

Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

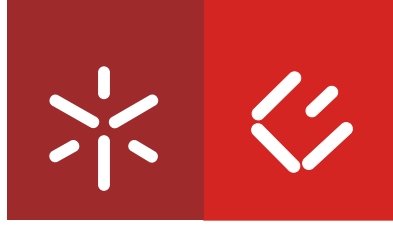
Tânia Sofia Rodrigues Fernandes

**Escolha de serviços de saúde urgentes:
um estudo experimental**

Tânia Sofia Rodrigues Fernandes **Escolha de serviços de saúde urgentes: um estudo experimental**

UMinho | 2016

abril de 2016



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Tânia Sofia Rodrigues Fernandes

**Escolha de serviços de saúde urgentes:
um estudo experimental**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Economia

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Anabela Botelho Veloso
e da
Professora Doutora Lígia Maria Costa Pinto

DECLARAÇÃO

Nome: Tânia Sofia Rodrigues Fernandes

Endereço eletrónico: pg26976@alunos.uminho.pt

Número do Cartão de Cidadão: 13030306

Título da dissertação: Escolha de serviços de saúde urgentes: um estudo experimental

Orientadoras:

Professora Doutora Anabela Botelho Veloso

Professora Doutora Lígia Maria Costa Pinto

Ano de conclusão: 2016

Designação do Mestrado: Mestrado em Economia

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, 29/04/2016

Assinatura: _____
Tânia Sofia Rodrigues Fernandes

AGRADECIMENTOS

A concretização desta tese só foi possível graças ao apoio e contributo de um número alargado de pessoas.

Quero em primeiro lugar agradecer, de forma especial, às minhas orientadoras, Doutora Anabela Botelho e Doutora Lígia Pinto. Obrigada por me proporcionarem a possibilidade de realizar este projeto, por me guiarem sempre que precisei, pelas sugestões, pelas correções, pela companhia e por acreditarem em mim. Sem esquecer aqueles dias da implementação das experiências e a fantástica oportunidade de apresentarmos este trabalho numa conferência internacional. Obrigada Doutora Lígia por me mostrar que para além de orientadoras, são também como uma família, com a qual posso contar para qualquer coisa. Sem a vossa ajuda e compreensão nada disto seria possível!

À minha família de sangue por aturar o meu feitio, que por vezes não é nada fácil de lidar. Obrigada Diogo por me lembrares que posso sempre contar contigo, que a família está sempre lá.

Aos meus amigos que sempre ofereceram uma palavra de motivação, de esperança e que estiveram sempre lá para dar um abraço apertado naqueles momentos mais difíceis. Paulinha, obrigada por me acompanhares em todos os momentos importantes do meu percurso académico. Obrigada Joana e Inês pela vossa companhia e pelos momentos de descontração.

Obrigada Zé Mário por seres aquela pessoa especial e seres o motivo de eu estar aqui agora a escrever estas palavras. Agradeço-te por me ajudares a reencontrar o caminho da minha vida e me dares força para lutar por aquilo que me faz feliz, por me ajudares a ver o mundo com outros olhos. Foram momentos bons, foram momentos de muita dor, momentos em que pensei desistir de tudo. Apesar de tudo, agora sou mais forte.

Quero assim agradecer a todos os que estiveram presentes ao longo deste percurso tão importante da minha vida, mesmo aqueles que não foram mencionados aqui.

O meu sincero agradecimento!

RESUMO

O Serviço Nacional de Saúde é extremamente importante na resposta aos problemas de saúde da população em geral nomeadamente no que diz respeito a cuidados de saúde não programados. Dentro destes, cada indivíduo pode optar por recorrer, por exemplo, a cuidados de saúde primários (CSP) ou serviços de urgência (SU) hospitalar, mediante a necessidade e gravidade do seu estado de saúde. Contudo, o que se tem verificado, e é suportado por vários estudos, é que há uma procura inadequada dos serviços de urgência, uma vez que muitos pacientes se dirigem a este serviço em condições de saúde não urgentes/emergentes. No caso de Portugal há uma forte afluência a estes serviços principalmente no período de gripes. Uma análise das consultas realizadas nos SU mostra que, em 2014, cerca de 41% dos atendimentos correspondiam a uma procura inadequada, os quais deveriam e poderiam ser resolvidos noutro serviço de saúde, nomeadamente nos CSP. A maior preocupação é que este “mau uso” acarreta custos e diminui a eficácia da resposta àqueles que mais precisam. Surge assim a necessidade de perceber quais os motivos que levam estes doentes a dirigirem-se aos serviços de urgência quando não necessitam, com o objetivo de desenhar e implementar medidas que promovam uma melhor utilização eficiente dos mesmos. Neste projeto propõe-se testar duas hipóteses explicativas: (1) uma perceção incorreta da gravidade da condição de saúde pelo paciente; (2) uma incorreta avaliação dos cuidados de saúde prestados por cada tipo de serviço de saúde. Para efeitos de recolha dos dados empíricos, a metodologia usada é a da economia experimental.

Analisando as escolhas dos serviços de saúde para os perfis não urgentes verifica-se que estas foram diversas. Verifica-se uma preferência pelos SU no caso do Perfil infeção urinária, associada a uma sobrestimação do grau de gravidade do mesmo. Após informação correta do grau de gravidade desses perfis, apenas 50% das escolhas para o SU alteraram o serviço de saúde selecionado. Quanto à probabilidade de corretamente classificarem o grau de gravidade dos perfis, verifica-se que esta é explicada, por fatores sociodemográficos, uso dos cuidados de saúde primários, estado de saúde, doenças permanentes e experiência com os cuidados de saúde.

Palavras-chave: Urgência, Emergência, Cuidados de Saúde Primários, Triagem de Manchester, Escolha de Cuidados de Saúde, Economia Experimental.

ABSTRACT

The National Health Service is extremely important in addressing the health problems of the population in general and in particular with regard to unscheduled health care. Non-scheduled health care patients have several options including the choice to use primary care services or hospital emergency departments, depending on the urgency and severity of the condition. However, several studies have shown a significant inadequate demand for emergency services, since many patients demand this service with health conditions that wouldn't need this kind of care. In Portugal there is a strong turnout in these services mainly during the flu season. Moreover, an analysis of the queries which used the emergency room through the Manchester triage shows that in 2014 about 41% of the cases corresponded to green, blue or white bracelets. According to the information from care providers, these cases could and should be taken care in another health service, particularly in the primary care. The "misuse" of the hospital emergency rooms' service is costly and decreases the efficiency of the services to respond to those most in need. This raises the need to understand the motives that lead these patients to address themselves to emergency services when they have no need for this type of care, in order to design and implement measures that promote the efficient use of the services. This project proposes to test two alternative hypothesis: (1) an incorrect perception of the seriousness of the health condition of the patient and (2) an incorrect assessment of the health care provided by each type of health service.

Analysing the choices of health services for non-urgent profiles, there is a preference for emergency services in the case of urinary infection profile, associated to an overestimation of the degree of severity of the same. However, after information on the degree of severity of these profiles, from those that had chosen the emergency room, only 50% changed the health service choice. To understand the determinants of a correct evaluation of the severity of the health conditions, a probit model was estimated. Results show that socio-demographic characteristics and variables related to experience with the services and the profiles are important determinants.

Keywords: Emergency, Primary Care, Manchester Triage, Choice of Health Care, Experimental Economics.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO	v
ABSTRACT	vii
SIGLAS E ABREVIATURAS	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	xiii
ÍNDICE DE TABELAS	xv
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	6
2.1. UTILIZADOR ABUSIVO DO SU.....	6
2.2. CUSTOS DO USO INAPROPRIADO DO SU	9
2.3. PRINCIPAIS MOTIVOS DO USO INAPROPRIADO DO SU	10
2.4. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO UTILIZADOR ABUSIVO.....	14
2.5. MODELO DE ANDERSEN	18
2.6. ALGUMAS SUGESTÕES PARA REVERTER O USO INAPROPRIADO DO SU	22
3. SERVIÇOS DE SAÚDE EM PORTUGAL.....	24
3.1. HISTÓRIA DO SNS	24
3.2. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	29
3.2.1. BARREIRAS NO ACESSO AOS CSP	32
3.2.2. ATUAL ORGANIZAÇÃO DOS CSP.....	37
3.2.3. UTENTES E UTILIZAÇÃO DOS CSP	40
3.3. SERVIÇOS DE URGÊNCIA	43
3.3.1. ALGUNS PONTOS DA HISTÓRIA DOS SU	44
3.3.2. ATUAL ORGANIZAÇÃO DOS SU.....	48
3.3.3. TRIAGEM DE MANCHESTER	51
3.3.4. SERVIÇOS DE ATENDIMENTO PERMANENTE OU PROLONGADO	54
3.3.5. LINHA SAÚDE 24H	55
3.3.6. LINHA 112	56
3.3.7. BARREIRAS NO ACESSO AOS SU.....	56
3.4. UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA	59
4. METODOLOGIA: ECONOMIA EXPERIMENTAL.....	67

5.	APLICAÇÃO DA METODOLOGIA: EXPERIÊNCIAS	76
5.1.	OBJETIVOS.....	76
5.2.	PREPARAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS/ SUJEITOS RECRUTADOS	78
5.3.	REALIZAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS.....	79
6.	DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	93
6.1.	ANÁLISE DOS PERFIS CLÍNICOS.....	93
6.2.	ANÁLISE DAS VARIÁVEIS SEGUNDO O MODELO DE ANDERSEN	97
6.3.	ANÁLISE DE OUTRAS VARIÁVEIS.....	106
7.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	116
7.1.	MODELO EMPÍRICO	116
7.2.	ANÁLISE ESTATÍSTICA	118
8.	CONCLUSÕES.....	128
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135
	ANEXO 1	151
	ANEXO 2	154
	ANEXO 3	156
	ANEXO 4	157
	ANEXO 5	158
	ANEXO 6	159
	ANEXO 7	163
	ANEXO 8	164
	ANEXO 9	165
	ANEXO 10	166
	ANEXO 11	167
	ANEXO 12	168
	ANEXO 13	169
	ANEXO 14	170
	ANEXO 15	171
	ANEXO 16	172
	ANEXO 17	179
	ANEXO 18	180

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de centros de saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ADSE – Assistência na Doença dos servidores do Estado

ARS – Administração Regional de Saúde/ Administrações Regionais de Saúde

AVC – acidente vascular cerebral

CODU – Centros de Orientação de Doentes Urgentes

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

CS – Centro(s) de saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CT – Centros de Trauma

DECO – Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MF – Médico(s) de família

MGF – Medicina Geral e Familiar

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development)

