setúbal IV – Setúbal-Palmela	Palmela Setúbal/Bonfim Setúbal/São Sebastião	201965	472
Oeste I – Oeste Norte	Alcobaça Bombarral Caldas da Rainha Nazaré Óbidos Peniche	197717	450
Oeste II – Oeste Sul	Alenquer Arruda dos Vinhos Cadaval Lourinhã Sobral de Monte Agaço Torres Vedras	192878	450
Médio Tejo I – Serra D’Aire	Alcanena Entroncamento Ourém Fátima Torres Novas	126376	349

Nome do ACES	Centros de Saúde	N.º utentes inscritos	Total de Recursos Humanos afectos ao ACES
Médio Tejo II - Zêzere	Abrantes Constância Ferreira do Zêzere Sardoal Tomar Vila Nova da Barquinha	115823	329
Lezíria I - Ribatejo	Azambuja Cartaxo Golegã Rio Maio Santarém	143780	426
Lezíria II	Almeirim Alpiarça Benavente Chamusca Coruche Salvaterra de Magos	115371	371
		Total de Utentes inscritos: 4105738	

Fonte: Portaria n.º 276/2009 de 18 de Março

4.2. – Instrumento de Recolha dos Dados

Para recolher os dados primários, foi construído um inquérito por questionário estruturado, com quinze perguntas fechadas e uma aberta (Anexo I).

Na primeira parte do questionário são colocadas questões referentes à caracterização do Agrupamento: distrito em que se insere, número de utentes inscritos, instrumento de avaliação de desempenho utilizado e número de centros de saúde abrangidos antes da reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários.

Para analisar o conjunto de mecanismos de participação desencadeados pelos ACES, foi elaborada uma questão fechada com hipótese de resposta sobre os mecanismos apresentados por Avis (1997), Uzzi (2003), Cleary (1999) e Tasa (1996): Tratamento de Reclamações, Caixa de Sugestões, Linhas Azuis, Inquéritos de Satisfação. *Focus Groups* e Comentários Informais. Também foi incluída a opção Cliente Mistério, Nenhum e Outros.

Sendo as reclamações e as sugestões os únicos mecanismos impostos por lei, entendeu-se ser pertinente averiguar quem é o responsável pelo seu tratamento, bem como o número médio mensal de reclamações e sugestões recebidas. Também perguntámos se os inquéritos de satisfação, quando aplicados, são iguais ou não em todos os centros de saúde.

Dada a importância de utilizar mecanismos para obter a “voz” dos utentes, tentámos apurar o nível de utilidade considerado pelos ACES em cada mecanismo. A questão foi formulada utilizando uma escala de cinco pontos de Likert, em que: 1 – Nada útil e 5 – MUITÍSSIMO útil.

Draper (1997) considera que a participação do paciente tem um valor acrescentado para a gestão da qualidade. Para apurar o grau de importância atribuído por parte dos ACES à participação dos utentes na melhoria da qualidade, foi construída uma pergunta usando uma escala de Likert de cinco pontos em que: 1 – Nada importante e 5 – MUITÍSSIMO importante.

Tal como Lovelock e Wirtz (2002) e Schkesinger e Mitchell (2002) apresentaram nos seus estudos, existem barreiras que levam os pacientes a não exercerem a sua “voz”. Sendo assim, criámos uma questão para determinar quais as principais barreiras que, na perspectiva do ACES, contribuem para o utente não transmitir *feedback* às organizações

de saúde. De acordo com os autores acima referidos, as hipóteses de resposta criadas foram: Nível de Escolaridade, Esforço em reclamar, Idade, Medo de ser mal tratado, Não conhecer o melhor método para reclamar. Foi ainda criada a hipótese Outro.

Também do lado da organização existem entraves, neste caso, à valorização do *feedback* dos pacientes, conforme sugerem Tasa (1996), Davies e Cleary (2005). Assim, construímos uma questão para saber quais as barreiras organizacionais à divulgação do *feedback* dos utentes. As opções de resposta foram construídas com base nas conclusões dos autores acima referidos: Medo, Falta de tempo, Incerteza sobre se a mudança será eficaz, Resistência à mudança, Ceticismo clínico, Falta de interesse e Informação recolhida não estar relacionada com aspectos de melhoria.

Ainda no âmbito desta questão, também procurámos investigar se os resultados obtidos via mecanismos de participação eram divulgados aos utentes e se a divulgação dos resultados era feita exclusivamente no centro de saúde onde se captou a informação do utente, ou se todos os centros de saúde do ACES têm acesso aos resultados obtidos através dos mecanismos de participação.

Procurámos também analisar se o *feedback* dos utentes condicionava ou não as decisões tomadas. As hipóteses de resposta eram: Nunca, Raramente, Frequentemente, Sempre.

Na parte final do questionário colocámos duas questões relativamente à reorganização dos centros de saúde. Uma das questões, de resposta fechada, tenta avaliar se os ACES consideram que a nova reestruturação terá impacto sobre a participação do utente. A segunda questão, de resposta aberta, pede que sejam apresentadas vantagens e desvantagens da concentração dos gabinetes de utente num espaço único – Gabinete do Cidadão.

Os vinte e dois Agrupamentos dos Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo foram inicialmente contactados telefonicamente entre 5 e 16 de Março de 2010. Após conversa telefónica, foram-nos dados os *e-mails* dos Directores Executivos de alguns ACES, noutros casos, o do responsável do Gabinete de Cidadão, para enviarmos o questionário.

No dia 10 de Abril de 2010, foi reforçado o envio do questionário para os ACES que ainda não tinham respondido, para os Gabinetes de Cidadão, via *e-mail*.

A 4 de Maio de 2010 fez-se mais um reenvio do questionário, obtendo-se mais duas respostas. No total recebemos 12 questionários, o que corresponde a uma taxa de resposta de 50%. Note-se que no seu conjunto os 12 ACES representam 1.990.100 utentes.

4.3. – Análise dos Dados

Como o objectivo do nosso trabalho se prende essencialmente com a caracterização dos Agrupamentos de Centros de Saúde, decidimos usar a estatística descritiva.

Os dados recolhidos através do questionário foram tratados no software SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 16.0, e algumas tabelas construídas a partir do *Microsoft Excel* versão *Office 2003*.

Capítulo 5. Apresentação e Discussão dos Resultados

5.1. – Caracterização dos ACES participantes

Foram recepcionados doze questionários respeitantes a doze ACES, que englobam um total de um milhão, novecentos e noventa mil e cem utentes inscritos. Como consta da Tabela 11, dentro desta amostra, sete dos ACES estão localizados no distrito de Lisboa, três em Santarém, um em Setúbal e outro no distrito de Leiria. Ao conjunto dos doze ACES correspondem quarenta e sete Centros de Saúde antes da reconfiguração.

Tabela 11 – Caracterização dos ACES em estudo

ACES	Distrito	N.º utentes inscritos	N.º Centros Saúde abrangidos	Avaliação Desempenho	Responsável Gabinete Cidadão
1	Lisboa	170000	2	Sim	Assistente Social
2	Setúbal	166825	3	Não	Assistente Social
3	Leiria	120000	6	Sim	Assistente Técnico
4	Lisboa	214000	8	Sim	Técnico Superior de Direito
5	Santarém	147727	5	Sim	Assistente Social
6	Lisboa	141000	3	Sim	Técnico Superior de Serviço Social
7	Lisboa	216400	2	Sim	Assistente Técnico
8	Lisboa	145868	3	Sim	Técnico Superior de Serviço Social
9	Santarém	110000	6	Não	Assistente Técnico
10	Santarém	126375	5	Sim	Técnico Superior
11	Lisboa	210000	2	Sim	Técnico Superior de Serviço Social
12	Lisboa	221905	2	Sim	Técnico Superior de Sociologia
Total		1990100	47		

Conforme se constata na Tabela 11, em todos os ACES o responsável do Gabinete do Cidadão não é médico nem enfermeiro, variando entre técnico superior de Serviço Social, de Sociologia, de Direito e assistente técnico.

5.2. – Mecanismos de auscultação utilizados e sua importância

Podemos afirmar, tal como evidenciado na Tabela 12, que todos os ACES que constituem o nosso estudo desencadeiam mecanismos de auscultação aos seus utentes.

Tabela 12 - N.º ACES por mecanismo de auscultação

Mecanismos de Auscultação	N.º ACES que pratica n=12	Percentagem de penetração (%)
Tratamento das Reclamações	12	100
Caixa de Sugestões	11	91,7
Cliente Mistério	0	0
Linhas Azuis	0	0
Inquéritos de Satisfação	4	33,3
<i>Focus Groups</i>	0	0
Comentários Informais	3	25,0
Nenhum	0	0
Outro	3	25,0

Após análise, concluímos que os mecanismos com maior grau de implementação (reclamações e sugestões) são os impostos por lei.

A opção “Outro” apontada por três ACES corresponde a cartas, *e-mails* e ao Portal do Cidadão.

Relativamente aos Inquéritos de Satisfação, apurámos que quatro ACES já os aplicam e que dois ACES os tencionam aplicar brevemente.

No que concerne ao grau de importância atribuído pelos ACES à auscultação dos utentes para melhoria da qualidade, constatou-se, como evidenciado na Tabela 13, que 41,7% dos ACES inquiridos a consideram muito importante:

Tabela 13 - Importância da Participação

	Frequência (n=12)	Percentagem (%)	Percentagem Acumulada (%)
Pouco Importante	1	8,3	8,3
Importante	3	25,0	33,3
Muito Importante	5	41,7	75,0
Muitíssimo Importante.	3	25,0	100,0
Total	12	100,0	

Analisámos ainda o grau de utilidade conferido pelos ACES a cada mecanismo de participação apresentado (veja-se a Tabela 14):

Tabela 14 - N.º respostas dos ACES perante uma escala de utilidade para os diferentes mecanismos

	Nada útil	Pouco Útil	Útil	Muito Útil	Muitíssimo Útil	Total (n=12)	Importância Média
Tratamento das Reclamações			2	4	6	12	8,2
Caixa de Sugestões	1		6	1	4	11	7
Cliente Mistério	1	1	3		3	8	5,9
Linhas Azuis	1		3	3		7	--
Inquéritos de Satisfação	1		3	3	4	11	6,9
<i>Focus Groups</i>	1	1	2	2	1	7	--
Comentários Informais	1		1	6	2	10	6,7
Outro				1	1	2	--

O tratamento de reclamações é considerado muitíssimo útil por seis ACES, seguindo-se a Caixa de Sugestões (quatro ACES apreciam-na como muitíssimo útil).

Comparando estes dois mecanismos impostos por lei, constata-se que dez dos ACES consideram o Tratamento das Reclamações muito ou muitíssimo útil, enquanto a Caixa de sugestões foi considerada muito ou muitíssimo útil por cinco ACES, ou seja, metade daqueles. Os ACES parecem assim privilegiar a participação dos utentes sobretudo na identificação de pontos fracos e menos na concepção de alternativas.

Verifica-se também que oito ACES consideram os Comentários Informais muito ou muitíssimo útil. É possível que estes comentários se substituam em parte à Caixa de Sugestões, sendo assim identificados como um mecanismo de maior utilidade do que aquele que é imposto por lei. É curioso que apenas três ACES identificaram os Comentários Informais como um dos mecanismos de auscultação por eles utilizados (veja-se Tabela 12).

De modo semelhante, os Inquéritos de Satisfação são apreciados por sete ACES como muito ou muitíssimo útil. No entanto apenas quatro ACES o têm implementado.

Um último dado a realçar é a quase total ausência de respostas nas categorias “Nada Útil” e “Pouco Útil”, independentemente de serem mecanismos implementados ou não. De referir ainda, que alguns ACES não responderam ao grau de utilidade considerado em alguns dos mecanismos propostos.

Para analisarmos a importância média imputada a cada um dos mecanismos criámos uma escala variando entre 0 e 10 pontos. Atribuímos pontos a cada uma das hipóteses de resposta do nível de utilidade e dividimos pelo número de respostas. Considerámos:

- Nada Útil - 0;
- Pouco Útil – 2
- Útil – 5
- Muito Útil – 7
- MUITÍSSIMO Útil – 10

O cálculo da importância média está apresentado na Tabela 14. Podemos então concluir que os cinco mecanismos mais importantes são: o Tratamento de Reclamações, ponderado como o mais importante, seguindo-se a Caixa de Sugestões e os Inquéritos de Satisfação e por último os Comentários Informais e o Cliente Mistério com uma importância média atribuída de 6,7 pontos 5,9 pontos respectivamente. Os quatro mecanismos ponderados com maior importância média são os mesmos referidos como os quatro mais utilizados pelos ACES.

Em virtude de todos os outros mecanismos apresentarem um número de respostas inferiores a 8, o que reflecte uma fraca significância estatística, não se procedeu ao cálculo da sua importância média.

Dos resultados obtidos pelo questionário constatámos ainda que relativamente ao Tratamento das Reclamações e Sugestões, o procedimento é feito pelo Responsável do Gabinete do Cidadão. Em alguns ACES este tratamento tem ainda o acompanhamento por parte da Direcção/Conselho Clínico, de Pessoal Administrativo ou de um Técnico Superior de Serviço Social.

No conjunto dos doze ACES, verificou-se uma média mensal de 448 reclamações. Num total de 1.990.100 utentes, este valor é muito pouco expressivo – os pacientes exercem muito pouco a sua “voz”.

Outra questão abordada pelo questionário refere-se ao facto de a aplicação do inquérito de satisfação ser igual ou não em todos os centros que constituem o ACES. Oito dos ACES afirma que sim, são iguais, e seis ACES não responderam (veja-se Anexo II).

Relativamente à questão “Como são divulgados os resultados referentes à participação/avaliação feitos pelos ACES?”, cinco ACES afirmaram que apenas cada centro de saúde tem acesso aos seus próprios dados, enquanto quatro ACES referem que têm acesso, não só aos seus próprios resultados, como também aos resultados globais de todos os centros de saúde que constituem o ACES. Isto leva-nos a questionar se não seria importante os ACES terem acesso a estes resultados. Será a ausência de concorrência reflexo deste comportamento?

Constatámos ainda que no que diz respeito aos resultados obtidos através dos mecanismos de participação, apenas quatro ACES os divulgam junto dos seus utentes (veja-se Anexo III).

5.3 - Barreiras à Participação dos Utentes

Dado o conjunto de barreiras apresentados no questionário, nove dos ACES seleccionaram pelo menos uma delas, considerada como influenciando os utentes a não darem o seu *feedback*. A Tabela 15 apresenta o n.º de respostas por barreira apresentada.

Tabela 15 - N.º de Resposta por Barreira à Participação do utente

Barreira	Nº ACES que respondeu (n=12)	Percentagem (%)
Nível de Escolaridade	6	50
Esforço em Reclamar	5	41,67
Idade	4	33,33
Medo de ser mal tratado	2	16,67
Não conhecer o melhor método	4	33,33
Outro	2	16,67
Não respondeu	1	8,33

Através da leitura da tabela, podemos concluir que o nível de escolaridade, o esforço em reclamar e a idade são as principais barreiras que os ACES consideram que levam os utentes a não exercer a sua “voz”.

O facto de os Agrupamentos de Centros de Saúde desencadearem mecanismos de auscultação dos seus utentes, não significa que o *feedback* recebido seja divulgado por toda a organização.

Tal como Davies e Cleary (2005) defenderam, existem barreiras organizacionais que levam a que não se divulgue o *feedback* dos utentes.

A Tabela 16 apresenta o número de barreiras apontadas por ACES.

Tabela 16 - N.º de Resposta por Barreira Organizacional

Barreira	NºACES que responderam (n=12)	Percentagem (%)
Medo	1	8,33
Falta de Tempo	4	33,33
Incerteza sobre se a mudança será eficaz	2	16,67
Falta de competência e aptidões por parte do staff	0	0
A informação recolhida não está relacionada com aspectos de melhoria	0	0
Resistência à mudança	2	16,67
Cepticismo clínico	2	16,67
Falta de interesse	3	25
Não Respondeu	3	25
Outro	1	8,33

A falta de tempo e a falta de interesse são as barreiras que mais ACES encaram como entraves à divulgação do *feedback* na organização. A “Resistência à Mudança”, o “Cepticismo Clínico” e a “Incerteza sobre se a mudança será eficaz” foram categorias respondidas apenas por dois ACES.

É de realçar que esta questão apresenta um número baixo de respostas em cada barreira apresentada o que pode significar que na opinião dos ACES podem não ser barreiras importantes. No entanto, apenas um ACES referiu a barreira “Outro” (e não foi especificada pelo inquirido).

5.4. – Contexto das Reformas

Apurámos que dez dos ACES que colaboraram no nosso estudo utilizam um instrumento de avaliação de desempenho. Deste dez ACES, oito têm implementado o SIADAP.

Outros resultados apurados referem-se à reorganização dos Centros de Saúde. É consensual em dez dos ACES que esta nova configuração terá impacto sobre a participação dos utentes. Os restantes dois apontam a indiferença.

A nova reorganização dos centros de saúde em Agrupamento de Centros de Saúde revela vantagens e desvantagens no que concerne ao relacionamento com os utentes, sobre as quais inquirimos os ACES. A Tabela 17 apresenta uma síntese da informação colhida.

Tabela 17 - Quadro Síntese das Vantagens e Desvantagens da nova Reconfiguração dos Centros de Saúde

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> • Concentração de informação para tomada de decisão • Rentabilização de Recursos • Estrutura organizada com critérios e procedimentos uniformes • Maior e melhor controlo do tratamento das exposições • Maior conhecimento dos factores que originam (in)satisfação • Celeridade na implementação de medidas correctivas • Facilita a participação dos cidadãos na melhoria contínua da organização e funcionamento do serviço 	<ul style="list-style-type: none"> • Ainda não estão reunidas todas as condições técnicas • Demora na resposta ao utente • Atraso na implementação de medidas para a gestão • Falta de proximidade do Gabinete com o cidadão • Ainda não identificadas nesta fase

5.5. – Notas Finais e Implicações do Estudo

Os antigos centros de saúde eram vistos como locais conotados com atrasos dos médicos para as consultas, horas de espera, desde madrugada, para se ter uma consulta no próprio dia e muitos problemas pela falta de serviço de atendimento permanente (SAP).

O propósito da criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde visa garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma determinada área geográfica, procurando manter os princípios de equidade e solidariedade, para que toda a população partilhe dos avanços científicos e tecnológicos postos ao serviço da saúde e do bem-estar (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2009)

As novas unidades de saúde que integram os ACES surgem da necessidade de satisfazer essas necessidades, garantindo que todos os recursos funcionem de forma racional, eficiente e rigorosa.

Agora, os doentes via telefone ou pela Internet (e-Agenda) facilmente agendam uma consulta médica regular, ou mesmo urgente, com o seu médico de família. E em caso de falha de algum profissional, a equipe intersubstitui-se, assegurando da melhor forma possível os cuidados necessários (sejam de Enfermagem ou de Medicina).

As novas unidades passam a ser avaliadas e remuneradas consoante o seu desempenho quanto ao cumprimento do contrato-programa. Os profissionais de saúde passam a estar mais motivados, pois gerem os objectivos em saúde localmente, com inegáveis resultados para as comunidades que servem.

Acreditamos que esta nova reconfiguração melhorará a qualidade funcional defendida por Gröonos (2007), no que se refere a um atendimento mais rápido, uma melhor ligação com outros serviços, melhor comunicação e disponibilidade dos serviços (Draper, 1997). Perante isto, será de esperar que a preocupação com a satisfação do utente acresça e se criem mecanismos para obter o seu *feedback* -- o utente passa a ser visto como um cliente.

Sabemos que os clientes desempenham um papel fundamental na melhoria da qualidade organizacional, sobretudo quando estão predispostos a participar activamente, desencadeando a sua “voz”, fornecendo críticas e julgamentos que podem contribuir para assegurar a qualidade nos serviços de saúde.

No caso em estudo, verifica-se que os mecanismos de auscultação “Tratamento de Reclamações” e “Caixa de Sugestões” são os mais frequentes nos ambientes de saúde que constituem o ACES. Estes dois mecanismos são os obrigatórios legalmente (Dec-Lei nº135/99, de 22 de Abril). Certo é que 41,7% dos ACES consideram *muito importante* a importância da participação do utente, mas apenas quatro ACES praticam outro mecanismo (inquérito de satisfação) e três ACES utilizam os comentários informais para além dos impostos por lei.

Segundo Draper (1997), podemos concluir que no nosso estudo o nível de participação existente encontra-se nas categorias de participação consultada (recorrendo aos mecanismos de auscultação) e através de informação recebida (veja-se Tabela 5).

Ao reflectirmos sobre este resultados, debatemo-nos com a questão: com um serviço nacional de saúde tendencialmente gratuito, será que há grandes estímulos em se preocuparem na multiplicação de mecanismos para recolher o *feedback* do utente?

Outra razão que nos leva a reflectir sobre os resultados apurados está relacionada com os conceitos introduzidos por Hirshman (1970)¹¹: *exit* e *voice*. No caso dos antigos centros de saúde, actuais unidades funcionais, o facto de o *exit* não ter grande força e a concorrência nos cuidados primários ter ainda pouca representação pode não tornar (ainda) imperativa a prioridade da “voz” do utente na melhoria da qualidade.

Este facto pode ainda justificar a falta de interesse em não se divulgar os dados na organização. Há a consciência de que é um serviço necessário. Basta pensarmos que uma grande parte da população-alvo que frequenta os centros de saúde não tem alternativa a outros meios.

Não conhecemos exactamente o perfil -- tratar-se-á de um perfil com um nível de escolaridade baixo? Pessoas com idade mais avançada? Presentirão estas pessoas que o esforço em manifestar *feedback* resultará em nada? Remetemos para esta questão, porque 50% dos ACES consideram que a principal causa para os utentes não participarem se deve ao seu nível de escolaridade, ao esforço em reclamarem (41,6%) e à idade (33,3%). A teoria revela que pessoas mais velhas tenderão menos a reclamar (Schlesinger e Mitchell, 2002) e as estatísticas confirmam que Portugal tem um nível de escolaridade inferior a alguns países da União Europeia (OCDE, 2007).

Outra ideia a considerar é a de que este sector se reveste de incerteza quando os utentes vão utilizar os cuidados de saúde públicos; isto leva-nos a concluir que haverá utentes pouco utilizadores do serviço, não tendo assim experiências para avaliar e participar sobre a qualidade do mesmo, sendo que os utilizadores mais frequentes tendem a ser precisamente os mais idosos, que por sua vez são, e de acordo com os resultados deste trabalho, menos propensos a manifestar os seus pontos vista. Ainda sobre a

¹¹ Citado por Cleary (1999).

participação, os resultados sugerem que os utentes dos ACES em análise são pouco activos na procura de participação.

No que se refere à divulgação na organização dos dados provenientes da auscultação dos clientes, verificámos que a falta de interesse, a falta de tempo e a incerteza sobre se a mudança será eficaz são os motivos mais importantes

Ao reflectir sobre estas questões, não nos podemos esquecer que os ACES estão numa fase inicial e de consolidação. Os recursos humanos, habituados ao modelo tradicional, agem agora mediante objectivos de desempenho a cumprir. A nova cultura não é assimilada de forma instantânea.

Capítulo 6. Conclusões, Limitações e Investigação Futura

A captação do *feedback* do utente reveste-se de grande importância para a qualidade dos serviços de saúde, devendo as organizações preocupar-se em desencadear mecanismos que garantam a participação dos utentes.

Os actuais centros de saúde do país sofreram uma reestruturação, estando agora agrupados em Agrupamentos de Centros de Saúde. Esta reforma assenta sobretudo na melhoria da participação dos ACES com a comunidade, aspecto em que 83,3% dos ACES inquiridos considera que haverá impacto.

O nosso estudo procurou apurar se os novos ACES desencadeiam mecanismos para obter o *feedback* dos utentes, quais as razões para os utentes não participarem e quais os principais entraves para as organizações de saúde não divulgarem o *feedback* recolhido.

Para concretizar este objectivo, foi aplicado um questionário aos ACES da ARS de Lisboa e Vale do Tejo durante o período de Março a Maio de 2010.

Verificámos que 41,7% dos ACES que colaboraram no estudo considera a participação do utente *muito importante* e que todos praticam pelo menos um mecanismo de auscultação junto dos utentes. Aferimos também que todos utilizam o mecanismo “Tratamento de Reclamações” e 50% consideram-no *muitíssimo útil*. 91,7% dos ACES utilizam a “Caixa de Sugestões” e 50% consideram-na *útil*. Estes dois mecanismos são os impostos por lei. Concluímos ainda que 33,3% dos ACES utilizam Inquéritos de Satisfação e outros 25% dão relevância aos “Comentários Informais”. Os “Comentários Informais” são considerados por seis ACES *muito úteis*. Constata-se que pelo menos mais dois ACES tencionam aplicar brevemente inquéritos de satisfação.

Relativamente aos dados colhidos pelos mecanismos, quatro ACES referem que têm acesso não só aos seus próprios resultados, como também aos resultados globais das outras unidades que constituem o ACES. Quanto à publicação desses dados junto dos utentes, apenas quatro ACES revelaram divulgá-los.

Embora existam vários mecanismos de participação, não podemos ignorar a existência de barreiras que levam os utentes a não fornecer o seu *feedback*. O nível de

escolaridade, o esforço em reclamar e a idade são os factores com maior frequência apontados pelos ACES para a baixa participação. Esta explicação pode, em parte, ser corroborada por estatísticas oficiais, pois realmente assistimos a um país envelhecido e com um nível de escolaridade inferior a alguns países da União Europeia.

Concluimos também que a falta de tempo e a falta de interesse são as principais razões apontadas pelos ACES para não divulgarem o *feedback* obtido dos utentes na organização.

Interessa ainda salientar que na actual rede de cuidados primários não é comum verificar-se o *exit*, sendo aquela vista como um serviço essencial. Atendendo a este ponto, será de esperar que a prioridade na “voz” do utente para melhoria da qualidade não seja (ainda) crucial.

Não podemos esquecer uma limitação do estudo: os ACES e as novas unidades funcionais ainda se estão a consolidar e a mudar para um paradigma em que são remunerados pelo seu desempenho, tendo objectivos a cumprir. Isto sugere uma mudança na cultura organizacional àquela que estavam habituados.

Assim, a primeira limitação passa pelo facto de este estudo ter sido conduzido numa fase inicial de funcionamento dos ACES, em que a curva de aprendizagem ainda é “curta”.

Uma segunda limitação que encontramos é a de que 45,5% dos ACES não participaram no estudo, o que corresponde a 2.115.647 utentes.

Uma terceira limitação está relacionada com os dados em si. Dos doze ACES que responderam, alguns não responderam a todas as questões colocadas (*missing values*).

As novas unidades passam a estar centradas no utente e é possível que a tendência em multiplicar os mecanismos para obter a “voz” do utente se acentue com o passar do tempo. É de crer que com o progredir da curva de aprendizagem dos Agrupamentos de Centros de Saúde, estes se interessem em captar “mais” do utente e que as barreiras internas para a não divulgação dos dados se minimizem. A par disto torna-se também importante auscultar os clientes internos e privilegia-se a realização de círculos da qualidade para debater a forma de melhorar a qualidade e produtividade.

Para finalizar, propomos que no futuro se conduzam estudos para analisar o impacto na satisfação do utente da reestruturação dos ACES, aplicando um estudo idêntico num ciclo de vida mais avançado dos ACES, para analisar se se desencadeiam mais mecanismos. Seria igualmente importante fazer um estudo idêntico mas junto dos utentes para apurar se participam ou não e qual a vantagem percebida de o fazer. Sugerimos ainda um estudo semelhante aplicado aos hospitais e ao sector privado de saúde, para confronto objectivo de dados.

Bibliografia

Adami N., Maranhão A.M.S.A. *Qualidade dos Serviços de Saúde: Conceitos e Métodos Avaliativos*. Acta Paul. Enf. (1995); 8 (4): 47-55.

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Recuperado em 2010, Abril e Maio de <<http://www.arslvt.min-saude.pt/PrestacoesCuidadosSaude/UnidadesDeSaude/Documents/AGRUPAMENTOS.pdf>>

Albrecht K., Zemke R. (1992). *Revolução nos Serviços: Como as empresas podem revolucionar a maneira de tratar os seus clientes*. 2ª Ed. São Paulo: Pioneira.

António N.S., Teixeira A. (2007). *Gestão da Qualidade: De Deming ao modelo de excelência da EFQM*. Lisboa: Edições Sílabo.

Avis M. *Incorporating patients' voices in the audit process*. Quality in Health Care (1997); 6: 86-91.

Berry L., Zeithaml A., Parasuraman A. *Quality counts in services, too*. Business Horizons (1985); 44-52.

Barros P.P. (1999, Maio). *Eficiência e qualidade: mitos e contradições*. Comunicação apresentada no Colóquio-debate “Eficiência e Justiça em Cuidados de Saúde”. Recuperado em 2010, Janeiro 17, de <<http://ppbarros.fe.unl.pt/My%20Shared%20Documents/ac-ciencias.pdf>>.

Barros P.P. (2005). *Economia da Saúde. Conceitos e Comportamento*. Coimbra: Edições Almedina.

Berry L., Parasuraman A. *Listening to the Customer – The Concept of a Service-Quality Information System*. Sloan Management Review (1997); 65-76.

Biscaia A., Martins J., Carreira M., Gonçalves I., Antunes A., Ferrinho P. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Reformar para novos sucessos*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.

Branco A.G., Ramos V. *Cuidados de Saúde Primários em Portugal*. Revista Portuguesa de Saúde Pública (2001); 2: 5-12.

- Bryant J., Saxton M., Madden A., Bath N., Robinson S. *Consumers' and providers' perspectives about consumer participation in drug treatment services: is there support do more? What are the obstacles?* Drug and Alcohol Review (2008); 27: 138-144.
- Cahill J. *Patient participation – a review of the literature.* Journal of Clinical Nursing (1998); 7: 119-128.
- Carvalho G., Lavouras H., André I. *O Futuro dos Centros de Saúde.* Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2004).
- Cleary P.D. *The increasing importance of patient surveys. Now that sound methods exist, patient surveys can facilitate improvement.* BMJ (1999); 319:720-1.
- Davies E., Cleary P.D; *Hearing the patient's voice? Factors affecting the use of patient survey data in quality improvement.* QSHC (2005); 14:428-432.
- Direcção-Geral de Saúde. *Centros de Saúde de Terceira Geração: Manual para a Mudança.* (2002).
- Donabedian A. *The seven pillars of quality.* Arch Pathol Lab Med. (1990); 114(11):1115-8
- Donabedian A. *Quality assurance in health care: consumers' role.* Quality in Health Care (1992); 1: 247-251.
- Draper M. (1997). *Involving consumers in improving hospital care: lessons from Australian hospitals.* Canberra: Public Affairs, Parliamentary and Access Branch.
- Ferreira P.L., Raposo V. *Mecanismos de “voz” dos Cidadãos Utilizadores de Serviços de Saúde.* FEUC – Artigos em Livros de Actas (1999); 1-4.
- Fitzsimmons J.A.; Fitzsimmons M. J. (2004). *Administração de Serviços : operações, estratégia e tecnologia da informação.* São Paulo: Bookman.
- Garvin D. *Competing on the eight dimensions of quality.* Harvard Business Review (1987).
- Gomes P.J.P. *A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação.* Cadernos de Biblioteconomia Arquivística e Documentação Cadernos BAD (2004); 6-18.
- Grönroos C. (2007). *Service Management and Marketing: Customer Management in Service Competition.* (3.^aEd.). Chicester: Wiley.
- Hearnshaw H, Baker R., Cooper A., Eccles M., Soper J. *The costs and benefits of asking patients for their opinions about general practice.* Famile Praticce (1996); 13(1): 52-58.
- Hespanhol A. (2003). *Motivações na procura de cuidados e satisfação dos utentes do Centro de Saúde São João.* Tese de mestrado inédita. Porto: Universidade do Porto: Faculdade de Economia.

Hespanhol A. *A imagem dos serviços de saúde e dos médicos de família em Portugal*. Revista Portuguesa de Clínica Geral (2005); 21: 185-191.

Kotler P. (1996). *Administração de Marketing: Análise, Planejamento, Implementação e Controle*. (3.^a Ed.). São Paulo: Editora Atlas.

Lovelock C., Wirtz J. (2008). *Marketing de Serviços: Pessoas, Tecnologia e Resultados*. (5.^a Ed.). São Paulo: Pearson Prentice Hall.

Maguad B.A. (2009, Fevereiro). *Using QFD to integrate the voice of the customer into the academic planning process*. Comunicação apresentada na Conferência Annual ASBBS, Las Vegas.

Marino P.B. *We are the voice of the customer. Marketers must push to meet consumer needs*. Marketing Health Service Summer (2003).

Ministério da Saúde. *Carta dos direitos e deveres dos doentes*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde (1997).

Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2004/2010 Volume I - Prioridades*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde (2004).

Mrtvi V. O. (2003). *O Impacto da Percepção do tempo de espera para atendimento em clínicas médicas na avaliação da qualidade do serviço pelo consumidor*. Comunicação apresentada no VI Seminário em Administração FEA-USP.

Nelson E. Caldwell C., Quinn D., Rose R. *Gaining customer knowledge: obtaining and using customer judgments for hospitalwide quality improvement*. Topics in Health Record Management (1991); 11(3): 13-26.

Nelson E., Batalden P. *Patient-based Quality Measurement Systems*. Quality Management in Health Care (1993); 2 (1): 18-30.