PNS – Plano Nacional de Saúde

SAP – Serviço(s) de atendimento permanente ou prolongado

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço(s) de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidades Funcionais

ULS – Unidades Locais de Saúde

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USP – Unidade de Saúde Pública

USF – Unidade(s) de Saúde Familiar

VV – Via(s) Verde(s)

WHO – World Health Organisation (OMS – Organização Mundial de Saúde)

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Categorização dos Motivos do “mau uso” dos SU.....	14
Figura 2 – O modelo comportamental inicial (década de 60).....	18
Figura 3 – Modelo de Andersen fase 4.....	21
Figura 4 – Estabelecimentos de Saúde dos CSP.....	31
Figura 5 – Número de médicos de Medicina geral e familiar e população residente.....	32
Figura 6 – N° de Beneficiários da ADSE e respetiva % da população residente.....	33
Figura 7 – Pessoas seguradas com seguro de saúde.....	33
Figura 8 – Valor nominal e real das taxas moderadoras nas consultas programadas dos CS.	36
Figura 9 – Apresentação esquemática dos CSP.....	39
Figura 10 – Médicos ao serviço nos centros de saúde.....	42
Figura 11 – Evolução do n° de utilizadores dos CSP, das consultas médicas e das consultas de enfermagem.....	43
Figura 12 – Serviço de urgência e os 3 níveis essenciais.....	45
Figura 13 – Pontos da rede de urgências conforme o Despacho n.º 5414/2008, de 28 de Janeiro, a avaliação da CRRNEU e a sua proposta.....	46
Figura 14 – Serviço de urgência e os 3 níveis essenciais atualizados.....	47
Figura 15 – Pontos da Rede de Urgência/Emergência em Portugal Continental.....	49
Figura 16 – Pontos da Rede de Urgência/Emergência região Norte de Portugal Continental.	50
Figura 17 – Categorização das cores das pulseiras na Triagem de Manchester.....	52
Figura 18 – Evolução do valor nominal das taxas moderadoras no SUP.....	58
Figura 19 – Atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais entre 2002 e 2012, segundo a natureza institucional.....	60
Figura 20 – Número total de atendimentos nos SU portugueses ao longo de 2013, 2014 e 2015.	61
Figura 21 – Percentagem de atendimentos dos SU por tipologia, em 2014.....	61
Figura 22 – Percentagem de atendimentos dos SU por tipologia, em 2015 (de Janeiro a Julho).	62
Figura 23 – Percentagem de doentes atendidos com as cores Verde/Azul/Branca da Triagem de Manchester em Portugal entre 2013 e 2015.....	63

Figura 24 – Percentagem de cores da triagem de Manchester nos SU portugueses onde se aplica esta metodologia, em 2013, 2014 e 2015 (Janeiro a Julho).....	64
Figura 25 – Número total de atendimentos no SU do Hospital de Braga em 2013, 2014 e 2015.	65
Figura 26 – Percentagem de cores da triagem de Manchester no SU do Hospital de Braga, em 2013, 2014 e 2015 (Janeiro a Julho).	66
Figura 27 – Tarefa 1: escolha do grau de urgência.....	82
Figura 28 – Tarefa 2: escolha do serviço de saúde.....	84
Figura 29 – Distribuição do grau de gravidade atribuído aos 5 perfis.	94

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Registo de pessoas isentas das taxas moderadoras em Portugal.	35
Tabela 2 – Constituição dos CSP em 2014, a nível nacional.....	39
Tabela 3 – Constituição do ACES Braga.....	40
Tabela 4 – Número de pessoas inscritas nos CSP e sem médico de família (MF).....	41
Tabela 5 – Triagem de Manchester: cores, caracterização da situação e tempo de espera.	53
Tabela 6 – Número de atendimentos da Saúde 24h.....	56
Tabela 7 – Valor nominal das taxas moderadoras nos SU.....	57
Tabela 8 – Descrição dos perfis clínicos.....	83
Tabela 9 – Primeira parte do questionário: questões sociodemográficas.	86
Tabela 10 – Segunda parte do questionário: questões gerais.....	87
Tabela 11 – Terceira parte do questionário: questões sobre os CSP.	88
Tabela 12 – Quarta parte do questionário: questões sobre os SU.	89
Tabela 13 – Quinta parte do questionário: questões sobre a história clínica das pessoas.	91
Tabela 14 – Valores monetários pagos às Instituições e aos participantes.	92
Tabela 15 – Características das respostas relativamente aos perfis.	93
Tabela 16 – Escolha do serviço de saúde mediante o perfil clínico.	95
Tabela 17 – Escolha do serviço de saúde após revelação do verdadeiro grau de urgência.....	96
Tabela 18 – Taxas de respostas certas no grau de gravidade dos perfis.....	97
Tabela 19 – Variáveis de predisposição: demográficas.	98
Tabela 20 – Variáveis de predisposição: estrutura social.	99
Tabela 21 – Variáveis de predisposição: crenças de saúde.	100
Tabela 22 – Variáveis de predisposição: fatores genéticos e características psicológicas.	101
Tabela 23 – Variáveis que habilitam: pela própria pessoa.....	102
Tabela 24 – Variáveis que habilitam: pela comunidade.	103
Tabela 25 – Variáveis de necessidade de cuidados de saúde.....	105
Tabela 26 – Conhecimento dos perfis clínicos apresentados.	106
Tabela 27 – Que perfis em concreto experienciaram.....	106
Tabela 28 – Satisfação dos utentes com os CSP.....	108
Tabela 29 – Satisfação dos utentes com o SU.....	110
Tabela 30 – Ida ao SU: motivos disponibilidade CSP.....	111

Tabela 31 – Ida ao SU: conhecimento de outros serviços.	112
Tabela 32 – Ida ao SU: preferência.	113
Tabela 33 – Ida ao SU: experiência SU.	113
Tabela 34 – Ida ao SU: estado saúde.	114
Tabela 35 – Ida ao SU: referência e necessidade.	115
Tabela 36 – Probabilidade de acertar no grau de gravidade dos perfis (modelo Probit).	119
Tabela 37 – Probabilidade de acertar no grau de gravidade dos perfis (modelo Probit).	122

1. INTRODUÇÃO

A procura por um bom estado de saúde é algo transversal a todas as comunidades existentes neste mundo. Segundo a *World Health Organisation* (WHO) (2014, p. 1), a saúde pode ser definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Compreende-se assim que a saúde é um bem maior, essencial ao prolongamento da vida humana assim como ao seu desenvolvimento. Poder gozar de um estado de saúde máximo é um direito que assiste a todos os seres humanos, não podendo haver distinções ao nível da raça, da religião, da ideologia política ou mesmo da condição económica ou social (WHO, 2014).

Nesse sentido, tem que haver uma grande cooperação entre as comunidades e os governos de cada País, para que este estado de saúde máximo esteja ao alcance de todos. No que concerne aos Países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), há um interesse marcado por parte dos governantes em saberem como se encontra o estado de saúde da sua população (OECD, 2015). No caso concreto de Portugal, sobre o qual se debruça este estudo, existe um Plano Nacional de Saúde (PNS) cujo objetivo é maximizar os ganhos de saúde, alinhando os objetivos da comunidade com as políticas implementadas (Direção-Geral da Saúde, 2012). Esta preocupação instaurada em vários Países vai de encontro ao estipulado na declaração de Alma-Ata, onde se sublinha o dever e responsabilidade dos governos no que diz respeito à saúde da sua população, tendo por isso que implementar as medidas necessárias para colmatar certas necessidades (WHO, 1978).

Relativamente aos Países da OCDE verifica-se que as pessoas vivem mais anos, ou seja, a esperança de vida à nascença¹ tem aumentado, apresentando uma média de cerca de 80,5 anos em 2013. Outros indicadores dizem ainda muito do estado de saúde de um País, nomeadamente a taxa de mortalidade infantil.² Portugal ocupa uma posição privilegiada neste contexto, com uma taxa de mortalidade infantil em 2013 de 2,9%, estando assim muito melhor o que a média dos 34 Países da OCDE (3,8%), ultrapassando Países como a França e o Reino Unido (OECD, 2015).

¹ Número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento de referência. (metainformação – INE)

² A taxa de mortalidade infantil é o número de crianças que morre antes de completar um ano de idade por cada 1000 crianças nascidas com vida (PORDATA).

Por um lado, as condições de vida melhoraram imenso nas últimas décadas, e por outro o acesso aos cuidados de saúde foi facilitado e proporcionado, na medida do possível, a toda a população, através de uma cobertura universal de saúde (OECD, 2015). No caso Português, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem como função garantir o acesso aos cuidados de saúde a todos os cidadãos independentemente da sua condição económica, tornando assim todos os cidadãos beneficiários deste sistema (ERS, 2009a).

Apesar das melhorias sentidas persistem ainda diversas dificuldades no que diz respeito ao acesso a determinadas unidades de saúde. No sistema de saúde Português, destacam-se dois níveis de acesso aos cuidados de saúde: os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e os Serviços de Urgência (SU). Os CSP são o primeiro nível de contacto com a população, tendo por isso que estar próximos das comunidades (ERS, 2009b), e asseguram principalmente funções de promoção da saúde e prevenção de doenças, mas também de cura e de reabilitação (WHO, 1978). No outro extremo estão os SU, cuja principal função é curar ou estabilizar casos de saúde graves. Estes serviços procuram assim dar resposta a todos os casos de urgência e emergência médica, num curto espaço de tempo (CRRNEU, 2012). Os dois níveis de atendimento devem ser serviços comunicantes, funcionando em parceria, mas cada um não se sobrepondo às funções do outro. Para assegurar que os recursos providenciados pelo SNS são utilizados racionalmente e de forma eficiente é necessário um adequado direcionamento dos pacientes para o serviço de saúde adequado, bem como a promoção da cidadania em saúde, um dos pilares do PNS (Direção-Geral da Saúde, 2011).

O que está em causa neste momento é perceber até que ponto os diversos serviços de saúde estão a conseguir responder às necessidades da população e ao mesmo tempo cumprir as suas funções essenciais. Segundo da Costa *et al.* (2001) as sociedades modernas consideram o direito de acesso à saúde como um ponto inquestionável, sendo o Estado o mediador no sentido em que lhe cabe organizar os serviços de forma a dar resposta às necessidades da população. Neste contexto, o que se tem verificado é um acesso excessivo aos SU, levando a uma sobrelotação e ao mesmo tempo impedindo que os serviços sejam prestados no período de tempo estipulado. No caso Português, isto verifica-se por exemplo no pico das gripes, onde há uma grande afluência de pessoas ao SU (Góis, 2015). Contudo, o problema das urgências parece não ser apenas sazonal. Apesar de haver uma maior afluência a este serviço durante o período das gripes, o congestionamento das urgências parece ser algo que se arrasta

durante todo o ano (Leal *et al.*, 2015), havendo um maior tempo de espera que se tem sentido em vários hospitais como por exemplo no SU do Hospital Garcia de Orta e no Hospital do Barreiro (Santos, 2015). Se comparado com outros Países, em particular os Países da OCDE, Portugal é considerado aquele com mais atendimentos nos SU *per capita*. São assim 70 admissões por 100 habitantes, segundo um relatório da OCDE (Jornal de Negócios, 2015). Apesar dos dados serem de 2011, acredita-se que estes números sejam semelhantes nos dias de hoje.