Nogueira S. (2008). *Qualidade e Satisfação em Serviços de Saúde: Uma abordagem da avaliação do desempenho*. Tese de mestrado inédita. Lisboa: ISCTE, Departamento de Sociologia.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L.. *A conceptual model of services quality and its implication for future research*. Journal of Marketing (1985); 49 (4): 41-50.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L.. *SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality*. Journal of Retailing (1988); 64(1): 12-37.

Pisco L. *MoniQuOr*. Instituto da Qualidade em Saúde (2004).

Pisco L., Biscaia J.L. *Qualidade de cuidados de saúde primários*. Revista Portuguesa de Saúde Pública (2001); 2: 43-51.

Pisco L. (2006). Entrevista com o Coordenador da Missão para cuidados de saúde Primários, disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigos+de+imprensa/uspverao.htm>. Recuperado em 2010, Março 19.

Ramsaran-Fowdar R.R. *Identifying health care quality attributes*. Journal of Health & Human Services Administration (2005); 428-442.

Rodrigues J., Biscaia J.L., Ministro L., Pisco L. (1999). *Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Rodrigues P., Dávila M. *Gestão da Qualidade em Serviços de Health & Fitness*. Biblioteca Digital do Instituto Politécnico de Bragança (2009) - <http://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/1237/1/GESTAO%20DA%20QUALIDADE%20EM%20SERVICOS%20DE%20HEALTH&FITNESS.pdf>

Sá, P.M.; Sintra O.F. *Modernização administrativa e gestão da qualidade: um estudo empírico nos municípios portugueses*, FEUC/Gabinete de Qualificação na Administração (2008): 57-80..

Sá P.M. (1998). *Gestão da qualidade total nas escolas : o planeamento da qualidade aplicado ao ensino pré-escolar*. Tese de mestrado inédita. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia.

Salomi, G.E., Miguel, P.A. *Uma Revisão dos modelos para medição da qualidade em Serviços*. Revista Produção (2004); 4 (1)

Schauerman S., Manno S., Peachy B. (1993, Fevereiro). *Listening to the Voice of the Customer*. Paper apresentado na CCBIA/League for Innovation in the Community College Conference.

Schlesinger M., Mitchell S., Elbel B. *Voices Unheard: Barriers to Expressing Dissatisfaction to Health Plans*. The Milbank Quarterly (2002); 8(4): 709-755

Scott G. *The Voice of the customer: Is anyone listening?* Journal of Health Care Management (2001); 221-223.

Silvestro R. *Positioning services along the volume-variety diagonal. The contingencies of service design, control and improvement*. International Journal of Operations & Production Management (1999); 19(4): 399-420.

Stevens C.M. *Voice in medical-care markets: "Consumer participation"*. Social Science Information (1974); 13(3): 33-48.

Tasa K., Baker R., Murray M. *Using Patient Feedback for Quality Improvement*. Quality Management in Health Care (1996); 4(2): 55-67.

Uzzi J. A. *Listening to 'Voice of Customer' tells you all you want to know*. Insurance Advocate (2003); 37.

Vilelas J. (2009). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

Vingerhoets E., Wensing M., Grol R. *Feedback of patients' evaluations of general practice care: a randomized trial*. Quality in Health Care (2001); 10: 224-228.

Wang M., Wang J. Zhao J. *An Empirical study of the effect of customer participation on service quality*. Journal of quality Assurance in Hospital & Tourism (2007); 8(1): 49-73.

Wensing M., Grol R., Weel C., Felling A. *Quality assessment using patients' evaluations of care*. European Journal of General Practice (1998); 4:155-8.

Wensing M, Elwyn G. *Improving the quality of health care: Methods for incorporating patient's views in health care*. BMJ (2003);326: 877-879.

Wensing M, Vingerhoets E, Grol R. *Feedback based on patient evaluations: a tool for quality improvement?* Patient Education and Counseling (2003); 51: 149-153

Wensing M, Vingerhoets E, Grol R. *Feedback of patient's evaluations of general practice care: a randomized trial*. Quality in Health Care (2001); 10: 224-228.

Internet

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/grandes+opcoes+do+plano+para+a+saude/reforma+csp.htm>. Recuperado em 2009, Agosto 31.

http://www.portaldocidadao.pt/PORTAL/entidades/MS/SGMS/pt/SER_marcacao+de+consultas+em+centros+de+saude.htm. Recuperado em 2010, Janeiro 22.

<http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=28>. Recuperado em 2010, Janeiro 22.

<http://www.healthaction21.eu/node/299>. Recuperado em 2010, Abril 4.

<http://media.photobucket.com/image/divisao%20de%20portugal%20em%20Administra%2525C3%2525A7oes%20regionais%20de%20saude/antoniobaptistacoelho/01MJereg.jpg>. Recuperado em 2010, Maio 13.

http://www.mcsp.minsaude.pt/Imgs/content/article_963/Regulamento_marca_21_Nov2008.pdf. Recuperado em 2010, Maio 22.

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=RENRLAGE>. Recuperado em 2010, Junho 30.

Diplomas Legais

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

Lei n.º 10/2004 de 22 Março

Decreto-Lei nº135/99 de 22 de Abril

Decreto-Lei nº 157/99 de 10 de Maio

Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro

Portaria 276/2009 de 18 de Março

Anexos



Anexo I – Questionário aplicado aos Agrupamentos de Centros de Saúde

FACULDADE DE ECONOMIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Este questionário insere-se no âmbito de uma dissertação de mestrado em Estratégia Empresarial. Tem como objectivo recolher informação sobre os mecanismos existentes de participação dos Utentes nos Agrupamentos de Centros de Saúde. As informações recolhidas são confidenciais pelo que os seus dados serão apenas tratados em termos agregados. Agradeço, desde já, a disponibilidade no seu preenchimento.

I – Caracterização do Agrupamento de Centro de Saúde

- 1 – Distrito em que se insere: _____
- 2 – N.º Centros de Saúde incluídos no ACES: _____
- 3 - N.º utentes que abrange o ACES: _____
- 4 – O ACES utiliza algum instrumento de avaliação de desempenho? Se sim, qual?
Sim Qual? _____ Não
- 5 – Quantos Centros de Saúde tinham Gabinete de Utente? _____

II – Utilização de Mecanismos de Participação

- 1 – Quem é responsável pelo Gabinete do Cidadão?
Enfermeiro Médico Outro Quem? _____
- 2 – Quais os mecanismos de participação que o ACES utiliza para obter *feedback* dos seus utentes?
Tratamento de Reclamações *Focus Groups*
Caixa de Sugestões Comentários Informais
Cliente Mistério Nenhum
Linhas Azuis Outros : _____
Inquéritos de Satisfação

3 – Na sua opinião, quais são as principais barreiras para os utentes não darem *feedback*?

Nível de Escolaridade Medo de serem mal tratados
 Esforço em reclamar Não conhecer o melhor método para reclamar
 Idade Outro _____

4 - Quem faz o tratamento das reclamações?

Responsável pelo Gabinete do Cidadão Pessoal Administrativo
 ARS Outro : _____

5 - Quem faz o tratamento das sugestões?

Responsável pelo Gabinete do Cidadão Pessoal Administrativo
 ARS Outro : _____

6 – Qual o número médio mensal de reclamações recebidas? _____

7 – Qual o número médio mensal de sugestões recebidas? _____

8 – Avalie, de acordo com um grau de importância, a participação dos utentes para melhorar a qualidade dos Agrupamentos dos Centros de Saúde.

1 – Nada importante 4 – Muito importante
 2 – Pouco importante 5 – MUITÍSSIMO importante
 3 – Importante

9 – Classifique os seguintes mecanismos de participação de acordo com uma escala de utilidade onde: 1 - nada útil, 2 – pouco útil, 3 – útil, 4 – muito útil, 5 – muitíssimo útil, assinalando com uma cruz (X) na respectiva opção.

	1	2	3	4	5
Tratamento de Reclamações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caixa de Sugestões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linhas Azuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentários Informais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Focus Groups</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inquéritos de Satisfação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cliente Mistério	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 – Os inquéritos de satisfação, quando aplicados, são iguais em todos os Centros de Saúde do ACES?

Sim Não

11 – Como são divulgados os resultados referentes à participação/ avaliação feita pelos utentes do ACES?

Cada Centro Saúde tem acesso apenas aos seus próprios resultados

Cada Centro de Saúde tem acesso aos seus próprios resultados e aos resultados globais do ACES

12 – Os resultados obtidos pelos mecanismos de participação são divulgados aos utentes?

Sim Não

13 – Que barreiras organizacionais considera existirem à divulgação do *feedback* dos utentes?

Medo

Resistência à mudança

Falta de tempo

Cepticismo clínico

Incerteza sobre se a mudança será eficaz

Falta de interesse

Falta de competência e aptidões por parte do staff

A informação recolhida não está relacionada com aspectos de melhoria

14 – Considera que o *feedback* dos utentes condiciona as decisões tomadas?

1 – Nunca

2 – Raramente

3 – Frequentemente

4 – Sempre

15 – Considera que a reorganização dos Centros de Saúde terá impacto sobre a participação dos utentes?

Sim

Neutro

Não

16 – Na sua opinião, que vantagens e desvantagens apresenta a concentração dos gabinetes de utente num único gabinete – Gabinete do Cidadão?

Obrigada pela sua colaboração!

Caso pretenda obter os resultados deste estudo, indique o contacto para se proceder ao envio dos resultados (opcional): _____

Para qualquer informação ou esclarecimento adicional, contactar Liliana Vitorino:
lilianavitorino@sapo.pt - 966771105

Anexo II - Inquérito de Satisfação igual em todas as unidades do ACES?

InqSatis

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	8	66,7	100,0	100,0
Missing System	4	33,3		
Total	12	100,0		

Anexo III – Divulgação junto dos utentes

DivUtentes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	4	33,3	40,0	40,0
Valid Nao	5	41,7	50,0	90,0
Valid Irao ser	1	8,3	10,0	100,0
Valid Total	10	83,3	100,0	
Missing System	2	16,7		
Total	12	100,0		

Anexo IV – Dec-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro

1182

Diário da República, 1.ª série—N.º 38—22 de Fevereiro de 2008

- 3 —
4 — A rotulagem, publicidade e apresentação dos produtos em questão não deve fazer referência à eventual velocidade ou quantidade de perda de peso resultante da sua utilização.»

Artigo 3.º

Produção de efeitos

O presente decreto-lei produz efeitos a 1 de Julho de 2007.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 20 de Dezembro de 2007. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa* — *Luís Filipe Marques Amado* — *António José de Castro Guerra* — *António Fernando Correia de Campos*.

Promulgado em 6 de Fevereiro de 2008.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 11 de Fevereiro de 2008.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

Decreto-Lei n.º 28/2008

de 22 de Fevereiro

O Programa do XVII Governo Constitucional reconheceu os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde. Na verdade, os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

A legislação referente ao funcionamento dos centros de saúde datava de 1971, tendo sido reformulada em 1982 e profundamente alterada em 1999, pelo Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio. Este último diploma, visionário, estabelecia um modelo ideal de centro de saúde. Contudo, estava desajustado da realidade portuguesa, motivo pelo qual teve pouca ou nenhuma aplicação prática.

Este diploma foi revogado em 2003, pelo Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, diploma altamente contestado, por não ter em conta a diversidade das dimensões dos centros de saúde nem lhes conferir qualquer autonomia. Traduziu-se, pois, numa tentativa de melhorar o acesso aos cuidados de saúde que, infelizmente, não teve sucesso.

Ficou, assim, prevista no Programa do XVII Governo Constitucional, a revogação do Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, e a sua substituição por novo diploma. A revogação operou-se pelo Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho.

O Governo esteve, desde então, a estudar aquela que considera ser a melhor forma de incrementar o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assim como a melhor forma de os gerir, sem esquecer os ganhos em saúde conseguidos pelas unidades de saúde familiar. Deste estudo resultou o presente decreto-lei.

Uma das principais novidades da presente intervenção legislativa consiste na criação de agrupamentos de centros de saúde (ACES), serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que

têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

Destas unidades funcionais constam as unidades de saúde familiar, as unidades de cuidados de saúde personalizadas, as unidades de cuidados na comunidade, as unidades de saúde pública e as unidades de recursos assistenciais partilhados, podendo ainda existir outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários pelas administrações regionais de saúde. Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES.

Está prevista a existência de um conselho da comunidade, sendo ainda mantido o Gabinete do Cidadão.

Para efeitos de gestão, salienta-se a existência de contratos-programa, enquanto acordos celebrados entre o director executivo do ACES e o conselho directivo da administração regional de saúde pelo qual se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objectivos do ACES e os recursos afectados ao seu cumprimento e se fixam as regras relativas à respectiva execução.

Prevê-se que o presente decreto-lei possa, finalmente, dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa, equilibrada, ciente das necessidades das populações e, acima de tudo, prevê-se a melhoria no acesso aos cuidados de saúde para se poderem alcançar maiores ganhos em saúde.

Foi ouvida a Associação Nacional de Municípios Portugueses.

Foi promovida a audição à Associação Nacional de Freguesias.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, e nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

CAPÍTULO I

Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde

Artigo 1.º

Objecto

O presente decreto-lei cria os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, abreviadamente designados por ACES, e estabelece o seu regime de organização e funcionamento.

Artigo 2.º

Natureza jurídica

1 — Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde.

2 — O centro de saúde componente dos ACES é um conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, individualizado por localização e denominação determinadas.

3 — Os ACES são serviços desconcentrados da respectiva Administração Regional de Saúde, I. P. (ARS, I. P.), estando sujeitos ao seu poder de direcção.

Artigo 3.º**Missão e atribuições**

1 — Os ACES têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

2 — Para cumprir a sua missão, os ACES desenvolvem actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

3 — Os ACES desenvolvem também actividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua.

Artigo 4.º**Juridição**

1 — É fixado em 74 o número máximo de ACES, sendo a delimitação da sua área geográfica fixada por portaria conjunta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da Administração Pública, da administração local e da saúde, ouvidos os municípios da área abrangida, sob proposta fundamentada do conselho directivo da respectiva ARS, I. P.

2 — A delimitação geográfica dos ACES deve corresponder a NUTS III, a um agrupamento de concelhos ou a um concelho, devendo ter em conta a necessidade da combinação mais eficiente dos recursos disponíveis e os seguintes factores geodemográficos:

- a) O número de pessoas residentes na área do ACES, que não deve, em regra, ser inferior a 50 000 nem superior a 200 000;
- b) A estrutura de povoamento;
- c) O índice de envelhecimento;
- d) A acessibilidade da população ao hospital de referência.

3 — Podem ainda ser criados ACES correspondentes a grupos de freguesias, ouvido o município respectivo.

4 — A proposta da ARS, I. P., referida no n.º 1 deve conter, além do previsto no número anterior:

- a) A identificação dos centros de saúde a integrar no ACES;
- b) A área geográfica e a população abrangidas por cada um desses centros de saúde;
- c) A identificação, por grupo profissional, dos recursos humanos a afectar a cada centro de saúde;
- d) A denominação do ACES;
- e) A identificação das instalações onde o ACES tem sede.

Artigo 5.º**Âmbito de intervenção**

1 — Os centros de saúde componentes de ACES inter-vêm nos âmbitos:

- a) Comunitário e de base populacional;
- b) Personalizado, com base na livre escolha do médico de família pelos utentes;
- c) Do exercício de funções de autoridade de saúde.

2 — Para fins de saúde comunitária e de apoio domiciliário, são abrangidas por cada centro de saúde as pessoas residentes na respectiva área geográfica, ainda que temporariamente.

3 — Para fins de cuidados personalizados, são utentes de um centro de saúde todos os cidadãos que nele queiram inscrever-se, com prioridade, havendo carência de recursos, para os residentes na respectiva área geográfica.

Artigo 6.º**Funcionamento**

1 — Os centros de saúde devem assegurar aos utentes a máxima acessibilidade possível, nomeadamente através do princípio de atendimento no próprio dia e marcação de consultas para hora determinada.

2 — Os centros de saúde asseguram o seu funcionamento normal entre as 8 e as 20 horas nos dias úteis, podendo o horário de funcionamento ser alargado até às 24 horas, nos dias úteis, e, eventualmente, aos sábados, domingos e feriados, em função das necessidades em saúde da população e características geodemográficas da área por eles abrangida e da disponibilidade de recursos.

3 — O horário de funcionamento dos centros de saúde e das suas unidades deve ser publicitado, designadamente, através de afixação no exterior e interior das instalações.

CAPÍTULO II**Unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde****Artigo 7.º****Unidades funcionais**

1 — Os ACES podem compreender as seguintes unidades funcionais:

- a) Unidade de saúde familiar (USF);
- b) Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP);
- c) Unidade de cuidados na comunidade (UCC);
- d) Unidade de saúde pública (USP);
- e) Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP);
- f) Outras unidades ou serviços, propostos pela respectiva ARS, I. P., e aprovados por despacho do Ministro da Saúde, e que venham a ser considerados como necessários.

2 — Em cada centro de saúde componente de um ACES funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta.

3 — Cada ACES tem somente uma USP e uma URAP.

Artigo 8.º**Características comuns**

Cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica e actua em intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES.

Artigo 9.º

Unidade de saúde familiar

Sem prejuízo da aplicação do regime previsto no presente decreto-lei às USF enquanto unidades integradas em ACES, elas são disciplinadas por legislação específica.

Artigo 10.º

Unidade de cuidados de saúde personalizados

1 — A UCSP tem estrutura idêntica à prevista para USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos.

2 — A equipa da UCSP é composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF.

Artigo 11.º

Unidade de cuidados na comunidade

1 — A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

2 — A equipa da UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos.

3 — O ACES participa, através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local.

4 — A UCC compete constituir a equipa de cuidados continuados integrados, prevista no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

Artigo 12.º

Unidade de saúde pública

1 — A USP funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e protecção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respectiva, no exercício das funções de autoridade de saúde.

2 — A equipa da USP é composta por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental, integrando ainda, em permanência ou em colaboração temporária, outros profissionais que forem considerados necessários na área da saúde pública.

3 — As funções de autoridade de saúde são exercidas, a nível dos ACES, por médicos de saúde pública, que são nomeados nos termos de legislação própria.

4 — A autoridade de saúde a nível dos ACES integra-se na cadeia hierárquica directa das autoridades de saúde, nos termos do disposto na base XIX da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.

5 — O coordenador da USP indica, de entre os profissionais de saúde pública dos ACES, e sempre que solicitado, o seu representante nos órgãos municipais com responsabilidades de saúde.

Artigo 13.º

Unidade de recursos assistenciais partilhados

1 — A URAP presta serviços de consultoria e assistenciais às unidades funcionais referidas nos artigos anteriores e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares.

2 — A equipa da URAP é composta por médicos de várias especialidades, que não de medicina geral e familiar e de saúde pública, bem como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e outros profissionais não afectos totalmente a outras unidades funcionais.

Artigo 14.º

Coordenação das unidades funcionais

1 — Cada unidade funcional tem um coordenador.

2 — Ao coordenador da unidade funcional compete, designadamente:

a) Programar as actividades da unidade, elaborando o plano anual de acção com a respectiva dotação orçamental previsional;

b) Assegurar o funcionamento eficiente da unidade e o cumprimento dos objectivos programados, promovendo e incentivando a participação dos profissionais na gestão da unidade e a intercooperação com as diferentes unidades funcionais existentes no centro de saúde e no ACES;

c) Assegurar a qualidade dos serviços prestados e a sua melhoria contínua, controlando e avaliando sistematicamente o desempenho da unidade;

d) Promover, ouvindo os profissionais da unidade, a consolidação das boas práticas na prescrição e a observância das mesmas;

e) Elaborar o regulamento interno da unidade e propô-lo, para aprovação, ao director executivo;

f) Elaborar o relatório anual de actividades;

g) Representar a unidade perante o director executivo.

Artigo 15.º

Designação dos coordenadores

1 — Os coordenadores são designados por decisão fundamentada do director executivo do ACES, depois de ouvido o conselho clínico, de entre profissionais com conhecimentos e experiência adequados ao exercício da função, nos seguintes termos:

a) O coordenador da UCSP é designado de entre médicos especialistas de medicina geral e familiar habilitados com o grau de consultor com pelo menos cinco anos de experiência efectiva na especialidade;

b) O coordenador da UCC é designado de entre enfermeiros com pelo menos a categoria de enfermeiro especialista e com experiência efectiva na respectiva área profissional;

c) O coordenador da URAP é designado de entre profissionais de saúde com pelo menos cinco anos de experiência na respectiva área profissional;

d) O coordenador da USP é designado de entre médicos da especialidade de saúde pública habilitados com o grau de consultor e com experiência efectiva na especialidade.

2 — Constituem critérios preferenciais de designação:

- a) A competência demonstrada no exercício de funções de coordenação e gestão de equipa na área dos cuidados de saúde primários;
- b) A competência técnica;
- c) A formação em gestão, preferencialmente na área da saúde.

Artigo 16.º

Regime de exercício de funções

1 — Os coordenadores são designados por um período não superior a três anos, renovável por iguais períodos.

2 — Nos 90 dias seguintes à designação, o director executivo e o coordenador assinam uma carta de missão, que constitui um compromisso onde, de forma explícita, são definidos os objectivos, devidamente quantificados e calendarizados, a atingir no decurso do exercício de funções.

3 — Os coordenadores exercem as funções de coordenação sem prejuízo do exercício normal das suas funções profissionais.

4 — As funções de coordenador são incompatíveis com as de director executivo do ACES.

Artigo 17.º

Cessação de funções

1 — As funções de coordenador cessam:

- a) No termo do prazo fixado para o exercício de funções;
- b) Na data da tomada de posse em outro cargo ou função incompatíveis com o exercício das funções de coordenação;
- c) Por renúncia, mediante carta dirigida ao director executivo;
- d) Por acordo entre o coordenador e o director executivo;
- e) Não realização dos objectivos previstos, designadamente dos constantes da carta de missão;
- f) Por decisão do director executivo, com fundamento em conveniência de serviço.

2 — Verificando-se o previsto na alínea a) do número anterior, o coordenador mantém-se em funções até nova designação, até ao prazo máximo de 90 dias.

3 — A renúncia produz efeito 30 dias após a recepção da carta, salvo se entretanto for designado outro coordenador.

CAPÍTULO III

Órgãos do ACES e serviços de apoio

SECÇÃO I

Órgãos de administração e fiscalização

Artigo 18.º

Órgãos

São órgãos do ACES:

- a) O director executivo;
- b) O conselho executivo;

- c) O conselho clínico;
- d) O conselho da comunidade.

SUBSECÇÃO I

Director executivo

Artigo 19.º

Designação

1 — O director executivo é designado pelo membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta fundamentada do conselho directivo da respectiva ARS, I. P.

2 — O director executivo deve possuir licenciatura, constituindo critérios preferenciais de designação:

- a) A competência demonstrada no exercício, durante pelo menos três anos, de funções de coordenação e gestão de equipa, e planeamento e organização, mormente na área da saúde;
- b) A formação em administração ou gestão, preferencialmente na área da saúde.

3 — A competência referida no n.º 1 pode ser delegada no conselho directivo da ARS, I. P.

Artigo 20.º

Competência

1 — O director executivo gere as actividades, os recursos humanos, financeiros e de equipamento do ACES, competindo-lhe:

- a) Representar o ACES;
- b) Celebrar contratos-programa com o conselho directivo da ARS, I. P., e contratos de execução com as unidades funcionais do ACES, e zelar pelo respectivo cumprimento;
- c) Elaborar os planos plurianuais e anuais de actividades do ACES, com os respectivos orçamentos, e submetê-los à aprovação do conselho directivo da respectiva ARS, I. P.;
- d) Promover a instalação e o funcionamento de sistema eficaz de informação e comunicação;
- e) Verificar a regularidade da contabilidade e da escrituração;
- f) Avaliar o desempenho das unidades funcionais e de serviços de apoio e responsabilizá-los pela utilização dos meios postos à sua disposição e pela realização dos objectivos ordenados ou acordados;
- g) Promover a intercooperação das unidades funcionais, nomeadamente através de reuniões periódicas com os respectivos coordenadores;
- h) Gerir com rigor e eficiência os recursos humanos, patrimoniais e tecnológicos afectos à sua unidade orgânica, optimizando os meios e adoptando medidas que permitam simplificar e acelerar procedimentos e promover a aproximação à sociedade e a outros serviços públicos;
- i) Identificar as necessidades de formação específica dos funcionários da sua unidade orgânica e propor a frequência das acções de formação consideradas adequadas ao suprimento das referidas necessidades, sem prejuízo do direito à autoformação;
- j) Proceder ao controlo efectivo da assiduidade, pontualidade e cumprimento do período normal de trabalho por parte dos funcionários da sua unidade orgânica;

l) Autorizar a passagem de certidões de documentos arquivados na respectiva unidade orgânica, excepto quando contenham matéria confidencial ou reservada, bem como a restituição de documentos aos interessados;

m) Autorizar o exercício de funções a tempo parcial;

n) Justificar ou injustificar faltas;

o) Conceder licenças e autorizar o regresso à actividade, com excepção da licença sem vencimento por um ano por motivo de interesse público e da licença de longa duração;

p) Autorizar o gozo e a acumulação de férias e aprovar o respectivo plano anual;

q) Autorizar o abono do vencimento de exercício perdido por motivo de doença;

r) Autorizar a inscrição e participação do pessoal em congressos, reuniões, seminários, colóquios, cursos de formação em regime de autoformação ou outras iniciativas semelhantes que decorram em território nacional quando não importem custos para o serviço;

s) Autorizar o pessoal a comparecer em juízo quando requisitado nos termos da lei de processo;

t) Outras que lhe sejam delegadas ou subdelegadas pelo conselho directivo da respectiva ARS, I. P.

2 — O director executivo designa, em cada centro de saúde, um coordenador de unidade funcional como seu representante, quer para contactos com a comunidade, quer para a gestão quotidiana das instalações e equipamentos do centro de saúde.

Artigo 21.º

Regime de exercício de funções

1 — O director executivo é designado por um período não superior a três anos, renovável por iguais períodos.

2 — Nas suas faltas e impedimentos, o director executivo é substituído pelo presidente do conselho clínico.

3 — O director executivo é equiparado, para efeitos remuneratórios, a cargo de direcção superior de 2.º grau.

Artigo 22.º

Cessaçã o de funções

1 — As funções do director executivo cessam:

a) No termo do prazo fixado para o exercício do cargo;

b) Na data da tomada de posse em outro cargo ou função incompatíveis com o exercício das funções de director executivo;

c) Por renúncia do director executivo, mediante carta dirigida ao presidente do conselho directivo da ARS, I. P.;

d) Por acordo entre o director executivo e o conselho directivo da ARS, I. P.;

e) Por deliberação do conselho directivo da ARS, I. P., com fundamento em incumprimento dos deveres de director executivo.

2 — Verificando-se o previsto na alínea a) do número anterior, o director executivo mantém-se em funções até nova designação.

3 — A renúncia produz efeito 30 dias após a recepção da carta, salvo se entretanto for designado outro director executivo.

SUBSECÇÃO II

Conselho executivo

Artigo 23.º

Composição

O conselho executivo é composto:

a) Pelo director executivo, que preside;

b) Pelo presidente do conselho clínico;

c) Pelo presidente do conselho da comunidade.

Artigo 24.º

Competência

Compete ao conselho executivo:

a) Aprovar os planos plurianuais e anuais de actividades das várias unidades funcionais, com as respectivas dotações orçamentais;

b) Elaborar o relatório anual de actividades e a conta de gerência e submetê-los à aprovação do conselho directivo da respectiva ARS, I. P.;

c) Elaborar o regulamento interno de funcionamento do ACES e submetê-lo à aprovação do conselho directivo da respectiva ARS, I. P., num prazo de 90 dias;

d) Assegurar a articulação do ACES, em matérias de saúde, com os municípios da sua área geográfica;

e) Celebrar, com autorização do conselho directivo da ARS, I. P., protocolos de colaboração ou apoio e contratos de prestação de serviços com outras entidades, públicas ou não, nomeadamente com as autarquias locais;

f) Promover a divulgação pública, pelos meios adequados, inclusive em sítio na Internet, de informações sobre os serviços prestados nos centros de saúde do ACES, dos planos e relatórios de actividades e dos pareceres dados sobre eles pelo conselho da comunidade, de indicadores de satisfação dos utentes e dos profissionais, de projectos de qualidade a executar em unidades funcionais e da composição dos órgãos do ACES.

SUBSECÇÃO III

Conselho clínico

Artigo 25.º

Composição e designação

1 — O conselho clínico é composto por um presidente e três vogais.

2 — O presidente é um médico da especialidade de medicina geral e familiar habilitado pelo menos com o grau de consultor e com experiência efectiva na especialidade, a exercer funções no ACES.

3 — Os vogais do conselho clínico são:

a) Um médico da especialidade de saúde pública, habilitado pelo menos com o grau de consultor e com experiência efectiva na especialidade, a exercer funções no ACES;

b) Um enfermeiro com a categoria de, pelo menos, enfermeiro especialista e com experiência efectiva nos cuidados de saúde primários, a exercer funções no ACES;

c) Um profissional designado de entre profissionais de saúde do ACES, a exercer funções no ACES.

4 — O presidente é designado por deliberação fundamentada do conselho directivo da respectiva ARS, I. P., sob proposta do director executivo.

5 — Os vogais são designados pelo conselho directivo da respectiva ARS, I. P., sob proposta fundamentada do presidente do conselho clínico.

6 — Os membros do conselho clínico devem possuir conhecimentos técnicos em cuidados de saúde primários, prática em processos de garantia de qualidade dos cuidados e em processos de auditoria, bem como dominar as técnicas de gestão do risco.

Artigo 26.º

Competência

Compete ao conselho clínico:

- a) Avaliar a efectividades dos cuidados de saúde prestados;
- b) Dar directivas e instruções para o cumprimento das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes, nomeadamente no que se refere à observância dos programas nacionais;
- c) Fixar procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde;
- d) Aprovar orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como os protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes;
- e) Propor ao director executivo a realização de auditorias externas ao cumprimento das orientações e protocolos clínicos;
- f) Apoiar o director executivo em assuntos de natureza técnico-profissional e de gestão clínica;
- g) Verificar o grau de satisfação dos profissionais do ACES;
- h) Organizar e controlar as actividades de desenvolvimento profissional contínuo e de investigação;
- i) Decidir sobre conflitos de natureza técnica.

Artigo 27.º

Presidente

1 — Compete especialmente ao presidente do conselho clínico:

- a) Assegurar em continuidade as actividades decorrentes das competências do conselho clínico;
- b) Convocar as reuniões do conselho e dirigir as mesmas;
- c) Coordenar as actividades do conselho;
- d) Exercer voto de qualidade.

2 — O presidente do conselho clínico é substituído, nas suas faltas e impedimentos, pelo vogal médico que, para o efeito, seja por ele designado.

Artigo 28.º

Reuniões

O conselho clínico reúne-se ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, quando seja convocado pelo presidente, por sua iniciativa ou a pedido dos dois vogais.

Artigo 29.º

Regime de exercício de funções

1 — Os membros do conselho clínico são designados por um período não superior a três anos, renovável por iguais períodos.

2 — Os membros do conselho clínico podem ser dispensados parcialmente do exercício das suas funções profissionais.

3 — As funções de membro do conselho clínico são incompatíveis com as de director executivo do ACES, sem prejuízo do disposto no n.º 2 do artigo 21.º, e com as de coordenador de unidade funcional.

4 — Ao presidente do conselho clínico é atribuído um suplemento remuneratório a fixar por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da Administração Pública e da saúde.

5 — Aos vogais do conselho clínico é atribuído um suplemento remuneratório a fixar por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da Administração Pública e da saúde.

Artigo 30.º

Cessação de funções

1 — As funções de membro do conselho clínico cessam:

- a) No termo do prazo fixado para o exercício do cargo;
- b) Na data da tomada de posse noutro cargo ou função incompatíveis com o exercício das funções de membro do conselho clínico;
- c) Por renúncia, mediante carta dirigida ao presidente do conselho directivo da ARS, I. P.;
- d) Por acordo entre o membro do conselho clínico e o conselho directivo da ARS, I. P.;
- e) Por deliberação do conselho directivo da ARS, I. P., com fundamento em incumprimento dos deveres de membro do conselho clínico.

2 — Verificando-se o previsto na alínea a) do número anterior, o membro do conselho clínico mantém-se em funções até nova designação.

3 — A renúncia produz efeito 30 dias após a recepção da carta, salvo se entretanto for designado outro membro.

SUBSECÇÃO IV

Conselho da Comunidade

Artigo 31.º

Composição e designação

1 — O conselho da comunidade é composto por:

- a) Um representante indicado pelas câmaras municipais da área de actuação do ACES, que preside;
- b) Um representante de cada município abrangido pelo ACES, designado pelas respectivas assembleias municipais;
- c) Um representante do centro distrital de segurança social, designado pelo conselho directivo;
- d) Um representante das escolas ou agrupamentos de escolas, designado pelo director regional de educação;
- e) Um representante das instituições particulares de solidariedade social, designado, anualmente, pelo órgão executivo de associação representativa das mesmas, em regime de rotatividade;

f) Um representante da associação de utentes do ACES, designado pela respectiva direcção;

g) Um representante das associações sindicais com assento na Comissão Permanente de Concertação Social, designado pelo respectivo presidente, sob proposta daquelas;

h) Um representante das associações de empregadores com assento na Comissão Permanente de Concertação Social, designado pelo respectivo presidente, sob proposta daquelas;

i) Um representante do hospital de referência, designado pelo órgão de administração;

j) Um representante das equipas de voluntariado social, designado por acordo entre as mesmas;

l) Um representante da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens.