A grande questão implícita nesta situação é saber se estes casos em concreto, e outros, são na realidade casos urgentes/emergentes que necessitam de recorrer ao SU. Se esses casos são graves a ponto de necessitarem de recorrer ao SU e este serviço não contempla os recursos necessários, então o sistema terá que ser revisto. Caso contrário, se estes casos não são graves e poderiam dirigir-se a outro serviço de saúde, nomeadamente aos CSP, então é necessário compreender o porquê desta afluência e tentar redirecionar os pacientes para o serviço de saúde adequado. No seguimento desta temática, uma possibilidade abordada na literatura para a sobrelotação dos SU é mesmo esta utilização desnecessária dos SU, que segundo Carret *et al.* (2007) é um problema a nível mundial. Assim, Portugal não é exceção, e segundo as notícias, as taxas moderadoras implementadas em Portugal não travaram este acesso desmedido pelos Portugueses ao SU (Sic Notícias, 2015a). Segundo o Bastonário da Ordem dos Médicos, estes dados mostram a disfuncionalidade do sistema de saúde Português, não atribuindo a culpa ao uso desmedido por parte dos cidadãos, pois segundo este, os cidadãos não recorrem ao SU para fazerem turismo, mas sim para obterem uma opinião médica que não lhes é facultada de outra forma (Sic Notícias, 2015b).

A triagem de Manchester é um mecanismo de categorização dos utentes em casos mais graves e menos graves, de forma a que os mais graves sejam atendidos em primeiro lugar (CRRNEU, 2012). Nesta categorização são atribuídas cores aos utentes: vermelho, laranja, amarelo, verde, azul e branco, dependendo se são casos emergentes, muito urgentes, urgentes, pouco urgentes, não urgentes ou nada urgentes. De acordo com os especialistas, aqueles utentes a quem é atribuída cor verde, azul ou branca não deveriam recorrer ao SU, pois são casos que podem ser resolvidos noutra serviço de saúde, nomeadamente nos CSP (Campos, 2014; Carrondo, 2015). Feita uma análise aos pacientes catalogados nos SU Portugueses, constata-se que em 2013, 42% dos atendimentos realizados nos SU portugueses não foram

verdadeiras urgências, segundo o explicitado. Já em 2014 e 2015 esses valores foram de 40,8% e 40,42% respetivamente (ACSS, 2015a) .

Este problema suscitado nos SU, a concretizar-se, é um problema grave para a sociedade pois acarreta não só custos financeiros para o País, mas também impede que aqueles casos realmente urgentes sejam atendidos nos tempos de espera previstos, podendo em casos extremos levar à morte de alguns pacientes (Miro *et al.*, 1999).

Dado o atual estatuto do SNS, as crescentes exigências da população em termos de cuidados de saúde cada vez mais próximos e de resposta rápida, e dos problemas suscitados, importa para a realização deste projeto perceber-se a dinâmica existente entre os CSP e os SU, dada a sua interligação no cuidado de determinados problemas de saúde.

Os objetivos principais deste trabalho são desta forma a averiguar como as pessoas categorizam determinados estados de saúde relativamente ao grau de urgência e que tipo de serviço de saúde procuram mediante o estado de saúde em questão. Em particular, pretende-se compreender se as pessoas percecionam erradamente um estado de saúde grave quando na realidade não o é (Bianco *et al.*, 2003; Rajpar *et al.*, 2000), e se têm preferência pelos SU por algum motivo em específico. Para a concretização destes objetivos será implementado um estudo experimental onde será feita uma eliciação da perceção dos indivíduos em relação ao nível de atendimento necessário em caso de urgência e emergência mediante grupos de sintomas e uma eliciação do efeito da informação sobre a gravidade do estado de saúde, na decisão do paciente sobre o serviço de saúde a escolher. Para além destas questões pertinentes, será também implementado um questionário para recolher outra informação relevante de caracterização individual.

Convém salientar neste ponto que o estudo em questão é implementado na cidade de Braga, dada a conveniência geográfica e as restrições financeiras na realização do estudo. Deste modo, ao longo do trabalho serão explorados dados em concreto para o caso de Braga, que sejam pertinentes para a compreensão da problemática.

O objetivo final é, através da exploração dos motivos do uso inadequado dos SU, identificar quais os mais relevantes no sentido de permitir às autoridades competentes encontrarem uma solução, ou pelo menos, um esquema de acesso aos cuidados de saúde, que permita uma utilização mais eficiente e de agrado a todos os utentes do SNS.

O presente estudo está dividido em várias partes. O segundo capítulo, destinado à revisão da literatura, trata da problemática do uso abusivo ou inadequado destes serviços de saúde, caracterizando o utilizador abusivo e especificando os custos que esta utilização traz para a população. Ainda neste capítulo será feita uma descrição dos principais motivos que levam os utentes a dirigirem-se de forma inadequada aos SU, quer para Portugal quer para outros Países; serão abordadas as características sociodemográficas destes utilizadores, o modelo de Anderson que agrega todos os fatores que levam os utentes a utilizarem os serviços de saúde, e ainda sugestões da literatura para reverter este fenómeno. No capítulo 3 será abordada de forma sumária a História do SNS português, assinalando os acontecimentos mais importantes relacionados com o tema. Este capítulo destina-se também à caracterização dos CSP e dos SU, nos seus objetivos e organização nacional e local. Para finalizar o capítulo, é apresentada informação sobre a utilização dos SU, mostrando a realidade portuguesa em números, assim como a realidade de Braga. O quarto capítulo é destinado à metodologia escolhida para este estudo, a economia experimental. Neste capítulo é feita uma síntese acerca dos principais pontos a ter em consideração nesta metodologia. Após esta descrição, o quinto capítulo explica como esta metodologia é aplicada na realização das experiências. Começa por resumir os objetivos principais do estudo e de seguida explica como foram preparadas e executadas as experiências em Braga. O sexto capítulo é reservado à análise dos dados extraídos durante as experiências, onde as variáveis serão divididas em diversas categorias tal como será explicado. No sétimo capítulo será apresentado o modelo empírico utilizado, mostrando a sua aplicação para determinar quais as variáveis que explicam a problemática inerente a este estudo aquando da análise estatística. Por fim, o nono capítulo destina-se às conclusões finais deste estudo.

Este trabalho teve o apoio do Diretor do Serviço de Urgência do Hospital de Braga que contribuiu para a realização do desenho experimental.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. UTILIZADOR ABUSIVO DO SU

Anteriormente foi focado um potencial problema a afetar os serviços de saúde de diversos Países, a sobrelotação dos SU, nomeadamente nos Hospitais. O estudo deste tópico parece ser bastante complexo, dado que muitos fatores interrelacionados podem contribuir para este problema (Derlet & Richards, 2000). De uma forma genérica, o problema pode dever-se a uma deficiente gestão do serviço, como por exemplo a falta de profissionais de saúde, problemas administrativos, etc., ou então poderá dever-se a uma procura excessiva ou “inapropriada” dos cuidados urgentes por parte da população.

Neste seguimento, o uso dos SU por pacientes em estado não urgente continua a ser uma possível explicação para a situação mencionada. Tem-se assistido a um aumento significativo de pacientes que visitam os serviços de cuidados urgentes mas que na realidade se trata de um “uso inapropriado” (Durand *et al.*, 2011).

Uma primeira dificuldade neste debate é a definição de “uso inapropriado” ou “condição não urgente” porque na verdade não existe uma definição simples de forma a categorizar todas as pessoas que recorrem aos SU e que na realidade não precisavam. Na tentativa de estabelecer algum consenso, Durand *et al.* (2011) realizaram uma vasta revisão de literatura avaliando várias definições, identificando as sobreposições para definir um caso não urgente ou “inapropriado”. O elemento mais frequentemente mencionado é o facto da pessoa em questão poder esperar para ser atendida numa unidade de CSP.

No seu estudo, a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) (2012) revela no seu estudo que define situações de urgência, como aquelas em que é necessária a intervenção num curto espaço de tempo (curativa ou paliativa). As situações emergentes são definidas como sendo aquelas onde há perigo de perda de vida ou de uma função orgânica, tendo realmente que ser avaliadas no menor tempo possível (CRRNEU, 2012). Neste sentido, a emergência aparece como uma subcategoria da urgência. O despacho n.º 18459/2006, de 12 de Setembro, no ponto n.º 2 define o conceito de "Emergência e urgência médica", como uma “situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais”. Neste caso verifica-se uma restrição no que concerne à definição de situações emergentes, pois haverá

muitas situações que deverão ser catalogadas como emergentes mas não terão uma instalação súbita (Campos, 2014). No caso específico de Portugal, a definição de casos urgentes ou emergentes poderá então ser mais abrangente ou mais específica, o que demonstra a dificuldade em definir concretamente em que situações se está a fazer um “mau uso” dos SU. Por outro lado, há também a questão das definições variarem de País para País. Por exemplo, para contrastar com as definições já verificadas para Portugal, apresenta-se também a definição fornecida pela *Medicaid* America. Se por um lado em Portugal poderá haver distinção entre situações urgentes e emergentes, a *Medicaid* define a emergência médica como sendo “uma condição médica (incluindo parto emergente), que se manifesta por sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor intensa) para que a ausência de cuidados médicos imediatos possa, com muita probabilidade, fazer perigar a saúde do doente, comprometer gravemente a função de órgão ou provocar a disfunção de um órgão ou parte dele” (Campos, 2014).

Murphy (1998) centrando-se em definições médicas verifica que não existe uma definição única para um uso inapropriado dos SU, nem mesmo para o carácter de uma situação de emergência tendo observado que a proporção de visitas inapropriadas ao SU podem oscilar entre os 6 e os 80%.

Importa ainda referir que, de acordo com Morgans & Burgess (2011), não existe consenso entre os pacientes e os médicos em relação à definição de urgência/emergência, o que demonstra uma incongruência nas suas perceções. Para além disso, é extremamente difícil definir uma emergência médica pois as alterações das condições de saúde são dinâmicas e a situação da emergência pode modificar-se ao longo do tempo. Contudo, a necessidade de definir o que é uma situação emergente ou urgente mantém-se para uma eficiente alocação de recursos.