2 — Os membros do conselho da comunidade são designados por um período de três anos, renovável por iguais períodos, sem prejuízo da sua substituição, a todo o tempo, pelas entidades que os designaram.

Artigo 32.º

Competência

Compete designadamente ao conselho da comunidade:

a) Dar parecer sobre os planos plurianuais e anuais de actividades do ACES e respectivos orçamentos, antes de serem aprovados;

b) Acompanhar a execução dos planos de actividade, podendo para isso obter do director executivo do ACES as informações necessárias;

c) Alertar o director executivo para factos reveladores de deficiências graves na prestação de cuidados de saúde;

d) Dar parecer sobre o relatório anual de actividades e a conta de gerência, apresentados pelo director executivo;

e) Assegurar a articulação do ACES, em matérias de saúde, com os municípios da sua área geográfica;

f) Propor acções de educação e promoção da saúde e de combate à doença a realizar pelo ACES em parceria com os municípios e demais instituições representadas no conselho da comunidade;

g) Dinamizar associações e redes de utentes promotoras de equipas de voluntariado.

Artigo 33.º

Presidente

1 — O presidente é indicado pelas câmaras municipais da área de actuação do ACES.

2 — Ao presidente compete especialmente:

a) Representar o conselho da comunidade;

b) Convocar e dirigir as reuniões;

c) Assegurar a ligação do conselho da comunidade aos outros órgãos do ACES, especialmente ao director executivo.

Artigo 34.º

Funcionamento

1 — O conselho da comunidade reúne ordinariamente uma vez por semestre e, extraordinariamente, sempre que for convocado pelo presidente, por sua iniciativa ou a pedido de dois terços dos seus membros.

2 — As deliberações são tomadas por maioria simples dos votos.

3 — O conselho da comunidade reúne-se em instalações indicadas pelo director executivo do ACES, que presta o demais apoio logístico.

SECÇÃO II

Serviços de apoio

Artigo 35.º

Serviços

Nos ACES funcionam, na dependência do director executivo, os seguintes serviços de apoio:

a) Unidade de apoio à gestão;

b) Gabinete do cidadão.

Artigo 36.º

Unidade de apoio à gestão

1 — A unidade de apoio à gestão, organizada numa lógica de concentração dos serviços não assistenciais do ACES, presta apoio administrativo e geral ao director executivo, ao conselho clínico e às unidades funcionais, cabendo-lhe designadamente:

a) Prestar assessoria técnica em todos os domínios da gestão do ACES;

b) Acompanhar a execução dos contratos-programa celebrados entre o ACES e o conselho directivo da ARS, I. P.;

c) Colaborar na elaboração dos planos de actividade e orçamentos e acompanhar a respectiva execução;

d) Analisar a eficácia das políticas de gestão dos recursos humanos, dos equipamentos e financeira e elaborar os respectivos relatórios anualmente e quando solicitados pelo director executivo;

e) Monitorizar e disponibilizar informação sobre faturação e prescrição;

f) Assegurar e organizar os procedimentos administrativos respeitantes à gestão de bens e equipamentos afectos ao ACES e garantir o controlo de consumos;

g) Assegurar o aprovisionamento, gestão e controlo de vacinas, contraceptivos e demais medicamentos e material de consumo clínico;

h) Coordenar os serviços de segurança, apoio e vigilância ao ACES e suas unidades funcionais.

2 — A unidade de apoio à gestão exerce as suas funções em articulação funcional com os serviços de apoio da respectiva ARS, I. P., nomeadamente através da utilização de serviços partilhados.

3 — A unidade de apoio à gestão tem um responsável, designado pelo director executivo do ACES, de entre licenciados com experiência e formação preferencial nas áreas de economia, gestão ou administração e experiência na área da saúde.

4 — Para o exercício das tarefas enunciadas na alínea g) do n.º 1 é designado um técnico superior com formação e experiência adequadas.

Artigo 37.º

Gabinete do cidadão

1 — Compete especialmente ao gabinete do cidadão:

a) Verificar as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde;

- b) Informar os utentes dos seus direitos e deveres como utilizadores dos cuidados de saúde primários;
- c) Receber observações, sugestões e reclamações dos utentes relativas aos cuidados prestados e responder às mesmas;
- d) Verificar regularmente o grau de satisfação dos utentes do ACES.

2 — O gabinete do cidadão organiza canais de comunicação com cada centro de saúde do ACES.

CAPÍTULO IV

Instrumentos de gestão

Artigo 38.º

Instrumentos de gestão

São instrumentos de gestão do ACES:

- a) O regulamento interno;
- b) Os planos plurianuais e anuais de actividades e respectivos orçamentos;
- c) Os relatórios de actividades;
- d) O contrato-programa.

Artigo 39.º

Contratos-programa

1 — Para efeitos do presente decreto-lei, contrato-programa é o acordo celebrado entre o director executivo do ACES e o conselho directivo da ARS, I. P., pelo qual se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objectivos do ACES e os recursos afectados ao seu cumprimento e se fixam as regras relativas à respectiva execução.

2 — O contrato-programa é celebrado anualmente, devendo, designadamente:

- a) Delimitar o âmbito, prioridades e modalidades da prestação de cuidados e serviços de saúde, contemplando os programas nacionais e assegurando a sua harmonização e coerência em todo o Sistema Nacional de Saúde;
- b) Estabelecer objectivos e metas quantitativas em cada uma das áreas de intervenção do ACES;
- c) Prever indicadores de controlo da qualidade das prestações de cuidados de saúde;
- d) Definir instrumentos de acompanhamento e avaliação das actividades assistenciais e económico-financeiras do ACES;
- e) Prever o tempo e o modo da atribuição de recursos, em função do cumprimento das metas qualitativas e quantitativas estabelecidas;
- f) Estabelecer as regras a que devem obedecer as unidades do ACES a fim de poderem funcionar como centros de produção e de custos;
- g) Estabelecer os mecanismos para a continuidade da prestação de cuidados, em especial os relativos à articulação funcional com a rede de cuidados diferenciados e a rede de cuidados continuados integrados;
- h) Prever as modalidades de apoio técnico da ARS, I. P., à gestão do ACES.

3 — Os modelos de contrato-programa são aprovados por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.

CAPÍTULO V

Disposições finais e transitórias

Artigo 40.º

Cessação de comissões de serviço

As comissões de serviço dos actuais directores de centros de saúde cessam no momento da tomada de posse do director executivo do ACES que integre tais centros.

Artigo 41.º

Extinção de sub-regiões

1 — Com a criação dos ACES são extintas todas as sub-regiões de saúde.

2 — A extinção de cada sub-região de saúde ocorre com a entrada em vigor da portaria que procede à criação do último ACES nessa sub-região.

3 — As ARS, I. P., sucedem nas atribuições das sub-regiões de saúde referidas nos números anteriores, sem prejuízo daquelas que tenham sido atribuídas, pelo presente decreto-lei, aos ACES, ou daquelas que sejam atribuídas a unidades locais de saúde, criadas por diploma próprio.

4 — Para cumprimento do disposto nos números anteriores, é aplicável a legislação em vigor em matéria de reorganização dos serviços públicos e de regime comum de mobilidade dos funcionários e agentes da Administração Pública.

5 — É definido como critério geral e abstracto de selecção de pessoal necessário à prossecução das atribuições constantes do presente diploma e daquelas nas quais sucedem as ARS, I. P., nos termos do número anterior, o exercício de funções nas sub-regiões extintas pelo presente decreto-lei.

Artigo 42.º

Vigência transitória do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio

Os centros de saúde regulados pelo Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, alterado pelo Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de Fevereiro, e repentinado pelo Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho, deixam de estar sujeitos a esse diploma a partir do momento em que são integrados em ACES.

Artigo 43.º

Regulamentação

A regulamentação prevista no presente decreto-lei é aprovada no prazo de 90 dias após a sua entrada em vigor.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 20 de Dezembro de 2007. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa* — *Fernando Teixeira dos Santos* — *Rui Carlos Pereira* — *José António Fonseca Vieira da Silva* — *António Fernando Correia de Campos* — *Maria de Lurdes Reis Rodrigues*.

Promulgado em 12 de Fevereiro de 2008.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 13 de Fevereiro de 2008.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

Anexo V - Portaria n.º 276/2009 de 18 de Março

1728

Diário da República, 1.ª série—N.º 54—18 de Março de 2009

Portaria n.º 276/2009 de 18 de Março

O Programa do XVII Governo Constitucional define que «o sistema [de saúde] deve ser reorganizado a todos os

níveis, colocando a centralidade no cidadão», constituindo os cuidados de saúde primários o seu «pilar central».

Prosseguindo nesses objectivos, o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, estabeleceu o enquadramento legal necessário à criação dos agrupamentos de

ANEXO II

Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa II — Lisboa Oriental

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
Lisboa	Freguesias do concelho de Lisboa: Anjos, Beato, Castelo, Graça, Madalena, Marvila, Pena, Penha de França, Santa Engrácia, Santa Maria dos Olivais, Santiago, Santo Estêvão, São Cristóvão e São Lourenço, São João, São Miguel, São Nicolau, São Paulo, São Vicente de Fora, Sé e Socorro.	Graça	36 378	Director executivo: 1. Médicos: 129. Enfermeiros: 109. Técnicos de diagnóstico e terapêutica: 16. Técnicos superiores: 17. Assistentes técnicos: 109. Assistentes operacionais: 36. Informáticos: 3. Total: 420.
		Marvila	41 199	
		Olivais	55 655	
		Penha de França	39 705	
		São João	40 790	

ANEXO III

Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa III — Lisboa Central

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
Lisboa	Freguesias do concelho de Lisboa: Ajuda, Alcântara, Alto do Pina, Coração de Jesus, Encarnação, Lapa, Mártires, Mercês, Nossa Senhora de Fátima, Prazeres, Sacramento, Santa Catarina, Santa Isabel, Santa Justa, Santa Maria de Belém, Santo Condestável, Santos-o-Velho, São Francisco Xavier, São João de Deus, São Jorge de Arroios, São José, São Mamede e São Sebastião da Pedreira.	Ajuda	29 928	Director executivo: 1. Médicos: 198. Enfermeiros: 131. Técnicos de diagnóstico e terapêutica: 48. Técnicos superiores: 39. Assistentes técnicos: 164. Assistentes operacionais: 78. Informáticos: 3. Total: 662.
		Alameda	61 828	
		Alcântara	27 073	
		Coração de Jesus	28 141	
		Lapa	30 057	
		Luz Soriano	23 566	
		Santo Condestável	21 624	
		São Mamede/Santa Isabel	18 378	

ANEXO IV

Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa IV — Oeiras

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
Oeiras	Concelho de Oeiras	Carnaxide	104 823	Director executivo: 1. Médicos: 121. Enfermeiros: 108. Técnicos de diagnóstico e terapêutica: 18. Técnicos superiores: 19. Assistentes técnicos: 93. Assistentes operacionais: 91. Informáticos: 2. Total: 453.
		Oeiras		

ANEXO V

Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa V — Odivelas

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
Odivelas	Concelho de Odivelas	Odivelas	125 834	Director executivo: 1. Médicos: 86. Enfermeiros: 79. Técnicos de diagnóstico e terapêutica: 9. Técnicos superiores: 12. Assistentes técnicos: 76. Assistentes operacionais: 32. Informáticos: 2. Total: 297.
		Pontinha	41 036	

ANEXO VI

Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa VI — Loures

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
Sacavém	Concelho de Loures	Loures	77 433	Director executivo: 1. Médicos: 125. Enfermeiros: 115. Técnicos de diagnóstico e terapêutica: 10. Técnicos superiores: 18. Assistentes técnicos: 100. Assistentes operacionais: 41. Informáticos: 2. Total: 412.
		Sacavém	140 806	

ANEXO VII

Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa VII — Amadora

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
Amadora	Concelho da Amadora	Amadora	64 198	Director executivo: 1. Médicos: 122. Enfermeiros: 105. Técnicos de diagnóstico e terapêutica: 19. Técnicos superiores: 22. Assistentes técnicos: 92. Assistentes operacionais: 34. Informáticos: 2. Total: 397.
		Reboleira	71 334	
		Venda Nova	73 776	

ANEXO VIII

Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa VIII — Sintra-Mafra

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
Sintra	Concelho de Mafra; freguesias do concelho de Sintra: Almargem do Bispo, Colares, Montelavar, Pêro Pinheiro, Santa Maria e São Miguel, São João das Lampas, São Martinho, São Pedro de Penaferrim e Terrugem.	Mafra	69 348	Director executivo: 1. Médicos: 82. Enfermeiros: 101. Técnicos de diagnóstico e terapêutica: 17. Técnicos superiores: 11. Assistentes técnicos: 87. Assistentes operacionais: 64. Informáticos: 2. Total: 365.
		Pêro Pinheiro	21 296	
		Sintra	50 859	

ANEXO IX

Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa IX — Algueirão-Rio de Mouro

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
Algueirão	Freguesias do concelho de Sintra: Algueirão-Mem Martins e Rio de Mouro.	Algueirão	68 620	Director executivo: 1. Médicos: 59. Enfermeiros: 69. Técnicos de diagnóstico e terapêutica: 8. Técnicos superiores: 13. Assistentes técnicos: 57. Assistentes operacionais: 26. Informáticos: 2. Total: 235.
		Rio de Mouro	51 318	

ANEXO X

Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa X — Cacém-Queluz

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
Queluz	Freguesias do concelho de Sintra: Aqualva, Cacém, Belas, Casal de Cambra, Massamá, Mira Sintra, Monte Abraão, Queluz e São Marcos.	Cacém	84 809	Director executivo: 1. Médicos: 106. Enfermeiros 98. Técnicos de diagnóstico e terapêutica: 7. Técnicos superiores: 13. Assistentes técnicos: 88. Assistentes operacionais: 30. Informáticos: 2. Total: 345.
		Queluz	119 234	

ANEXO XI

Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa XI — Cascais

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
Cascais	Concelho de Cascais	Cascais	121 808	Director executivo: 1. Médicos: 122.

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
				Enfermeiros: 121. Técnicos de diagnóstico e terapêutica: 12. Técnicos superiores: 15. Assistentes técnicos: 98. Assistentes operacionais: 28. Informáticos: 2. Total: 399.
		Parede.....	97 636	

ANEXO XII

Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa XII — Vila Franca de Xira

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
Alhandra.....	Concelho de Vila Franca de Xira.....	Alhandra.....	49 669	Director executivo: 1. Médicos: 74. Enfermeiros: 78. Técnicos de diagnóstico e terapêutica: 11. Técnicos superiores: 12. Assistentes técnicos: 67. Assistentes operacionais: 34. Informáticos: 2. Total: 279.
		Póvoa de Santa Iria... .	56 910	
		Vila Franca de Xira... .	32 188	

ANEXO XIII

Agrupamento de Centros de Saúde da Península de Setúbal I — Almada

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
Almada.....	Concelho de Almada.....	Almada.....	55 697	Director executivo: 1. Médicos: 141. Enfermeiros: 120. Técnicos de diagnóstico e terapêutica: 18. Técnicos superiores: 15. Assistentes técnicos: 128. Assistentes operacionais: 42. Informáticos: 2. Total: 467.
		Costa da Caparica... .	86 122	
		Cova da Piedade.....	63 661	

ANEXO XIV

Agrupamento de Centros de Saúde da Península de Setúbal II — Seixal-Sesimbra

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
Seixal.....	Concelhos do Seixal e de Sesimbra.....	Amora.....	55 932	Director executivo: 1. Médicos: 138. Enfermeiros: 144.

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
				Técnicos de diagnóstico e terapêutica: 14. Técnicos superiores: 14. Assistentes técnicos: 137. Assistentes operacionais: 57. Informáticos: 2. Total: 507.
		Corroios	54 899	
		Seixal	64 590	
		Sesimbra	43 800	

ANEXO XV

Agrupamento de Centros de Saúde da Península de Setúbal III — Arco Ribeirinho

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
Barreiro	Concelhos de Alcochete, do Barreiro, da Moita e do Montijo.	Alcochete	17 335	Director executivo: 1. Médicos: 142. Enfermeiros: 142. Técnicos de diagnóstico e terapêutica: 22. Técnicos superiores: 16. Assistentes técnicos: 159. Assistentes operacionais: 56. Informáticos: 3. Total: 541.
		Baixa da Banheira ...	40 072	
		Barreiro	63 639	
		Moita	38 413	
		Montijo	51 408	
		Quinta da Lomba	28 836	

ANEXO XVI

Agrupamento de Centros de Saúde da Península de Setúbal IV — Setúbal-Palmela

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
Setúbal	Concelhos de Palmela e de Setúbal	Palmela	60 781	Director executivo: 1. Médicos: 130. Enfermeiros: 123. Técnicos de diagnóstico e terapêutica: 15. Técnicos superiores: 13. Assistentes técnicos: 130. Assistentes operacionais: 58. Informáticos: 2. Total: 472.
		Setúbal/Bonfim	78 813	
		Setúbal/São Sebastião	62 371	

ANEXO XVII

Agrupamento de Centros de Saúde do Oeste I — Oeste Norte

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
Caldas da Rainha	Concelhos de Alcobaça, do Bombarral, das Caldas da Rainha, da Nazaré, de Óbidos e de Peniche.	Alcobaça	62 163	Director executivo: 1. Médicos: 124. Enfermeiros: 121. Técnicos de diagnóstico e terapêutica: 15. Técnicos superiores: 10. Assistentes técnicos: 118. Assistentes operacionais: 58. Informáticos: 3. Total: 450
		Bombarral	15 533	
		Caldas da Rainha	59 674	
		Nazaré	18 175	
		Óbidos	11 521	
		Peniche	30 651	

ANEXO XVIII

Agrupamento de Centros de Saúde do Oeste II — Oeste Sul

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
Torres Vedras	Concelhos de Alenquer, de Arruda dos Vinhos, do Cadaval, da Lourinhã, de Sobral de Monte Agraço e de Torres Vedras.	Alenquer	42 471	Director executivo: 1. Médicos: 97. Enfermeiros: 128. Técnicos de diagnóstico e terapêutica: 14. Técnicos superiores: 14. Assistentes técnicos: 127. Assistentes operacionais: 66. Informáticos: 3. Total: 450
		Arruda dos Vinhos	11 371	
		Cadaval	14 676	
		Lourinhã	27 131	
		Sobral de Monte Agraço	10 781	
		Torres Vedras	86 448	

ANEXO XIX

Agrupamento de Centros de Saúde do Médio Tejo I — Serra d'Aire

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
Torres Novas	Concelhos de Alcanena, do Entroncamento, de Ourém e de Torres Novas.	Alcanena	17 195	Director executivo: 1. Médicos: 67. Enfermeiros: 93. Técnicos de diagnóstico e terapêutica: 26. Técnicos superiores: 10. Assistentes técnicos: 102. Assistentes operacionais: 48. Informáticos: 2. Total: 349.
		Entroncamento	20 389	
		Ourém	37 477	

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
		Fátima	11 911	
		Torres Novas	39 404	

ANEXO XX

Agrupamento de Centros de Saúde do Médio Tejo II — Zêzere

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
Constância	Concelhos de Abrantes, de Constância, de Ferreira do Zêzere, do Sardoal, de Tomar e de Vila Nova da Barquinha.	Abrantes	43 450	Director executivo: 1. Médicos: 68. Enfermeiros: 93. Técnicos de diagnóstico e terapêutica: 15. Técnicos superiores: 11. Assistentes técnicos: 102. Assistentes operacionais: 36. Informáticos: 3. Total: 329.
		Constância	4 711	
		Ferreira do Zêzere	9 765	
		Sardoal	4 183	
		Tomar	45 365	
		Vila Nova da Barquinha	8 349	

ANEXO XXI

Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria I — Ribatejo

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
Santarém	Concelhos da Azambuja, do Cartaxo, da Golegã, de Rio Maior e de Santarém.	Azambuja	22 320	Director executivo: 1. Médicos: 88. Enfermeiros: 112. Técnicos de diagnóstico e terapêutica: 23. Técnicos superiores: 13. Assistentes técnicos: 118. Assistentes operacionais: 68. Informáticos: 3. Total: 426.
		Cartaxo	25 956	
		Golegã	5 834	
		Rio Maior	22 691	
		Santarém	66 979	

ANEXO XXII

Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria II

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
Almeirim	Concelhos de Almeirim, de Alpiarça, de Benavente, da Chamusca, de Coruche e de Salvaterra de Magos.	Almeirim	24 284	Director executivo: 1. Médicos: 63. Enfermeiros: 90. Técnicos de diagnóstico e terapêutica: 32.

Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
				Técnicos superiores: 10. Assistentes técnicos: 102. Assistentes operacionais: 70. Informáticos: 3. Total: 371.
		Alpiarça	7 888	
		Benavente	27 275	
		Chamusca	10 968	
		Coruche	22 545	
		Salvaterra de Magos	22 411	

Anexo VI – Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (retirado do Portal do Cidadão)

Direitos dos doentes

1. O doente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana;
2. O doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas;
3. O doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais;
4. O doente tem direito à prestação de cuidados continuados;
5. O doente tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados;
6. O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde;
7. O doente tem o direito de obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde;
8. O doente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico ou participação em investigação ou ensino clínico;
9. O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam;
10. O doente tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico;
11. O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico;
12. O doente tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações.

Deveres dos doentes

1. O doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde. Isto significa que deve procurar garantir o mais completo restabelecimento e também participar na promoção da própria saúde e da comunidade em que vive;
2. O doente tem o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento;
3. O doente tem o dever de respeitar os direitos dos outros doentes;
4. O doente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e, por si, livremente aceites;
5. O doente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde;
6. O doente tem o dever de utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar activamente na redução de gastos desnecessários.

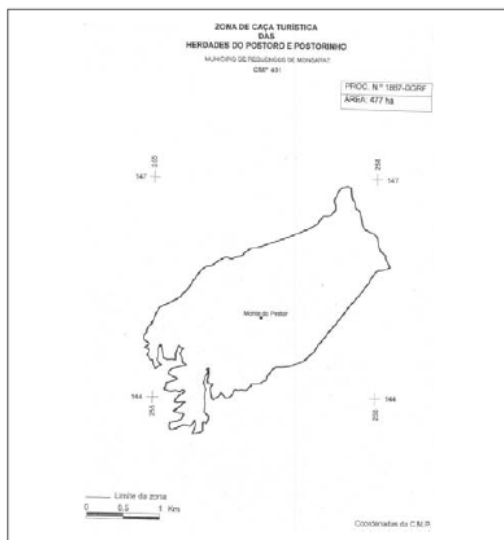
Anexo VII – Unidade Saúde Familiar – Dec-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto

Diário da República, 1.ª série—N.º 161—22 de Agosto de 2007

5587

2.º A presente portaria produz efeitos a partir do dia 16 de Julho de 2007.

Pelo Ministro da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, *Luis Medeiros Vieira*, Secretário de Estado Adjunto, da Agricultura e das Pescas, em 25 de Julho de 2007.



MINISTÉRIO DAS OBRAS PÚBLICAS, TRANSPORTES E COMUNICAÇÕES

Decreto-Lei n.º 297/2007

de 22 de Agosto

O Decreto-Lei n.º 35 570, de 1 de Abril de 1946, veio autorizar a então Junta Autónoma dos Portos do Norte, actualmente Instituto Portuário e dos Transportes Marítimos, I. P., a contratar com a empresa Estaleiros Navais de Viana do Castelo, L.ª, hoje Estaleiros Navais de Viana do Castelo, S. A., a concessão, por um prazo de 25 anos, do direito de ocupação de uma parcela de terreno incluída no domínio público marítimo, com a superfície de 35 296 m², inicialmente destinada ao exercício exclusivo da indústria de construção e reparação naval.

Pelos Decretos-Leis n.ºs 36 950, 37 626, 654/74 e 11/89, respectivamente de 30 de Junho de 1948, de 23 de Novembro de 1949, de 22 de Novembro de 1974 e de 6 de Janeiro de 1989, vieram a ser sucessivamente ajustados o prazo e a área da concessão, atentas as perspectivas de desenvolvimento da actividade associada à indústria da construção e reparação naval.

O Decreto-Lei n.º 145/2005, de 26 de Agosto, procedendo à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 35 570, de 1 de Abril de 1946, veio alargar o objecto da concessão permitindo que a área concessionada, num total de 270 584 m², para além do exercício da indústria de construção e reparação de navios, pudesse ser parcialmente utilizada para a instalação de um estabelecimento industrial para o fabrico de componentes aerogeradores eólicos, autorizando, igualmente, a

concessionária a subconcessionar, para o efeito, o direito de uso privativo de uma área não superior 100 000 m².

Verifica-se, agora, que o desenvolvimento do referido projecto industrial implica a necessidade de um ajustamento da área inicialmente prevista para a implantação da referida instalação, no sentido de possibilitar um melhor ordenamento da área afectada ao estabelecimento industrial.

Neste contexto, e tendo a concessionária, Estaleiros Navais de Viana do Castelo, S. A., manifestado, junto do IPTM, o acordo à pretensão da subconcessionária, no sentido do aumento da área subconcessionada em mais 6670 m²;

Tendo presente que tal aumento se traduz num ligeiro reajustamento da área inicial e que do ponto de vista do interesse portuário tal alteração não conflitua com as funções portuárias preponderantes, constituindo um reforço da mais-valia para o porto de Viana do Castelo;

Considerando que se mantêm todos os fundamentos que relevaram para o reconhecimento público do projecto em causa:

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo único

Alteração ao Decreto-Lei n.º 35 570, de 1 de Abril de 1946

O artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 35 570, de 1 de Abril de 1946, na redacção que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 145/2005, de 26 de Agosto, passa a ter a seguinte redacção:

«Artigo 4.º

A concessionária pode subconcessionar o direito de uso privativo de uma área não superior a 106 670 m², conforme descrição na planta anexa, para a instalação de indústria de fabricação de componentes para aerogeradores eólicos, mediante contrato de subconcessão, cujos termos serão sujeitos à aprovação prévia do concedente.»

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 21 de Junho de 2007. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa* — *Francisco Carlos da Graça Nunes Correia* — *Mário Lino Soares Correia*.

Promulgado em 24 de Julho de 2007.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 26 de Julho de 2007.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Decreto-Lei n.º 298/2007

de 22 de Agosto

Nos termos da base XIII da Lei de Bases da Saúde, os cuidados de saúde primários (CSP) são o núcleo do sistema de saúde e devem situar-se junto das comunidades.

Tendo presente o exposto, o Programa do XVII Governo Constitucional assume a reforma dos CSP como factor

chave de modernização e, dando cumprimento ao preceito legal acima enunciado, prevê a criação de instrumentos legais e operacionais que permitam recentrar o sistema português de saúde nos CSP e no desenvolvimento de uma matriz organizativa que conduza à reconfiguração dos centros de saúde orientada para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade.

Foi neste contexto que o Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho, reprimou o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, reestruturando-os em unidades funcionais, com especial ênfase para as unidades de saúde familiar (USF).

No mesmo sentido, o Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro, com a redacção introduzida pelo Despacho Normativo n.º 10/2007, de 26 de Janeiro, regulamentou o lançamento e a implementação das USF enquanto estruturas constituídas por uma equipa multiprofissional, prestadoras de cuidados de saúde personalizados a uma população determinada, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados prestados.

A autonomia organizativa e funcional para as USF, adoptada pelo supracitado despacho, inspirou-se nas experiências inovadoras anteriormente desenvolvidas nos centros de saúde, e que deram corpo a novas formas de organização dos cuidados de saúde, entre as quais se salienta o regime remuneratório experimental (RRE) estabelecido para os médicos.

Este modelo, em vigor desde 1998, permitiu, após várias avaliações, identificar ganhos em saúde e aumentar a qualidade dos cuidados prestados, com satisfação para os utilizadores e para os profissionais.

Acresce salientar que, em estudo recente sobre o impacto orçamental do lançamento e implementação das USF, conduzido por especialistas em economia da saúde, concluiu-se que o modelo organizativo agora proposto, construído à semelhança do RRE, vai permitir consideráveis reduções de custos na prestação de cuidados de saúde, contabilizando já incentivos para os elementos das equipas multiprofissionais.

Com efeito, equipas multiprofissionais motivadas, portadoras de uma cultura de responsabilização partilhada e com práticas cimentadas na reflexão crítica e na confiança recíproca, constituem o principal activo e a mais-valia estratégica das USF e, conseqüentemente, são os intérpretes mais qualificados para conduzir a reforma dos CSP.

Perante os resultados obtidos, e dado o objectivo estratégico fundamental da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, torna-se imperativo transpor, consolidar e alargar o modelo de incentivos dos médicos a todos os profissionais das USF, potenciando, deste modo, as aptidões e competências de cada profissional e premiando o desempenho individual e colectivo, tendo em vista o reforço da eficácia, da eficiência e da acessibilidade dos cidadãos aos CSP.

Este modelo, semelhante ao implementado pelo Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio, aplica aos profissionais da equipa nuclear um regime de suplementos associados à dimensão mínima da lista de utentes ponderada, quanto às suas características, com a contratualização anual de actividades específicas de vigilância a utentes considerados mais vulneráveis e de risco, e, quando necessário, com o alargamento do período de cobertura assistencial e com a carteira adicional de serviços.

Paralelamente, o modelo expresso no presente decreto-lei obriga ao acompanhamento e controlo de procedimentos e avaliação de resultados, distinguindo as diferenças de desempenho por referência a painéis de indicadores, a economias nos custos, a níveis de satisfação dos utilizadores e dos profissionais, bem como à implementação de programas de qualidade e de processos de acreditação.

Importa salientar que o presente diploma acolhe os princípios orientadores em matéria de vinculação, carreiras e remunerações da Administração Pública, sem prejuízo da sua oportuna revisão aquando da publicação do competente diploma.

Foram observados os procedimentos decorrentes da Lei n.º 23/98, de 26 de Maio.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pelas bases xxxvi e XLIII da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com a redacção conferida pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, e nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objecto

O presente decreto-lei estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B.

Artigo 2.º

Âmbito

1 — O presente decreto-lei aplica-se a todos os modelos de USF, com excepção do disposto no capítulo VII, que apenas se aplica às USF de modelo B.

2 — O presente decreto-lei é aplicável aos profissionais que integram as USF, independentemente do vínculo laboral estabelecido com as entidades sob direcção, tutela ou superintendência do Ministro da Saúde.

Artigo 3.º

Definição

1 — As USF são as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C.

2 — A equipa multiprofissional deve potenciar as aptidões e competências de cada grupo profissional e contribuir para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável.

3 — A lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as USF em três modelos de desenvolvimento são elaboradas pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários, em articulação com as administrações regionais de saúde (ARS) e a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., e aprovadas por despacho do Ministro da Saúde.

4 — A actividade das USF desenvolve-se com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde ou da unidade local de saúde.

5 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, as USF são parte integrante do centro de saúde.

Artigo 4.º

Missão

As USF têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.

Artigo 5.º

Princípios

As USF devem orientar a sua actividade pelos seguintes princípios:

a) Conciliação, que assegura a prestação de cuidados de saúde personalizados, sem descuidar os objectivos de eficiência e qualidade;

b) Cooperação, que se exige de todos os elementos da equipa para a concretização dos objectivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde;

c) Solidariedade, que assume cada elemento da equipa ao garantir o cumprimento das obrigações dos demais elementos de cada grupo profissional;

d) Autonomia, que assenta na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do plano de acção;

e) Articulação, que estabelece a necessária ligação entre a actividade desenvolvida pelas USF e as outras unidades funcionais do centro de saúde;

f) Avaliação, que, sendo objectiva e permanente, visa a adopção de medidas correctivas dos desvios susceptíveis de pôr em causa os objectivos do plano de acção;

g) Gestão participativa, a adoptar por todos os profissionais da equipa como forma de melhorar o seu desempenho e aumentar a sua satisfação profissional, com salvaguarda dos conteúdos funcionais de cada grupo profissional e das competências específicas atribuídas ao conselho técnico.

Artigo 6.º

Plano de acção e compromisso assistencial das USF

1 — O plano de acção da USF traduz o seu programa de actuação na prestação de cuidados de saúde de forma personalizada e contém o compromisso assistencial, os seus objectivos, indicadores e metas a atingir nas áreas da acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência.

2 — O compromisso assistencial das USF é constituído pela prestação de cuidados incluídos na carteira de serviços, de acordo com o Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro.

3 — O compromisso assistencial é formalizado anualmente, mediante carta de compromisso acordada entre o coordenador da USF e o centro de saúde, da qual deve ainda constar:

a) A afectação dos recursos necessários ao cumprimento do plano de acção;

b) O manual de articulação centro de saúde/USF;

c) As actividades específicas previstas no artigo 29.º do presente decreto-lei.

4 — O compromisso assistencial deve indicar:

a) A definição da oferta e a carteira básica de serviços;

b) Os horários de funcionamento da USF;

c) A definição do sistema de marcação, atendimento e orientação dos utentes;

d) A definição do sistema de renovação de prescrição;

e) A definição do sistema de intersubstituição dos profissionais;

f) A articulação com as outras unidades funcionais do centro de saúde;

g) A carteira de serviços adicionais, caso exista;

h) A aceitação expressa das condições, dimensão e modos de colheita de informação que permita às entidades autorizadas por despacho do Ministro da Saúde avaliar os resultados da equipa e dos seus membros, em termos de efectividade, eficiência, qualidade e equidade.