De acordo com Sempere-Selva *et al.* (2001), estima-se em vários países que este uso se encontre entre os 20% e os 80% do total de visitas. Valores semelhantes foram encontrados na revisão de Afilalo *et al.* (2004) e que oscilam entre os 4,8% e os 82%. Note-se contudo que por detrás desta variabilidade observada estão, para além de outros motivos, diferentes definições do conceito de urgência

Para além do exposto, há vários critérios que podem ser usados para catalogar as visitas aos SU em visitas apropriadas ou não (Lowe & Bindman, 1997). Neste estudo em concreto foram utilizados os seguintes critérios: através de questões colocadas aos pacientes,

metodologias de triagem utilizadas pelos enfermeiros e ainda através dos registos médicos nas urgências (como os casos que levaram a hospitalização, critérios explícitos – testes pedidos e certas terapias, e ainda uma revisão feita pelos próprios médicos). Por outro lado, Uscher-Pines *et al.* (2013) encontraram também artigos que catalogaram as visitas inapropriadas ao SU de três formas: retrospectivamente pelos registos médicos, prospectivamente através da triagem e ainda retrospectivamente pelo relato do próprio doente. De forma menos representativa, os autores encontraram ainda outros artigos que utilizaram um quadro conceptual nos seus estudos, como são o caso do modelo de Andersen e o Modelo Mecânico do comportamento da doença. Desta forma, o conceito de visitas apropriadas vs. inapropriadas continua por definir, sendo que diferentes métodos são utilizados em diferentes locais (Lowe & Bindman, 1997).

UTILIZADOR ABUSIVO - PORTUGAL

No que concerne a Portugal, num relatório elaborado pelo Ministério da Saúde em 1996 afirmava-se que apenas 20% das visitas eram verdadeiras urgências (CNRU, 1996 citado por Pereira *et al.*, 2001). Contudo, poucos estudos foram feitos para confirmar estes valores, e é neste seguimento que Pereira *et al.* (2001) tentaram verificar qual o número de visitas aos SU que se denominavam “apropriadas” num Hospital Público do Porto. O que estes autores constataram é que a maioria das visitas, tendo em consideração os critérios explícitos que utilizaram (critérios independentes de diagnóstico), eram visitas apropriadas e rondavam os 68,7%, logo cerca de 31,3% eram visitas inapropriadas (a média nacional em 2013 era de 42%, Figura 24).

Considerando a classificação da triagem de Manchester é também possível distinguir os casos urgentes dos não urgentes. De acordo com a CRRNEU (2012) observava-se que em 2010, 54% dos casos atendidos nos SU eram “urgentes”, “muito urgentes” ou “emergentes”.

É preciso ter em consideração que apesar destes números, todas as pessoas que acreditam que estão perante uma emergência médica têm o direito de se dirigirem ao SU e de aí serem atendidas. Nenhum profissional pode recusar o atendimento a estas pessoas.

Dada esta perspectiva de excesso de uso dos recursos, o que o relatório de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU, 2012) sugere é uma maior coordenação

entre os CSP e os SU de forma a adequar a oferta às expectativas dos cidadãos, proporcionando também uma melhor informação da função de cada serviço. Só dessa forma será possível aumentar a qualidade e eficiência dos mesmos.

2.2. CUSTOS DO USO INAPROPRIADO DO SU

O “uso inapropriado” dos SU é uma preocupação a nível mundial, incluindo Portugal, e pode representar um problema em duas dimensões: por um lado um uso ineficiente de recursos na medida em que os SU sejam dotados de meios para atender utentes que não necessitariam de um cuidado tão dispendioso e, por outro lado, caso os SU não sejam dimensionados para satisfazer toda a procura, pode acontecer uma prestação inadequada de serviços. Ambas as situações geram perdas de bem-estar.

Um estudo pioneiro, realizado na Grã-Bretanha (Dale *et al.*, 1996), concluiu que é mais dispendioso tratar estes pacientes nos SU do que no serviço mais indicado para essa situação. Contudo, as consequências deste mau uso dos SU não são apenas económicas, mas afetam também a prestação de cuidados a quem deles realmente precisa, levando a um atraso no diagnóstico e no tratamento dos pacientes, e, em casos extremos de sobrelotação dos hospitais, até mesmo a um aumento de mortalidade (Miro *et al.*, 1999). O bem-estar e tratamento dos pacientes é o objetivo primordial dos SU; contudo, se estes funcionarem acima da sua capacidade, pode haver risco para a saúde pública, prolongamento da dor e sofrimento, longas esperas e descontentamento dos utentes, desvio de ambulâncias, diminuição da produtividade dos profissionais de saúde, violência, efeito negativo no ensino de novos profissionais e problemas de comunicação (Derlet & Richards, 2000). Há assim um acordo generalizado de que quer os pacientes, quer o sistema de saúde iriam beneficiar se os casos não urgentes fossem tratados nos CSP em vez de nos SU. Teriam dessa forma um cuidado continuado e orientado para a prevenção, como sugerem Guttman *et al.* (2003).

Dada a variedade e gravidade de problemas que podem advir do uso inadequado dos SU, é extremamente importante uma atenção especial pelos investigadores sobre esta temática, tornando possível, pelo menos a longo prazo, minimiza-los ou mesmo revertê-los (Bittencourt & Hortale, 2009).

2.3. PRINCIPAIS MOTIVOS DO USO INAPROPRIADO DO SU

Para tornar possível apontar formas de reverter estes problemas é preciso primeiro perceber-se quais são os principais motivos que levam os utentes a fazerem um uso inadequado dos SU.

Segundo Lega & Mengoni (2008), estas razões podem ser divididas em quatro categorias principais. O primeiro motivo referido pode designar-se por **percepção da necessidade de cuidado urgente** que segundo Uscher-Pines *et al.* (2013) é uma função de crenças pessoais e conhecimento acerca do conceito de emergência. Apesar de certos autores não concordarem (Howard *et al.*, 2005; Sempere-Selva *et al.*, 2001), há estudos que apontam este motivo como um dos mais importantes (Bianco *et al.*, 2003; Rajpar *et al.*, 2000). De acordo com Pasarín *et al.* (2006), há todo um processo pelo qual o paciente passa até recorrer a um serviço deste âmbito. Considera-se essa percepção de cuidados como um fator chave na escolha do serviço de saúde e faz-se uma ligação com o facto de o paciente ter feito ou não um autodiagnóstico, e, em caso afirmativo, se este foi correto. Assim, os utentes dirigem-se aos SU sem necessidade se a avaliação que realizaram do seu estado de saúde foi incorreta, em particular se sobrestimaram a necessidade imediata de cuidados urgentes (Baker *et al.*, 1995). No entanto, estes podem estar cientes de que a sua situação não será urgente, mas dirigir-se-ão a este serviço para obterem uma segunda opinião e confirmarem se o estado de saúde é grave ou não, por razões de conforto, conveniência, confiança, ou outras (Guttman *et al.*, 2003).

Em segundo lugar surgem estudos que referem a **preferência dos pacientes pelo uso dos serviços de cuidados urgentes**. Dentro desta perspetiva surge a conveniência, como a possibilidade de serem melhor atendidos nos SU (devido a terem já sido bem atendidos anteriormente) e efetuarem os exames necessários nesse serviço, podendo até mesmo poupar dinheiro nesse processo (Coleman *et al.*, 2001; Northington *et al.*, 2005). O motivo mais citado que levou as pessoas a visitarem o SU em vez dos CSP, segundo Coleman *et al.* (2001), foi o facto de acreditarem que precisavam de uma radiografia. Já segundo o estudo de Northington *et al.* (2005), o motivo mais citado foi a crença de um melhor atendimento no SU. Dentro desse grupo estavam também as pessoas que acreditavam que precisariam de exames complementares de diagnóstico, como a radiografia e que esse não seria facultado pelos CSP. Há ainda evidência para este segundo motivo, da preferência pelos SU quando os pacientes não

estão contentes ou satisfeitos com o atendimento que recebem dos CSP (Sarver *et al.*, 2002). Neste caso aparece evidência para os que não estavam satisfeitos com a qualidade da fonte de cuidados regular, com a equipa profissional e ainda falta de confiança na capacidade deste serviço de saúde. Por outro lado, foram também sublinhados outros aspetos como sejam: menores tempos de espera nos SU para serem examinados e maior acessibilidade aos serviços (Carret *et al.*, 2007) e a crença de que os SU têm maior qualidade (Razzak & Kellermann, 2002). Também Sempere-Selva *et al.* (2001) sugerem uma maior confiança atribuída aos SU comparativamente aos CSP, revelando que no seu estudo os pacientes que procuram este serviço inapropriadamente pelo motivo explicado ascendem aos 51,1%.

O terceiro grupo enquadra motivos relacionados com a **dificuldade em aceder aos CSP**. Por vezes os pacientes até preferem aceder aos CSP, em vez de se dirigirem aos SU, contudo a impossibilidade de conseguirem uma consulta num determinado espaço de tempo leva a que estes pacientes recorram a outros meios. Longos períodos de espera nos serviços de CSP e maior flexibilidade nos SU parecem motivos razoáveis para as pessoas preferirem estes últimos serviços (Howard *et al.*, 2005), pesando também o facto da maioria das consultas serem agendadas durante o horário de trabalho (Pasarín *et al.*, 2006). Segundo um estudo realizado nos EUA, os autores verificam que os utentes procuram este serviço (SU) quando não há outro disponível, como por exemplo à noite ou ao fim de semana (Dwyer & Liu, 2013). Noutros casos são ainda apontados motivos como a dificuldade de falar pelo telefone com a fonte de saúde habitual (Sarver *et al.*, 2002). Poderá assim existir uma associação ao uso inapropriado dos SU pelo facto destas pessoas não terem facilidade em recorrer a outros serviços de cuidados de saúde, resultado também suportado por Wolinsky *et al.* (2008).

No quarto grupo de motivos encontram-se aqueles ligados a um **comportamento de medicina “preventiva” dos profissionais de saúde**. Estudos sugerem que os pacientes que recorrem aos SU também o fazem por terem sido indicados por outros profissionais de saúde, quer farmacêuticos, médicos dos CSP, ou outros, e por questões de segurança (Afilalo *et al.*, 2004; Howard *et al.*, 2005).

Parece também haver em Portugal evidência de uma **perceção de necessidade de cuidados urgentes**. Assim, num estudo realizado no Porto, mais concretamente aos utentes do Centro de saúde (CS) de São João, através de um questionário, os autores concluíram que

quando os utentes se dirigem ao SU hospitalar o fazem principalmente (62%) porque estes percecionam que a sua condição é urgente e necessita de uma avaliação rápida (Hespanhol *et al.*, 2005).

De acordo com Barros *et al.* (2011) há pacientes que não seguem o caminho que é suposto seguirem nos cuidados de saúde. Em vez de se dirigirem ao médico de medicina geral ou familiar (MGF), passam diretamente aos SU para aí obterem cuidados especializados sem terem de esperar pelos procedimentos normais. Constata-se que, apesar de haver um custo aquando da utilização destes serviços, os utentes não são dissuadidos de o frequentarem. Os autores alegam que, ao se dirigirem aos SU, os utentes têm acesso a testes de diagnóstico mais completos e em poucas horas. Verifica-se assim que em Portugal também existe uma **preferência dos pacientes pelo uso dos serviços de cuidados urgentes.**

A **dificuldade de aceder** por vezes **aos CSP** pela desigualdade de distribuição desses serviços, dificuldade de marcação, ou falta de profissionais especializados em algumas zonas do País devido aos poucos incentivos de aí se fixarem, são também causas aparentes de um acesso exagerado aos SU em Portugal (Barros *et al.*, 2011). Também Correia *et al.* (2014) verificam que os respondentes ao seu questionário apontam como ponto mais negativo dos CSP em Portugal o facto de se demorar muito tempo a marcar uma consulta.

Ainda acerca do estudo realizado no CS de São João, o segundo motivo mais escolhido (23%) para que os utentes se dirigissem ao SU, foi o facto de que quando necessitavam de cuidados médicos não poderem recorrer ao CS. Até porque no mesmo questionário, a maior parte dos respondentes (66%) afirmou que quando precisa de cuidados médicos se dirige inicialmente ao CS (Hespanhol *et al.*, 2005). Por outro lado, a Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (DECO) vem corroborar esta situação. Segundo um estudo que é realizado regularmente por esta associação, os Portugueses dirigem-se muitas vezes às urgências hospitalares sem terem necessidade disso, sendo que 4 em 10 poderiam dirigir-se a outro serviço não tendo necessidade de serem atendidos no imediato (segundo a triagem). Um dos grandes motivos apontados pelos inquiridos é a dificuldade em aceder aos CSP. Em notícia publicada em 2014 revelam que no último estudo, cerca de metade dos inquiridos dirigiram-se ao SU por não conseguirem uma marcação no CS (DECO, 2014).

Nos finais da década de 80 foi também realizado um estudo de caracterização do perfil dos utentes que recorriam ao SU do hospital de Guimarães. Um dos aspetos mais importantes

verificados no inquérito (realizado em 1990) de análise dos pacientes que recorriam ao SU nesse mesmo estudo, foi o facto de ser difícil obter uma consulta no CS ou serviço semelhante (Remoaldo, 1995). Assim, já desde a década de 80/90 se verificavam os mesmos motivos que a literatura sugere nos dias de hoje.

Quanto à **referenciação**, o estudo de Remoaldo (1995) encontrou algo muito interessante: 86,05% dos inquiridos dirigiram-se ao SU por própria iniciativa, e apenas 13,95% por referenciação de outras entidades. Destes que se dirigiam por iniciativa própria, 39,59% afirma que o fez por ser um serviço rápido. Contudo, unindo toda a informação retirada dos inquéritos, o estudo sugere que o mau funcionamento do sistema de saúde vigente nessa altura consistia na dificuldade em marcar uma consulta no CS (Remoaldo, 1995).

2.4. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO UTILIZADOR ABUSIVO

Uscher-Pines *et al.* (2013) propõem um modelo conceptual que assimila todos os motivos já descritos e outros que encontraram entre os diversos estudos realizados nos EUA, como se pode ver na Figura 1.

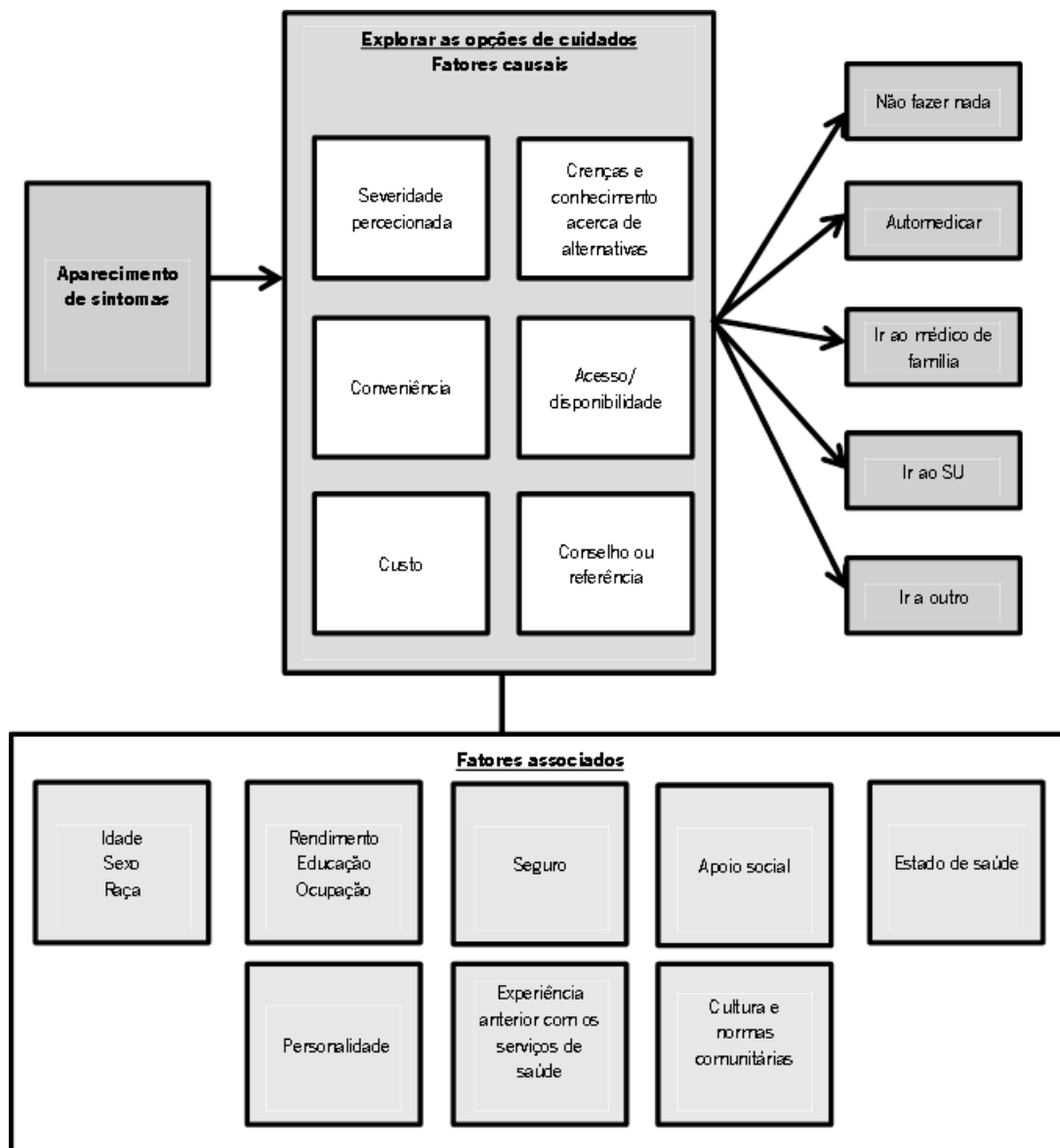


Figura 1 – Categorização dos Motivos do “mau uso” dos SU.

Fonte: Uscher-Pines *et al.* (2013).

O que se verifica segundo este modelo é que os motivos principais que implicam uma utilização inapropriada dos SU estão distribuídos por mais categorias, ao invés de estarem apenas confinados a 4 categorias.

Neste caso, os motivos catalogados como sendo os principais são considerados como fatores causais dessa escolha pelo SU, sendo que outras características dos pacientes como sejam a sua idade, género, rendimento, etc, são considerados como fatores associados a essa escolha, mas não diretamente causais. Esta visão parece ir ao encontro do que a maioria dos investigadores afirma, ou seja, a maioria está de acordo que os fatores demográficos não conseguem prever diretamente o padrão de utilização dos serviços de saúde (Veitch *et al.*, 1999).

Posto isto, e tendo já sido explorados os fatores principais ou fatores causais da escolha pelo SU quando não se necessita, serão de seguida abordados os restantes fatores que segundo Uscher-Pines *et al.* (2013) estão apenas associados a essa escolha.

Idade

No caso do estudo de dados seccionais realizado no Brasil por Carret *et al.* (2007), foi encontrada evidência do impacto da idade, tendo esta uma relação inversamente proporcional com a procura inadequada dos SU. Referem ainda que a idade teve uma ação modificadora na associação entre o uso inadequado dos SU e outros fatores. Por outro lado, Sempere-Selva *et al.* (2001) encontram também evidência desta relação, segundo o qual indivíduos com mais idade ocupam a menor franja dos que visitam o SU de forma inapropriada, assim como Bianco *et al.* (2003), onde no seu estudo em Itália são os mais novos a recorrer ao SU de forma inapropriada.

Sexo

Aparentemente o sexo da pessoa em questão pode também afetar o recurso aos SU. Verificou-se assim que entre indivíduos mais novos (< 50 anos), as mulheres são as que mais procuram ajuda nos SU de forma inapropriada (Carret *et al.*, 2007). Contudo, Uscher-Pines *et al.* (2013) afirmam que não há consistência na literatura, pois alguns estudos relatam que é mais provável uma mulher realizar uma visita não urgente ao SU (Bianco *et al.*, 2003; Carret *et al.*, 2007), outros relatam o oposto (Shesser *et al.*, 1991) e há ainda casos que não encontram qualquer relação (Sempere-Selva *et al.*, 2001).

No estudo realizado em Portugal por Pereira *et al.* (2001), as visitas apropriadas eram mais frequentes entre os homens e entre aqueles com mais de 60 anos, tendo verificado que a interação do sexo com outras características melhor previam as visitas apropriadas ao SU (através de uma regressão logística). Já no que concerne às mulheres, aquelas que eram reformadas tinham mais probabilidade de visitar o SU de forma apropriada. Por outro lado, segundo Remoaldo (1995), o sexo feminino parece ser o maior utilizador das urgências hospitalares.

Educação

De acordo com Carret *et al.* (2007), entre os pacientes mais velhos, o nível de escolaridade parece ter uma associação direta limitrofe com o uso inadequado dos SU, indicando disparidade no acesso público aos cuidados de saúde. Wolinsky *et al.* (2008) verificam no seu estudo que as pessoas com menos escolaridade são as que mais frequentam de forma inadequada os SU, o que também é referido por Bianco *et al.* (2003).