5 — O compromisso assistencial varia em função:

a) Das características da população abrangida;

b) Dos períodos de funcionamento e cobertura assistencial;

c) Das actividades da carteira adicional de serviços.

6 — Desde que não seja posto em causa o compromisso assistencial da carteira básica, as USF, através da contratualização de uma carteira adicional de serviços, cujo montante global é fixado por via orçamental, podem colaborar com outras unidades funcionais do centro de saúde responsáveis pela intervenção:

a) Em grupos da comunidade, no âmbito da saúde escolar, da saúde oral e da saúde ocupacional;

b) Em projectos dirigidos a cidadãos em risco de exclusão social;

c) Nos cuidados continuados integrados;

d) No atendimento a adolescentes e jovens;

e) Na prestação de outros cuidados que se mostrem pertinentes e previstos no Plano Nacional de Saúde.

7 — A carteira adicional de serviços, a consequente compensação financeira global da equipa e a respectiva distribuição pelos profissionais devem estar discriminadas na carta de compromisso.

8 — O plano de acção e o relatório de actividades devem ser disponibilizados junto da população abrangida pelas USF.

9 — A carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços são fixados por portaria do Ministro da Saúde.

CAPÍTULO II

Constituição, dimensão e organização

Artigo 7.º

Constituição das USF

1 — O processo de candidatura para a constituição das USF rege-se pelo disposto no Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro.

2 — O número de USF a constituir é estabelecido, anualmente, por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde e actualizado até 31 de Janeiro de cada ano.

3 — Os médicos que constituem a USF têm de deter, pelo menos, o grau ou a categoria de assistente da carreira de clínica geral ou o título de especialista em medicina geral e familiar.

Artigo 8.º

População abrangida pelas USF

1 — A população abrangida por cada USF corresponde aos utentes inscritos nas listas dos médicos que integram a equipa multiprofissional.

2 — A população inscrita em cada USF não deve ser inferior a 4000 nem superior a 18 000 utentes, tendo em conta as características geodemográficas da população abrangida e considerando o disposto nos n.ºs 2 e 3 do artigo seguinte quanto ao número de utentes e famílias por médico e enfermeiro.

3 — Podem ser constituídas USF com população inscrita fora do intervalo de variação definido no número anterior, em casos devidamente justificados e quando as características geodemográficas da área abrangida pelo centro de saúde o aconselhem, não devendo a redução ou o aumento de população inscrita exceder um quarto do valor referido no número anterior.

Artigo 9.º

Listas de utentes e famílias

1 — Os utentes inscritos em cada médico são designados em lista, privilegiando-se a estrutura familiar.

2 — A cada enfermeiro devem ser confiados os utentes correspondentes ao número de 300 a 400 famílias por determinada área geográfica.

3 — A lista de utentes inscritos por cada médico tem uma dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas, a que correspondem, em média, 1550 utentes de uma lista padrão nacional.

4 — As unidades ponderadas referidas no número anterior obtêm-se pela aplicação dos seguintes factores:

a) O número de crianças dos 0 aos 6 anos de idade é multiplicado pelo factor 1,5;

b) O número de adultos entre os 65 e os 74 anos de idade é multiplicado pelo factor 2;

c) O número de adultos com idade igual ou superior a 75 anos é multiplicado pelo factor 2,5.

5 — A dimensão ponderada dos utentes inscritos na USF e da lista de utentes por médico é actualizada trimestralmente no primeiro ano de actividade na USF e anualmente nos anos seguintes.

Artigo 10.º

Organização e funcionamento da USF

1 — A organização e funcionamento da USF constam do seu regulamento interno e regem-se pelo disposto no presente decreto-lei.

2 — O regulamento interno da USF consagra, nomeadamente:

a) A missão, valores e visão;

b) A estrutura orgânica e respectivo funcionamento;

c) As intervenções e áreas de actuação dos diferentes grupos profissionais que integram a equipa;

d) O horário de funcionamento e de cobertura assistencial;

e) O sistema de marcação de consultas e de renovação das prescrições;

f) O acolhimento, orientação e comunicação com os utentes;

g) O sistema de intersubstituição dos profissionais da equipa;

h) A forma de prestação de trabalho dos elementos da equipa;

i) A formação contínua dos profissionais da equipa;

j) As inibições decorrentes da necessidade de cumprir o compromisso assistencial da USF;

l) A carta da qualidade.

3 — Cada USF elabora o seu regulamento interno e submete-o ao centro de saúde, que aprecia da conformidade do mesmo com o plano de acção previsto no artigo 6.º do presente decreto-lei.

4 — O período de funcionamento das USF é das 8 às 20 horas, nos dias úteis.

5 — O período de funcionamento referido no número anterior pode ser objecto de redução ou de alargamento, de acordo com as características geodemográficas da área de cada USF, a dimensão das listas de utentes e o número de elementos que integram a equipa multiprofissional, nos termos seguintes:

a) A redução deve ser adequada a cada situação concreta e estabelecida em função do número de elementos que constituem a equipa multiprofissional;

b) O alargamento pode ser estabelecido até às 24 horas, nos dias úteis, e entre as 8 e as 20 horas aos sábados, domingos e feriados;

c) Pode ainda ser aprovado outro tipo de alargamento, de acordo com as necessidades da população devidamente fundamentadas e em caso de comprovada ausência de respostas alternativas.

6 — O alargamento e a redução do período de funcionamento referidos no número anterior devem ser avaliados pelas ARS, anualmente, de molde a averiguar da pertinência da sua manutenção.

CAPÍTULO III

Estrutura orgânica das USF

Artigo 11.º

Estrutura orgânica

A estrutura orgânica das USF é constituída pelo coordenador da equipa, o conselho técnico e o conselho geral.

Artigo 12.º

Coordenador da equipa

1 — O coordenador da equipa é o médico identificado na candidatura e designado pelo despacho que aprova a constituição da USF.

2 — Não é permitida a acumulação das funções de coordenador da equipa e de director de centro de saúde.

3 — O coordenador da equipa exerce as suas competências nos termos previstos no regulamento interno da USF.

4 — Compete, em especial, ao coordenador da equipa:

a) Coordenar as actividades da equipa multiprofissional, de modo a garantir o cumprimento do plano de acção e os princípios orientadores da actividade da USF;

b) Gerir os processos e determinar os actos necessários ao seu desenvolvimento;

c) Presidir ao conselho geral da USF;

d) Assegurar a representação externa da USF;

e) Assegurar a realização de reuniões com a população abrangida pela USF ou com os seus representantes, no sentido de dar previamente a conhecer o plano de acção e o relatório de actividades;

f) Autorizar comissões gratuitas de serviço no País.

5 — O coordenador da equipa detém as competências para, no âmbito da USF, confirmar e validar os documentos que sejam exigidos por força de lei ou regulamento.

6 — O coordenador da equipa exerce, também, as competências legalmente atribuídas aos titulares do cargo de direcção intermédia do 1.º grau e outras que lhe forem delegadas ou subdelegadas, com faculdade de subdelegação.

7 — Com excepção das previstas nas alíneas a) e c) do n.º 4 do presente artigo, o coordenador da equipa pode delegar, com faculdade de subdelegação, as suas competências noutro ou noutros elementos da equipa.

Artigo 13.º

Conselho geral

1 — O conselho geral é constituído por todos os elementos da equipa multiprofissional, constando o seu funcionamento do regulamento interno da USF.

2 — São competências do conselho geral:

a) Aprovar o regulamento interno, a carta da qualidade, o plano de acção, o relatório de actividades e o regulamento de distribuição dos incentivos institucionais;

b) Aprovar a proposta da carta de compromisso;

c) Zelar pelo cumprimento do regulamento interno, da carta de qualidade e do plano de acção;

d) Propor a nomeação do novo coordenador;

e) Aprovar a substituição de qualquer elemento da equipa multiprofissional;

f) Pronunciar-se sobre os instrumentos de articulação, gestão e controlo dos recursos afectos e disponibilizados à USF.

3 — As deliberações relativas às competências referidas no número anterior são tomadas por maioria de dois terços.

4 — O conselho geral pronuncia-se ainda nas seguintes situações:

a) Sempre que é necessário substituir algum elemento da equipa devido a ausência superior a duas semanas;

b) Quando está em causa o alargamento da cobertura assistencial;

c) Quando está em causa outra questão relevante para o normal funcionamento da USF.

5 — O conselho geral reúne, pelo menos, de quatro em quatro meses, ou mediante convocatória do coordenador da equipa ou a pedido de metade dos seus elementos.

Artigo 14.º

Conselho técnico

1 — O conselho técnico é constituído por um médico e por um enfermeiro, preferencialmente detentores de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos cuidados de saúde primários, escolhidos pelos elementos de cada grupo profissional.

2 — Compete ao conselho técnico a orientação necessária à observância das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e a promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo por referência a carta da qualidade.

3 — Compete também ao conselho técnico:

a) Avaliar o grau de satisfação dos utentes da USF e dos profissionais da equipa;

b) Elaborar e manter actualizado o manual de boas práticas;

c) Organizar e supervisionar as actividades de formação contínua e de investigação.

4 — O conselho técnico reúne, pelo menos, uma vez por mês ou a pedido de um dos seus elementos.

5 — O funcionamento do conselho técnico consta do regulamento interno da USF.

CAPÍTULO IV

Recursos físicos, técnicos, humanos e financeiros

Artigo 15.º

Disposição geral

1 — O centro de saúde afecta à USF os recursos necessários ao cumprimento do plano de acção e procede à partilha de recursos que, segundo o princípio da economia de meios, devem ser comuns e estar afectos às diversas unidades funcionais do centro de saúde.

2 — Tendo em vista a utilização eficiente dos recursos comuns entre o centro de saúde e a USF, devem ser criados instrumentos que favoreçam e assegurem a articulação das actividades das diversas unidades funcionais do centro de saúde.

Artigo 16.º

Recursos físicos, técnicos e humanos

1 — As instalações e equipamentos a disponibilizar às USF devem reunir as condições necessárias ao tipo de cuidados de saúde a prestar, com vista a garantir a respectiva qualidade.

2 — O centro de saúde organiza serviços de apoio técnico comuns que respondam às solicitações das USF, no âmbito da partilha de recursos e com vista ao cumprimento do plano de acção daquelas unidades.

3 — Aos serviços de apoio técnico comuns compete, designadamente:

a) Emitir pareceres e elaborar estudos, relatórios e outros actos preparatórios, solicitados pelas USF;

b) Executar procedimentos e registos nas áreas de gestão de pessoal, contabilidade, aprovisionamento e outras que se mostrem necessárias ao normal funcionamento das USF.

Artigo 17.º

Recursos financeiros

1 — Os recursos financeiros são negociados anualmente entre a USF e o centro de saúde e constam da carta de compromisso.

2 — O centro de saúde coloca à disposição da USF os recursos financeiros constantes da carta de compromisso.

3 — Podem ser afectos à USF um fundo de maneo, de montante a contratualizar, bem como as receitas previstas no artigo 46.º do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, destinadas a projectos específicos contratualizados anualmente ou de acordo com o estabelecido na carta de compromisso.

4 — Quando não houver disponibilização atempada dos recursos financeiros previstos na carta de compromisso, a USF não pode ser responsabilizada pelo incumprimento do plano de acção.

Artigo 18.º

Instrumentos de articulação

1 — O apoio do centro de saúde à USF, através da disponibilização de recursos para o seu funcionamento, bem como a colaboração nas actividades comuns, é regulado pelo manual de articulação centro de saúde/USF.

2 — O centro de saúde e a USF devem respeitar e fazer cumprir o manual de articulação centro de saúde/USF, que faz parte integrante da carta de compromisso.

3 — Nos casos omissos no manual de articulação centro de saúde/USF, deve o centro de saúde acordar com a USF os termos dessa articulação.

CAPÍTULO V

Extinção das USF, substituição e integração de elementos da equipa multiprofissional

Artigo 19.º

Extinção da USF

1 — A extinção da USF verifica-se nos seguintes casos:

a) Por deliberação do conselho geral, por maioria de dois terços da equipa multiprofissional;

b) Quando o coordenador da USF se demite e nenhum outro elemento médico da equipa multiprofissional está disposto a assumir o cargo.

2 — A extinção da USF deve ser comunicada ao centro de saúde com a antecedência mínima de 90 dias, salvo motivo de força maior, caso em que pode ser comunicada com a antecedência mínima de 30 dias.

3 — O centro de saúde, mediante aviso prévio e com a antecedência de 90 dias, pode declarar extinta uma USF, com fundamento em incumprimento sucessivo e reiterado da carta de compromisso, salvaguardando o respeito pelo princípio do contraditório.

Artigo 20.º

Substituição e integração de elementos da equipa multiprofissional

1 — Qualquer elemento da equipa multiprofissional da USF pode deixar de a integrar se, 60 dias antes da data prevista de saída:

a) Apresentar um pedido de cessação ao conselho geral e comunicar tal intenção ao centro de saúde e ao serviço de origem;

b) For aprovada proposta do coordenador da USF por maioria de dois terços, no conselho geral, e comunicada ao próprio, ao centro de saúde e ao serviço de origem.

2 — A substituição e a integração de um novo elemento na equipa multiprofissional são comunicadas ao centro de saúde, para efeitos de actualização do anexo da carta de compromisso.

3 — Os profissionais que deixam de integrar a equipa multiprofissional da USF retomam as suas funções nas respectivas carreiras e categorias do serviço de origem.

4 — Verificando-se o aumento do número de utentes inscritos, a USF pode propor ao centro de saúde a integração de novos elementos na equipa multiprofissional, em aditamento ao processo de candidatura.

5 — No caso previsto no número anterior, o centro de saúde emite parecer vinculativo no prazo máximo de 30 dias, findo o qual há lugar a deferimento tácito.

CAPÍTULO VI

Regime de prestação de trabalho da equipa multiprofissional

Artigo 21.º

Disposição geral

1 — O regime de prestação de trabalho é o previsto no regime jurídico das respectivas carreiras profissionais, no regime jurídico do contrato individual de trabalho e no presente decreto-lei, sem prejuízo das regras adoptadas por acordo expresso dos elementos da equipa multiprofissional nos casos legalmente possíveis.

2 — É aplicável aos elementos que integrem a USF o previsto sobre incompatibilidades no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Artigo 22.º

Prestação do trabalho

1 — A forma de prestação de trabalho dos elementos da equipa multiprofissional consta do regulamento interno da USF e é estabelecida para toda a equipa, tendo em conta o plano de acção, o período de funcionamento, a cobertura assistencial e as modalidades de regime de trabalho previstas na lei.

2 — Excepcionalmente, quando as situações e circunstâncias não justifiquem a contratação em regime de tempo completo, e até ao limite máximo de um terço dos elementos que constituem a USF, é admissível a integração na equipa de profissionais em regime de tempo parcial.

3 — A remuneração do trabalho prestado em regime de tempo parcial tem por base a do trabalho prestado no regime de tempo completo, respeitando-se a proporcionalidade.

Artigo 23.º

Horário de trabalho

O horário de trabalho a praticar por cada elemento da equipa multiprofissional deve resultar da articulação e

do acordo entre todos os profissionais, tendo em conta o previsto no n.º 1 do artigo anterior.

Artigo 24.º

Responsabilidade dos elementos da equipa

1 — Os profissionais que integram a equipa multiprofissional da USF são responsáveis, solidariamente e dentro de cada grupo profissional, por garantir o cumprimento das obrigações dos demais elementos da equipa durante os períodos de férias e durante qualquer ausência, desde que esta seja igual ou inferior a duas semanas.

2 — Em caso de ausência superior a duas semanas, as obrigações do elemento da equipa ausente são garantidas pelos restantes elementos da equipa, através do recurso a trabalho extraordinário.

3 — A situação prevista no número anterior não pode exceder o período de 120 dias, a partir do qual, sob proposta da USF, o centro de saúde deve proceder à substituição do elemento ausente, excepto nos casos em que a ausência resulta do exercício da licença de maternidade.

4 — Os elementos da equipa ausentes mantêm o direito à forma de remuneração prevista neste diploma, desde que a ausência não exceda as duas semanas.

5 — A prestação de trabalho extraordinário por parte de elementos que integram a USF só pode ser autorizada pelo centro de saúde nos seguintes casos:

- a) Substituição de membro da equipa por motivo justificado de ausência, por período superior a duas semanas;
- b) Necessidade de prestação de serviço fora do compromisso assistencial da USF.