Já no caso Português (Pereira *et al.*, 2001), a educação parece em nada afetar a escolha pelo SU, nem nas mulheres, nem nos homens, assim como noutros estudos, nomeadamente nos EUA (Shesser *et al.*, 1991).

Apoio social

A associação entre falta de apoio social e o uso inadequado dos SU parece ser consistente entre alguns artigos (Carret *et al.*, 2007; Coleman *et al.*, 2000), relatando que pacientes mais velhos sem apoio social procuram mais vezes o SU de forma inadequada (Carret *et al.*, 2007). Coleman *et al.* (2000), ao elaborarem um estudo com pacientes com 60 anos ou mais, descobriram que aqueles que receberiam visitas para enfatizar a autogestão da doença crónica, o apoio dos pares, contactos regulares com a equipa de CSP, e a participação dos cônjuges e prestadores de cuidados, se dirigiam com menos frequência aos SU.

Situação perante o trabalho

No estudo realizado por Sarver *et al.* (2002) não foi encontrada qualquer evidencia que a situação perante o trabalho afetasse as visitas inapropriadas ao SU.

Já no estudo realizado em Portugal por Pereira *et al.* (2001) verificou-se que o estatuto perante o trabalho só era importante no caso das mulheres. Tal como já foi referido, as mulheres reformadas tinham uma maior probabilidade de se dirigirem ao SU de forma apropriada.

Rendimento/ Localização geográfica

Em certa medida, esta escolha inadequada está associada a fatores socioeconómicos e demográficos. Pessoas que vivem em zonas rurais ou mais pequenas do que zonas urbanas tendem a frequentar mais estes serviços sem causa aparente urgente (Wolinsky *et al.*, 2008). Por outro lado, pessoas com melhores condições financeiras parecem ter mais alternativas de acesso a cuidados de saúde, por isso é mais provável que pessoas com menos rendimentos se dirijam ao SU de forma inapropriada comparativamente às pessoas com mais rendimentos (Sarver *et al.*, 2002).

Subsistema de saúde

No que concerne os EUA, nem toda a população está coberta por um subsistema de saúde, ou seguro. Já no caso de Portugal, toda a população tem alguma cobertura, mesmo que seja o SNS. Por isso, a interpretação desta variável pode variar consideravelmente entre os EUA e os Países Europeus. No entanto, no estudo realizado no hospital do Porto por Pereira *et al.* (2001) verificou-se não haver relação entre a entidade de saúde do paciente e a visita apropriada ao SU.

Distância ao Hospital

Uscher-Pines *et al.* (2013) consideram que esta característica se integra na conveniência.

Sempere-Selva *et al.* (2001) não encontram qualquer evidência entre a distância ao hospital e o uso inapropriado dos SU, provavelmente porque todas as pessoas do estudo viviam próximas do hospital.

Já Remoaldo (1995), no estudo realizado em Guimarães refere que à medida que a distância entre a morada dos pacientes e o hospital aumenta, o número de pessoas que recorre ao SU diminui.

Com quem vive

Sempere-Selva *et al.* (2001) não encontraram evidência da influência do número de pessoas do agregado familiar sobre a frequência de idas inapropriadas ao SU.

2.5. MODELO DE ANDERSEN

O modelo de Andersen, também conhecido como *Behavioural Model of Health Services*, foi criado nos anos 60 para perceber o como e o porquê das famílias visitarem os serviços de saúde. Inicialmente o modelo focou-se nas famílias, convicto de que os cuidados médicos recebidos pelo indivíduo era uma função das características económicas e sociodemográficas da família como unidade. Mais tarde tomou o indivíduo como unidade, dadas as dificuldades em obter dados das famílias (Andersen, 1995).

O modelo inicial sugere que o uso dos serviços de saúde pelas pessoas é uma função da **predisposição**, **fatores que habilitam/permitem** ou impedem de usar os serviços e ainda da **necessidade de cuidado**, tal como pode ser observado na Figura 2.

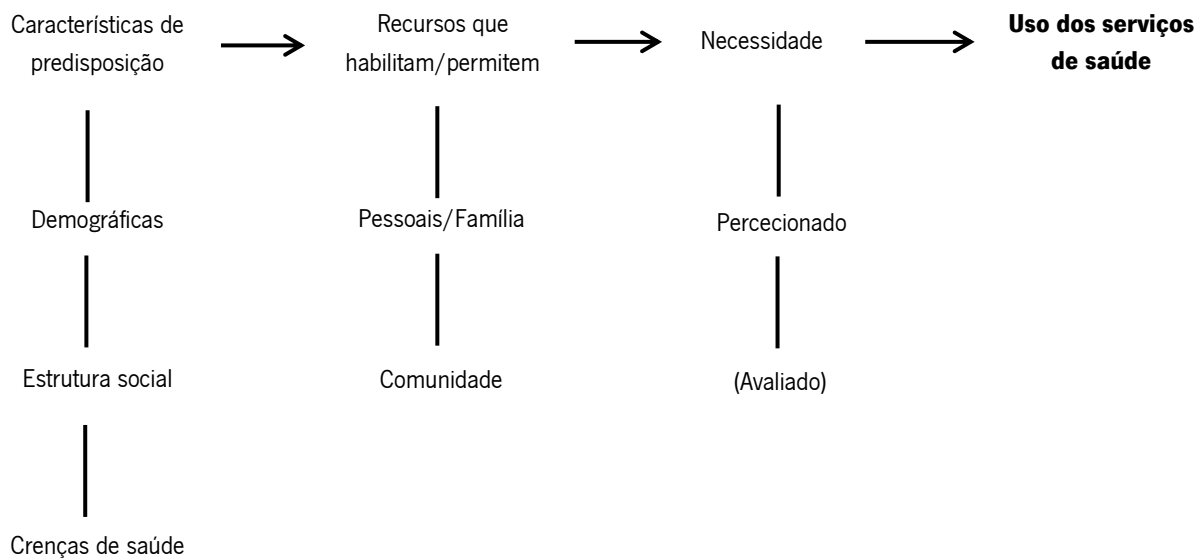


Figura 2 – O modelo comportamental inicial (década de 60).

Fonte: Andersen (1995).

Dentro dos **fatores de predisposição** encontram-se *características demográficas* como a idade e o género; a *estrutura social* medida pela educação, ocupação e etnia, fatores estes que determinam o estatuto da pessoa na comunidade, a habilidade de lidar com os problemas presentes e o quão saudável o ambiente que os rodeia deve ser; e ainda *crenças da saúde* como atitudes, valores e conhecimento que os indivíduos têm acerca da saúde e serviços de saúde que devem subseqüentemente afetar a perceção da necessidade e o uso dos serviços de saúde. Contudo, ao longo desta revisão do modelo é sugerido que sejam adicionados outros fatores, como é o caso dos fatores genéticos, dados os avanços enormes nesta área, destacando desde logo este fator dos restantes já apresentados, e ainda as características psicológicas, como disfunção mental, défice cognitivo e autonomia.

No que concerne aos **fatores que habilitam** o autor menciona que é necessário por um lado existirem profissionais de saúde e instalações, e por outro lado as pessoas têm que ter os meios para usufruírem dos serviços de saúde. Assim, há fatores que habilitam quer pela *comunidade* quer pela *própria pessoa*. Posto isto, o autor destaca neste grupo o rendimento, os seguros de saúde, uma fonte de saúde regular e ainda os tempos de deslocação e de espera. Após confronto com outra literatura e sugestões, o autor acredita que as medidas organizacionais podem ser incluídas de forma mais detalhada sem prejudicarem o modelo, assim como mais detalhes acerca dos seguros de saúde. Quanto às interações sociais, elas serão integradas quando se ultrapassarem as barreiras conceptuais e metodológicas.

Por último, relativamente às **necessidades de cuidados**, é considerada a *necessidade percebida* pela pessoa que inclui vários fatores: como as pessoas vêm a sua saúde geral e estado funcional, assim como experienciam os sintomas da doença, a dor e se preocupam com esses problemas de forma a ser necessário procurar ajuda profissional. Apesar dos limites apresentados pelos fatores de predisposição e que habilitam, há também uma componente biológica que é neste caso considerada, a avaliação da necessidade de cuidados, que neste caso é fornecida pelo profissional de saúde. Não sendo esta última uma verdade universal e imutável, encontra-se relacionada com as componentes sociais.

O modelo foi então criado para medir o uso dos serviços de saúde em geral, saber o que facilita e o que impede esse uso, sendo que cada componente já explicada teria diferente impacto dependendo do tipo de serviço em questão. Por exemplo, o uso dos serviços hospitalares seria melhor explicado pelos fatores de *necessidade* e *características demográficas*,

enquanto que, para a utilização dos serviços dentários se enquadrariam melhor os fatores de *estrutura social*, as *crenças* e os *fatores que habilitam*. Por outro lado, todos os fatores incluídos no modelo parecem explicar o uso dos cuidados médicos de ambulatório.

De forma a ajudar os decisores políticos nas medidas a tomar, Andersen cria quatro diferentes medidas de acesso inicial, sendo elas **acesso potencial**, **acesso realizado**, **acesso equitativo** e **acesso desigual**. O **acesso potencial** é apenas definido pela presença de *fatores que habilitam*, enquanto o **acesso realizado** é o atual *uso dos serviços*. O autor define o caso do **acesso equitativo** quando as *variáveis demográficas* e de *necessidade* são as que mais afetam a variação na utilização. Por outro lado, está-se perante uma **utilização desigual** quando a *estrutura social* (e.g. etnia), as *crenças de saúde* e as *fontes que habilitam* (e.g. rendimento) é que determinam quem tem acesso aos serviços de saúde. Para promover um acesso equitativo aos serviços de saúde é ainda necessário compreender o conceito de **mutabilidade**. Por exemplo, as *variáveis demográficas* apresentam pouca mutabilidade dado que não é possível alterar a idade ou o género de modo a modificar a utilização. O mesmo acontece com a *estrutura social* como é o caso da etnia. Já os *fatores que habilitam*, como é o caso dos seguros de saúde, são bastante mutáveis podendo dessa forma alterar o padrão de utilização dos serviços de saúde. No caso das *necessidades de cuidados* parecia ser um pouco controverso. Contudo, o autor acredita que a perceção da necessidade por cuidados pode ser alterada através de programas educativos de saúde, incentivos financeiros para procurarem determinados serviços, etc, o que é de extrema importância para os decisores políticos que pretendam afetar a utilização de um serviço em específico que é afetada por estes fatores. Quanto aos fatores considerados no modelo como *necessidades avaliadas*, também podem ser alterados através de diretrizes clínicas, isto é, alterando o julgamento dos clínicos quanto à perceção de necessidade de cuidados de saúde criada pelos pacientes pode levar a uma alteração do uso dos serviços de saúde.

Posteriormente, o modelo de Andersen sofreu algumas alterações. Na década de 70 surge assim a segunda fase do modelo. Nesta fase foi adicionado ao modelo o sistema de saúde, dada a sua importância nas políticas nacionais. Foram também adicionadas medidas de utilização dos serviços como é o caso do tipo de cuidados, local e motivo, assim como a satisfação dos utilizadores como um *outcome* dos serviços de saúde.

Uma terceira fase surge entre a década de 80 e 90. Nesta fase é reconhecida a importância do ambiente externo (componentes físicos, políticos e económicos) como um *input* importante para a compreensão da utilização dos serviços de saúde. É também reconhecida a importância das práticas de saúde pessoais como a dieta, o exercício físico e os cuidados pessoais interagindo com o uso formal dos serviços e influenciando os *outcomes* da saúde.

Por fim, o autor anuncia uma quarta e última fase do modelo, uma fase emergente neste caso, conforme mostra a Figura 3. Esta última fase enfatiza a natureza dinâmica do modelo da utilização dos cuidados de saúde incluindo os resultados do estado de saúde. O modelo sublinha as múltiplas influências na utilização dos serviços de saúde e subsequentemente no estado de saúde. Inclui também *loops de feedback* mostrando que o resultado afeta subsequentemente os fatores de predisposição e a percepção pela necessidade de cuidados assim como o comportamento na saúde. De facto, a implementação deste modelo mostra-se desafiadora requerendo novos conceitos, estudos longitudinais e experimentais e novas análises estatísticas. Contudo, o autor acredita que este aprofundamento será necessário para fornecer ferramentas mais apuradas para a implementação de novas políticas na saúde.

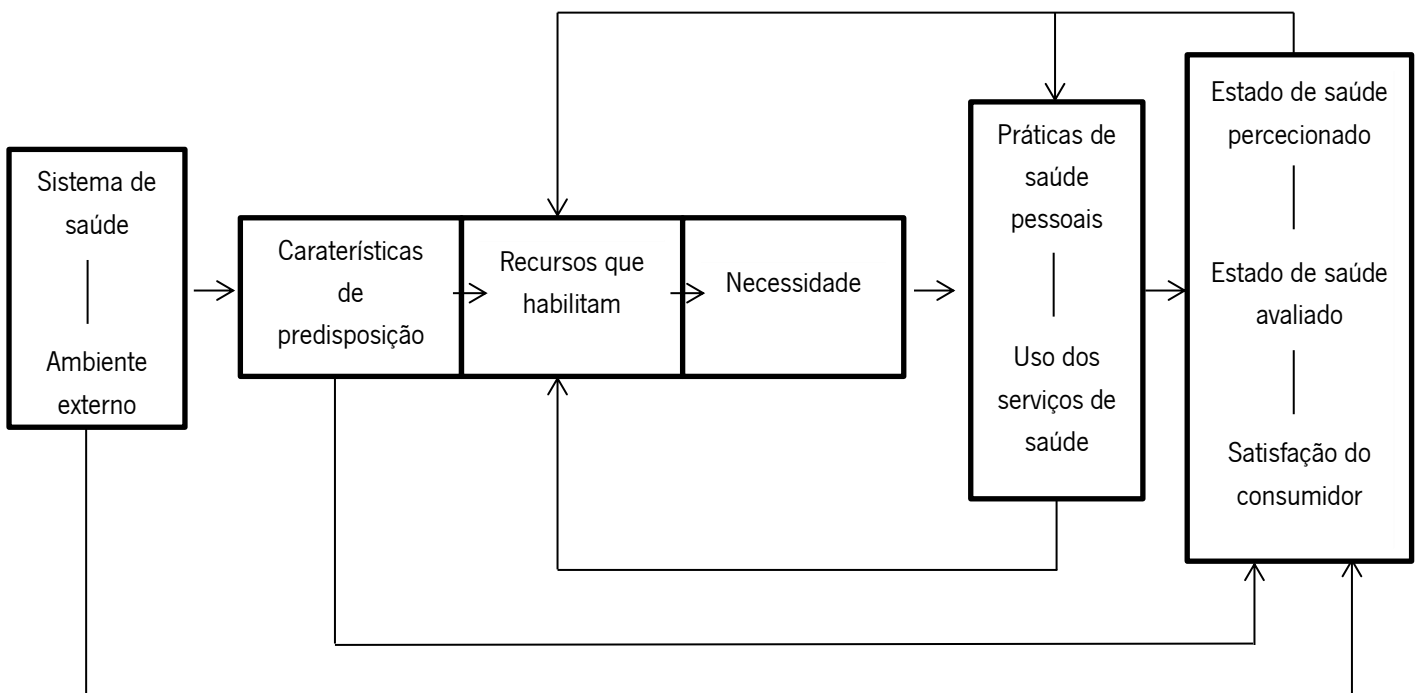


Figura 3 – Modelo de Andersen fase 4.

Fonte: Andersen (1995).

Sendo este um modelo que explica a utilização dos serviços de saúde pode ser adaptado, como já foi feito anteriormente, para explicar a utilização dos SU, neste caso uma utilização de forma desnecessária (Afilalo *et al.*, 2004).

2.6. ALGUMAS SUGESTÕES PARA REVERTER O USO INAPROPRIADO DO SU

Apesar da literatura apontar muitos problemas do “mau uso” dos SU e salientar as causas subjacentes, aponta também algumas sugestões para ultrapassar estes entraves e melhorar a eficiência de funcionamento dos SU. Como recomendação, Dale *et al.* (1996) sugerem que exista um médico generalista para atender estes casos de “mau uso” nos SU pois estes podem reduzir os custos já referidos sem prejuízo do atendimento dos pacientes nem da sua satisfação.

Países como França e o Reino Unido já implementaram várias medidas como tentativa de diminuir o excesso de afluência aos SU, dados os elevados custos inerentes para a população (Mason *et al.*, 2014). Por exemplo, no Reino Unido foi implementado um sistema de atendimento telefónico em 1998, com o intuito de esclarecer a população sobre eventuais dúvidas relacionadas com a sua saúde, e cujo impacto foi estudado por Munro *et al.* (2000). O que depreenderam desse estudo é que essa metodologia não teve qualquer impacto na diminuição da procura de cuidados imediatos, o que parece não ter melhorado mesmo depois de um aperfeiçoamento do sistema (Turner *et al.*, 2013)

Para Portugal é ainda sugerido uma promoção da triagem telefónica (Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e/ou Linha Saúde 24) para garantir uma procura adequada dos SU, assim como a definição de um conjunto de *standards* para uma melhor gestão do fluxo de doentes (CRRNEU, 2012). A CRRNEU acredita desta forma que é preciso focar os atendimentos nos SU para os devidos efeitos mas ao mesmo tempo tentar dar resposta às expectativas dos cidadãos. Assim, pensam que a solução não passará por adicionar novos termos nos CSP, o que apenas confundirá mais os pacientes. A solução passa, como já referido anteriormente, por uma maior coordenação entre os CSP e o SU, permitindo adequar a oferta às necessidades e expectativas dos cidadãos, sugerindo uma adequada referenciação entre as duas unidades de atendimentos e uma identificação daqueles utentes que mais se servem dos SU de forma

inadequada para que estes sejam sujeitos a uma educação acerca dos princípios dos SU. Há assim quem acredite que um maior nível de informação poderá ajudar neste racionamento de utentes que procuram os serviços de saúde, levando-os a fazerem a escolha certa (da Costa *et al.*, 2001). Por outro lado, o Bastonário da ordem dos médicos afirma que o Ministério da saúde se deve preocupar em realizar uma reforma nos CSP tornando-os acessíveis a toda a população e ainda desenvolver as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) para evitar idas ao SU desnecessárias (SIC Notícias, 2015b).

Num passado recente foi efetivamente implementada uma nova medida em Portugal de forma a melhorar o atendimento dos CSP e permitir que a população tenha acesso a uma consulta num horário alargado, podendo ainda haver reencaminhamento de situações mais urgentes para o SU. Essa medida passou por retificar as taxas moderadoras dos Serviços de atendimento permanente ou prolongado (SAP), tendo o utilizador que pagar apenas o que pagaria numa consulta regular nos CSP. Assim, em vez de se pagar 10,30€ como se previa para 2015, o valor dessa consulta, se entretanto não for retificado, fica pelos 5€. Esta legislação pode ser consultada na Portaria n.º 408/2015, de 25 de novembro, onde se define a não distinção dos serviços prestados nos CSP mediante a hora de utilização.

É assim evidente a importância do tema abordado e a necessidade de se aprofundar para o caso Português o estudo dos determinantes das visitas “inapropriadas” aos SU, uma vez que este constitui um ponto-chave no funcionamento equilibrado dos serviços. Por outro lado, um conhecimento mais aprofundado destes determinantes poderá produzir resultados importantes na definição de políticas mais eficazes (Bittencourt & Hortale, 2009).

3. SERVIÇOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

O SNS vigente em Portugal surge como sendo “o conjunto de instituições e serviços, dependentes do Ministério da Saúde, que têm como missão garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis” (como pode ser consultado no guia do utente em <http://www.hgo.pt/Utentes/GuiaUtente.aspx>). Contudo, o atual SNS, tal como o conhecemos, é o resultado de uma evolução. Ao longo das últimas décadas, este sistema sofreu inúmeras transformações tendo sido influenciado pela política, economia, religião e sociedade de cada época em específico.

3.1. HISTÓRIA DO SNS

Pode afirmar-se que o verdadeiro SNS nasceu após a revolução do 25 de Abril, mais concretamente em 1979. Até essa data, as Misericórdias eram a base dos cuidados de saúde. Para além destas, existiam também os serviços médico-sociais (para quem fosse beneficiário da Federação de Caixa de Previdência), os serviços de saúde pública, os hospitais estatais (principalmente nas grandes zonas urbanas) e os serviços privados (para quem tivesse possibilidades financeiras) (Baganha *et al.*, 2002). O estado tinha então um papel secundário no provisionamento dos cuidados de saúde, tendo mais atenção nos serviços preventivos. Assim o governo assegurava o pagamento dos custos nesta área como saúde materna e infantil, certas doenças infecciosas e saúde mental, assim como para os servidores do estado. As restantes despesas ficavam a cargo dos pacientes ou seus familiares (Diogo, 2004). Por esse motivo, em 1970 a despesa pública em saúde rondava apenas 1,6% do PIB (OECD, 2003). Por essa altura enumeravam-se vários problemas ao nível da saúde do país, nomeadamente as altas taxas de mortalidade infantil que rondavam os 58‰ (em 2001 rondavam os 5‰), o baixo número de médicos (8 580 em 1970 e 33 233 em 2001), a fraca distribuição de unidades e profissionais de saúde que se concentravam nas zonas urbanas, a falta de coordenação entre os vários serviços de saúde, as múltiplas fontes de financiamento, e a excessiva centralização de alguns serviços (Diogo, 2004).