6 — A compensação devida pela prestação de trabalho extraordinário referida no número anterior é calculada nos seguintes termos:

a) Para os profissionais que integrem USF de modelo A, a compensação devida pela prestação de trabalho extraordinário é calculada nos termos da legislação das respectivas carreiras;

b) Para os médicos que integrem USF de modelo B, e na situação referida na alínea a) do número anterior, a compensação devida pela prestação de trabalho extraordinário é calculada por referência à remuneração da respectiva categoria e escalão, em regime de trabalho de dedicação exclusiva e horário de trinta e cinco horas semanais;

c) Para os médicos que integrem USF de modelo B, e na situação referida na alínea b) do número anterior, a compensação devida pela prestação de trabalho extraordinário é calculada por referência à remuneração da respectiva categoria e escalão, no regime de trabalho que detiver na origem;

d) Para os restantes profissionais que integrem USF de modelo B, a compensação devida pela prestação de trabalho extraordinário é calculada nos termos da legislação das respectivas carreiras.

Artigo 25.º

Mobilidade profissional

1 — Quando um elemento da equipa multiprofissional da USF não pertencer ao quadro ou mapa de afectação do centro de saúde onde a USF está integrada, cabe à administração regional de saúde territorialmente compe-

tente desencadear o procedimento conducente à necessária mobilidade.

2 — Nos casos em que a constituição de uma USF determine ganhos globais acrescidos de cobertura assistencial, a mobilidade é prioritária, devendo a administração regional de saúde desencadear os mecanismos que permitam evitar rupturas, nos termos legais.

Artigo 26.º

Relações hierárquicas e interprofissionais dos elementos da equipa multiprofissional

1 — Sem prejuízo da autonomia técnica garantida aos médicos e enfermeiros, os profissionais da equipa multiprofissional desenvolvem a sua actividade sob a coordenação e a orientação do coordenador da equipa.

2 — A avaliação de desempenho dos profissionais que integram a USF observa o regime jurídico fixado sobre a matéria no estatuto legal da respectiva carreira.

3 — Para efeitos do disposto no número anterior, e no que concerne aos enfermeiros, é atendido, na decisão final, o parecer fundamentado que, para o efeito, deve ser emitido pelo enfermeiro que integra o conselho técnico da USF.

CAPÍTULO VII

Regime de carreiras, suplementos e incentivos

Artigo 27.º

Regime jurídico da relação de trabalho

1 — Aos profissionais que integram a equipa multiprofissional da USF são garantidos os direitos decorrentes dos regimes jurídicos das respectivas carreiras, não podendo ser prejudicados em relação aos restantes profissionais detentores da mesma categoria e grau profissional.

2 — Os direitos referidos no número anterior são aplicáveis, com as devidas adaptações, aos profissionais abrangidos pelo regime jurídico do contrato individual de trabalho.

3 — Para efeitos do disposto no número anterior, os níveis retributivos dos trabalhadores em regime de contrato individual de trabalho são determinados em função das habilitações e qualificações detidas.

Artigo 28.º

Remuneração dos médicos

1 — A remuneração mensal dos médicos das USF integra uma remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho.

2 — A remuneração base corresponde à remuneração da respectiva categoria e escalão, em regime de trabalho de dedicação exclusiva e horário de trinta e cinco horas semanais, relativa à responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde aos utentes da respectiva lista, com a dimensão mínima prevista no n.º 3 do artigo 9.º do presente decreto-lei.

3 — São considerados os seguintes suplementos:

a) O suplemento associado ao aumento das unidades ponderadas, nos termos do disposto nos n.ºs 3 e 4 do artigo 9.º;

b) O suplemento da realização de cuidados domiciliários;

c) O suplemento associado às unidades contratualizadas do alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial, nos termos do disposto nas alíneas b) e c) do n.º 5 do artigo 10.º, quando contratualizado.

4 — A compensação pelo desempenho integra:

a) A compensação associada ao desenvolvimento das actividades específicas, previsto no artigo 29.º;

b) A compensação associada à carteira adicional de serviços, nos termos do disposto no n.º 6 do artigo 6.º, quando contratualizada.

5 — As componentes previstas nas alíneas a) e b) do n.º 3 do presente artigo são devidas e pagas integral e mensalmente ao médico.

6 — As componentes previstas na alínea c) do n.º 3 e na alínea a) do n.º 4, ambas do presente artigo, são devidas ao grupo de médicos, divididas igualmente por todos, sendo paga, mensalmente, a cada médico, a respectiva quota-parte.

7 — As componentes previstas na alínea c) do n.º 3 e na alínea a) do n.º 4 são consideradas para efeitos de aposentação ou reforma e para efeitos de abono de vencimento de exercício perdido em virtude de faltas por doença ou de protecção social na eventualidade doença.

8 — A remuneração referida neste artigo implica o pagamento de subsídios de férias e de Natal nos termos da lei.

Artigo 29.º

Compensação associada às actividades específicas dos médicos

1 — A compensação prevista na alínea a) do n.º 4 do artigo anterior está associada ao aumento das unidades ponderadas da lista mínima de utentes dos médicos por força das actividades específicas de vigilância a utentes vulneráveis e de risco, segundo as orientações técnicas da Direcção-Geral da Saúde, nos termos seguintes:

a) A vigilância, em planeamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano — uma unidade;

b) A vigilância de uma gravidez — oito unidades;

c) A vigilância de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano — sete unidades;

d) A vigilância de uma criança, no segundo ano de vida, por ano — três unidades;

e) A vigilância de uma pessoa diabética, por ano — quatro unidades;

f) A vigilância de uma pessoa hipertensa, por ano — duas unidades.

2 — As actividades específicas previstas no número anterior são contratualizadas anualmente e constam da carta de compromisso.

3 — Os critérios para atribuição de unidades ponderadas às actividades específicas previstos no n.º 1 são definidos pela Direcção-Geral da Saúde.

Artigo 30.º

Cálculo dos suplementos e compensações pelo desempenho dos médicos

1 — A unidade contratualizada (UC) está associada a cada aumento de 55 unidades ponderadas da dimensão mínima da lista de utentes do médico.

2 — São associadas tantas UC quantos os acréscimos múltiplos de 55 unidades ponderadas.

3 — O número máximo mensal de UC por médico é de 20, com um limite de 9 para o suplemento previsto na alínea a) do n.º 3 do artigo 28.º

4 — Para efeitos da determinação dos valores das componentes previstas na alínea a) do n.º 3 e na alínea a) do n.º 4 do artigo 28.º, o valor de cada UC é de € 130.

5 — O valor da UC obtida nos termos do número anterior é corrigido com o factor 1,8 para as primeiras seis unidades contratualizadas associadas à alínea a) do n.º 3 do artigo 28.º

6 — A realização de cuidados domiciliários confere o direito, por cada consulta e até ao limite máximo de 20 domicílios/mês, a um abono de € 30.

7 — Quando for contratualizado o alargamento do período de funcionamento, o valor do suplemento de cada UC previsto na alínea c) do n.º 3 do artigo 28.º é de:

a) € 180 para o alargamento nos dias úteis;

b) € 235 para o alargamento aos sábados, domingos e feriados.

8 — O valor obtido nos termos do previsto no número anterior é multiplicado pelo número de horas de alargamento semanal contratualizado.

9 — Os médicos cuja lista de utentes não atinja a dimensão mínima de unidades ponderadas prevista no n.º 3 do artigo 9.º têm direito à remuneração da respectiva categoria e escalão do seu regime de trabalho durante os primeiros seis meses de actividade nas USF, em substituição do previsto no n.º 2 e na alínea a) do n.º 3 do artigo 28.º do presente decreto-lei.

Artigo 31.º

Remuneração dos enfermeiros

1 — A remuneração mensal devida aos enfermeiros das USF integra uma remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho.

2 — A remuneração base corresponde à remuneração da respectiva categoria e escalão, em regime de tempo completo.

3 — São considerados os seguintes suplementos:

a) O suplemento associado ao aumento das unidades ponderadas, nos termos do disposto nos n.ºs 3 e 4 do artigo 9.º;

b) O suplemento associado às UC do alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial, nos termos do disposto nas alíneas b) e c) do n.º 5 do artigo 10.º, quando contratualizado.

4 — A compensação pelo desempenho integra:

a) A compensação associada à carteira adicional de serviços nos termos do previsto no n.º 6 do artigo 6.º, quando contratualizada;

b) A atribuição de incentivos financeiros previstos no artigo 38.º

5 — As componentes previstas nas alíneas a) e b) do n.º 3 são devidas ao grupo de enfermeiros, divididas igualmente por todos, sendo paga, mensalmente, a cada enfermeiro a respectiva quota-parte.

6 — A remuneração referida neste artigo implica o pagamento de subsídios de férias e de Natal nos termos da lei.

Artigo 32.º

Cálculo dos suplementos e compensações pelo desempenho dos enfermeiros

1 — O número de utentes inscritos nas USF, por enfermeiro, tem uma dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas, a que correspondem em média 1550 utentes de uma lista padrão nacional.

2 — A cada aumento de 55 unidades ponderadas da dimensão mínima de utentes por enfermeiro das USF está associada uma UC.

3 — São associadas tantas UC quantos os acréscimos múltiplos de 55 unidades ponderadas.

4 — O número máximo mensal de UC, previstas no n.º 2, por enfermeiro é de 9 UC.

5 — Para efeitos da determinação do valor do suplemento previsto na alínea a) do n.º 3 do artigo 31.º, o valor de cada UC é de € 100.

6 — Quando for contratualizado o alargamento do funcionamento e cobertura assistencial, o valor do suplemento de cada UC previsto na alínea b) do n.º 3 do artigo 31.º é de:

a) € 89 para o alargamento nos dias úteis;

b) € 115 para o alargamento aos sábados, domingos e feriados.

7 — O valor obtido nos termos previstos no número anterior é multiplicado pelo número de horas de alargamento semanal contratualizado.

Artigo 33.º

Remuneração do pessoal administrativo

1 — A remuneração mensal devida ao pessoal administrativo das USF integra uma remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho.

2 — A remuneração base integra a remuneração da respectiva categoria e escalão, em regime de tempo completo.

3 — São considerados os seguintes suplementos:

a) O suplemento associado ao aumento das unidades ponderadas, nos termos do disposto nos n.ºs 3 e 4 do artigo 9.º;

b) O suplemento associado às UC do alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial, nos termos do disposto nas alíneas b) e c) do n.º 5 do artigo 10.º, quando contratualizado.

4 — A compensação pelo desempenho integra:

a) A compensação associada à carteira adicional de serviços nos termos do previsto no n.º 6 do artigo 6.º, quando contratualizada;

b) A atribuição de incentivos financeiros previstos no artigo 38.º

5 — As componentes previstas nas alíneas a) e b) do n.º 3 são devidas ao pessoal administrativo, divididas igualmente por todos, sendo paga, mensalmente, a cada um, a respectiva quota-parte.

6 — A remuneração referida neste artigo implica o pagamento de subsídios de férias e de Natal nos termos da lei.

Artigo 34.º

Cálculo dos suplementos e compensações pelo desempenho do pessoal administrativo

1 — O número de utentes inscritos nas USF, por cada elemento do pessoal administrativo, tem uma dimensão mínima de 2474 unidades ponderadas, a que correspondem em média 2000 utentes de uma lista padrão nacional.

2 — A cada aumento de 71 unidades ponderadas da dimensão mínima do número de utentes por administrativo das USF está associada uma UC.

3 — São associadas tantas UC quantos os acréscimos múltiplos de 71 unidades ponderadas.

4 — O número máximo mensal de UC, previstas no n.º 2, por cada elemento do pessoal administrativo, é de 9 UC.

5 — Para efeitos da determinação do valor do suplemento previsto na alínea a) do n.º 3 do artigo anterior, o valor de cada UC é de € 60.

6 — Quando for contratualizado o alargamento do funcionamento e cobertura assistencial, o valor do suplemento de cada UC previsto na alínea b) do n.º 3 do artigo anterior é de:

a) € 50 para o alargamento nos dias úteis;

b) € 65 para o alargamento aos sábados, domingos e feriados.

7 — O valor obtido nos termos do número anterior é multiplicado pelo número de horas de alargamento semanal contratualizado.

Artigo 35.º

Ponderação das funções de orientador de formação

1 — Sem prejuízo de os médicos integrados nas USF serem designados orientadores de formação do internato da especialidade de medicina geral e familiar, tal facto não pode pôr em causa o compromisso assistencial a que a equipa está vinculada, pelo que lhes é atribuída, durante o período em que se verifique aquela actividade, uma ponderação mensal de 220 unidades, para efeitos da componente prevista na alínea a) do n.º 3 do artigo 28.º

2 — As unidades ponderadas referidas no número anterior não contam para o limite de UC referidos no n.º 3 do artigo 30.º

Artigo 36.º

Acréscimos remuneratórios

1 — À função de coordenador da equipa é atribuído um acréscimo remuneratório de 7 UC, calculadas nos termos do n.º 4 do artigo 30.º do presente decreto-lei.

2 — Consideram-se incluídas na respectiva remuneração as despesas desembolsadas pelo médico para prestação de cuidados domiciliários aos seus utentes ou aos utentes de outro médico da equipa.

CAPÍTULO VIII

Outros incentivos

Artigo 37.º

Princípios

1 — Podem ser atribuídos outros incentivos, que consistem na atribuição de prémios institucionais e financeiros

à equipa multiprofissional e que visam estimular e apoiar o desempenho colectivo tendo em conta os ganhos de eficiência conseguidos.

2 — Os incentivos previstos no presente capítulo são repartidos por todos os profissionais da equipa multiprofissional da USF.

Artigo 38.º

Modalidades de incentivos

1 — Constituem modalidades de incentivos, designadamente:

- a) Os incentivos institucionais;
- b) Os incentivos financeiros.

2 — Os incentivos institucionais traduzem-se, nomeadamente, na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes actividades da carteira de serviços da USF, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional.

3 — Os incentivos financeiros são atribuídos, após avaliação da USF, com base no cumprimento de objectivos e parâmetros mínimos de produtividade e qualidade.

Artigo 39.º

Condições de atribuição de incentivos

As condições e critérios para a atribuição de incentivos são regulados por portaria conjunta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da Administração Pública e da saúde, tendo por referência a melhoria de produtividade, da eficiência, da efectividade e da qualidade dos cuidados prestados, sendo objecto de negociação, de acordo com a Lei n.º 23/98, de 26 de Maio.

CAPÍTULO IX

Disposições finais e transitórias

Artigo 40.º

Monitorização, avaliação e acreditação

1 — A monitorização e avaliação das USF incumbem às ARS.

2 — A monitorização e avaliação das USF devem incidir sobre as áreas da disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efectividade, eficiência e satisfação e podem contemplar especificidades e características de carácter regional, quando estas se apresentem como factores correctivos e niveladores da matriz nacional.

3 — A monitorização e avaliação das USF têm por base um modelo de matriz nacional que aplica a metodologia de auto-avaliação, avaliações interpares e avaliações cruzadas entre USF.

4 — As USF podem submeter-se a um sistema de acreditação, a cargo da entidade competente do Ministério da Saúde.

Artigo 41.º

Regulamentação

A regulamentação prevista no presente decreto-lei é aprovada no prazo de 90 dias.

Artigo 42.º

Norma transitória

1 — Até à entrada em vigor da legislação que aprove a reconfiguração dos centros de saúde, todas as competências atribuídas pelo presente decreto-lei ao centro de saúde são exercidas pelas ARS e por outras entidades previstas no Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro.

2 — Os médicos actualmente abrangidos pelo disposto no presente decreto-lei mantêm o direito ao subsídio previsto no artigo 39.º do Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de Agosto.

Artigo 43.º

Actualização do valor das UC

O valor das UC é actualizado por portaria conjunta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da Administração Pública e da saúde.

Artigo 44.º

Regime remuneratório experimental

1 — Os profissionais que integram as equipas de regime remuneratório experimental (RRE), previsto no Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio, dispõem de 30 dias após a entrada em vigor do presente decreto-lei para apresentarem candidatura à constituição de USF.

2 — Os profissionais que integram as equipas do RRE continuam sujeitos ao disposto no Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio, e na Portaria n.º 993-A/98, de 24 de Novembro, até ao início da actividade da USF ou até à recusa da candidatura.

3 — Caso os profissionais que integram as equipas do RRE não se candidatem à constituição de uma USF ou esta seja recusada, o regime do RRE deixa de ser aplicável 30 dias após a entrada em vigor deste decreto-lei ou na data da notificação da recusa da candidatura.

Artigo 45.º

Norma revogatória

São revogados:

- a) O Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio, sem prejuízo do disposto nos n.ºs 2 e 3 do artigo anterior;
- b) A Portaria n.º 993-A/98, de 24 de Novembro, sem prejuízo do disposto nos n.ºs 2 e 3 do artigo anterior;
- c) O artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio;
- d) As normas iv, v, vi e viii do Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 24 de Maio de 2007. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa — Fernando Teixeira dos Santos — Francisco Ventura Ramos.*

Promulgado em 27 de Julho de 2007.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 2 de Agosto de 2007.

Pelo Primeiro-Ministro, *Luís Filipe Marques Amado*, Ministro de Estado e dos Negócios Estrangeiros.