Como tentativa de responder a estas ameaças foram surgindo algumas alterações. O Ministério da Saúde e da Assistência, que tinha sido criado em 1958 pelo Decreto-Lei n.º 41825/58, de 13 de agosto, foi promulgada a sua organização em 1971 pelo Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, garantindo o acesso à saúde a todos mediante os recursos disponíveis (Ministério da Saúde, 2015a). Surgem em 1971 os primeiros CS (ERS, 2009b), os CS de 1ª geração.

O ano de 1976 torna-se um ano importante na medida em que é aprovada a Constituição da República Portuguesa que, no artigo 64º, consagra o direito de todos os cidadãos à proteção da saúde. Já em 1979 é criado o verdadeiro SNS através da Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, promovendo assim a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação medicamentosa. Estavam desta forma assegurados os cuidados integrados de saúde, desde a promoção da saúde e prevenção da doença, ao diagnóstico e tratamento médico. Apesar de este ser um serviço gratuito havia a possibilidade da criação de taxas moderadoras como forma de racionalizar o acesso aos cuidados de saúde. Estabelece-se que o SNS tem autonomia administrativa e financeira, estando dividido em órgãos centrais, regionais e locais com CSP (designados de centros comunitários de saúde) e serviços de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas) (Ministério da Saúde, 2015a).

Contudo, a questão da universalidade é logo posta em causa com a criação do SNS em 1979. Os servidores do estado tinham benefícios diferentes, podendo recorrer aos serviços de saúde privados onde pagariam uma determinada taxa ajustada à sua função. Mais tarde estes benefícios foram alargados a mais trabalhadores do estado. Verifica-se que este período de mudanças no SNS foi marcado por alguma turbulência e instabilidade devido a alterações políticas, económicas e sociais, marcadas pelo início da democracia, tornando o SNS frágil e com várias limitações. A falta de transparência, difícil acesso e baixa eficiência do sistema e problemas de gestão levaram a que fosse difícil aos decisores políticos lidarem com as dificuldades que surgiam e rapidamente se percebeu a dificuldade de distinguir entre o sistema público e o sistema privado. Dessa forma, muitos pacientes passaram a usufruir do sistema privado pedindo mais tarde o seu reembolso, o que levou ao aumento das despesas deste sector, quando na realidade podiam ser evitadas. Para além disso, os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos, trabalhavam em ambos os serviços levando a uma menor eficiência

do público quando comparado com o privado, devido aos elevados salários que aí auferiam (Diogo, 2004).

Neste seguimento, em 1982 o Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de Junho, cria as administrações regionais de cuidados de saúde (ARS), em vez das Administrações Distritais de Saúde que geriam as unidades de saúde da sua região (Ministério da Saúde, 2015a) com financiamento público. Mais tarde, em 1993, devido à incapacidade de gerir 18 ARS, estas foram substituídas por apenas 5 (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve). Segundo o artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, os CS dependiam, orgânica e funcionalmente, da respetiva ARS e, em concreto, das Sub-Regiões de Saúde (ERS, 2009b). Adicionalmente houve também uma tentativa de reestruturar as carreiras médicas e de enfermagem através do Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de Agosto, nomeadamente atribuir 1500 utentes a cada médico de família (MF) (estatuto que foi adquirido em 1984); e ainda uma tentativa de controlar a medicina privada e as farmacêuticas (Baganha *et al.*, 2002).

Destacam-se ainda nesta altura alguns acontecimentos, nomeadamente os CS de segunda geração que apareceram em 1983 (ERS, 2009b), que segundo o artigo 2.º do Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de Abril, CS é toda a “unidade integrada, polivalente e dinâmica que presta cuidados de saúde primários, visa a promoção e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, e se dirige ao indivíduo, à família e à comunidade”, devendo “privilegiar, de modo especial, a personalização da relação entre os profissionais de saúde e os utentes”. Há ainda uma segunda revisão à Constituição da República Portuguesa realizada em 1989, no n.º 2 do artigo 64º em que o direito à proteção da saúde é realizado “Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”.

No decorrer destas transformações verifica-se que alguns indicadores também vão evoluindo de forma positiva. No caso da mortalidade infantil, no que concerne ao ano de 1980 havia 24,3 mortes por mil nascimentos e já em 1990 esse valor passa para 11%. Por outro lado, também a esperança média de vida à nascença aumentou. Em 1970, a esperança média de vida à nascença para as mulheres era de 71 anos, tendo passado para 76,6 em 1980, 77,9 em 1990 e 84 em 2013. Já para os homens, estes valores passaram de 65,3 em 1970 para 67,7 em 1980, 70,9 em 1990 e 77,6 em 2013 (OECD, 2015; OECD, 2001;).

Baganha *et al.* (2002) chamam ainda a atenção para o facto da população coberta pelo SNS ter aumentado cerca de 100% entre 1974 e 1978, principalmente pelo papel importante dos CS. Esta tendência é acompanhada por um aumento dos gastos em saúde em percentagem do PIB, tendo passado de 4,1% em 1974 para 6,5% em 1990 e 6,1% em 2013 (OECD, 2015)

Segundo Gomes (2013), houve dois acontecimentos que marcaram a década de 90, nomeadamente a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) e o Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro). A Lei de Bases da Saúde vem trazer uma maior responsabilização pela saúde a todos os cidadãos com uma maior liberdade na hora de procurar prestadores de cuidados. Os cuidados prestados são obtidos nos estabelecimentos do Estado ou noutros estabelecimentos fiscalizados, que podem ser públicos ou privados com carácter lucrativo ou não. Durante este processo de transformação do SNS, também as carreiras dos profissionais se vão alterando e ganhando outro estatuto.

É em 1992, com o Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de Abril, que se estabelece o regime das taxas moderadoras para os SU, para as consultas ou exames auxiliares e terapêutica, e ainda as respetivas isenções. Pretende-se que o SNS seja mais eficiente e forneça um melhor serviço a toda a população dando mais apoio aos mais carenciados (Ministério da Saúde, 2015a).

O estatuto do SNS é publicado em 1993, tal como se pode verificar no Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro. Dada a exigência dos utentes em termos de qualidade dos serviços prestados, pretende-se que a gestão se faça próxima dos seus destinatários. Para além disso pretende-se ultrapassar a dicotomia entre CSP e diferenciados para se terem unidades integradas de cuidados (Ministério da Saúde, 2015a).

Em 1999 são estruturados os serviços de saúde pública através do Decreto-Lei n.º 286/99, de 27 de Julho. No mesmo ano são criados os centros de responsabilidade integrados pelo Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro, desconcentrando a tomada de decisão. É ainda estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde através do Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio, sendo estes constituídos pelos CS, hospitais e outros serviços e instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção, direta ou indireta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde (Ministério da Saúde, 2015a). Destaca-se ainda a criação dos CS de terceira geração com o Decreto-Lei n.º

157/99, de 10 de Maio tendo como objetivo regular a criação, organização e funcionamentos dos mesmos, sendo dotados de personalidade jurídica e autonomia técnica, administrativa e financeira (ERS, 2009b).

Após as eleições de 2002, e com a incerteza da economia nomeadamente ao nível internacional, surgem pressões no País para se realizarem cortes governamentais, nomeadamente na saúde. Tendo em conta este cenário, o governo decide definir um novo SNS, para ser implementado entre 2002-2006. Estas reformas levarão o SNS para um *mix* de serviços de saúde públicos, privados e sociais, onde todos coexistirão (Diogo, 2004). Destacam-se medidas como a criação de parcerias público-privadas, cada cidadão ter direito a um MF, a passagem de hospitais sociedades anónimas para público-empresariais, atenuar as listas de espera, etc.

Para além do exposto, destacam-se alguns acontecimentos como em 2006 (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho) a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, para responder ao progressivo envelhecimento da população, e em 2007 (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto) o surgimento das primeiras unidades de saúde familiar (USF), reformando assim os CSP (Ministério da Saúde, 2015a). Contudo, segundo a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2009b), as USF foram implementadas pelo Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro, no seguimento do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, onde constava, por exemplo, a definição de USF como “a unidade elementar de prestação de cuidados de saúde a uma população identificada através da inscrição em listas de utentes”. Mais tarde sim, houve alterações com o Despacho Normativo n.º 10/2007, de 26 de Janeiro, e o artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, é revogado pelo Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, que estabelece o Regime Jurídico da Organização e Funcionamento das USF.

Outros eventos se podem destacar nestes últimos anos, como algumas melhorias no funcionamento do SNS. Em 2008 (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro) dá-se a criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) do SNS de forma a estabilizar os CSP, sendo estas unidades intermédias entre as ARS e os CS que englobam várias unidades funcionais (UF) (ERS, 2009b).

Em 2009 é aprovado o direito à entrada nos SU com acompanhantes; em 2011 dá-se a generalização da prescrição eletrónica; em 2012 a criação do novo portal do utente; em 2013 aprova-se um novo regime jurídico para as convenções e define-se ainda como o Ministério da Saúde e o SNS se podem articular com instituições particulares de solidariedade social assim como a devolução de hospitais às Misericórdias (Ministério da Saúde, 2015a).

Por fim, já em 2014, através do Decreto-Lei n.º 110/2014, de 10 de julho é criado o Fundo para a Investigação em Saúde, que visa “o fortalecimento das atividades de investigação para a proteção, promoção e melhoria da saúde das pessoas e, assim, obter ganhos em saúde”, pois esta é “instrumental para a melhoria contínua da qualidade, formação de profissionais e projeção internacional de Portugal”.

3.2. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os CSP constituem uma parte integrante do sistema de saúde de um País, sendo o ponto central e o primeiro nível de contacto dos indivíduos, das famílias e da comunidade com o SNS. Os CSP têm a capacidade de lidar em primeira linha com os principais problemas de saúde da comunidade, oferecendo serviços de promoção, prevenção, cura e de reabilitação de acordo com as situações vigentes (WHO, 1978), e ainda continuidade de cuidados e articulação com outros serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2015c). Para uma definição universal dos CSP pode-se afirmar que: “Os cuidados de saúde primários são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceites, universalmente acessíveis aos indivíduos e famílias na comunidade, através da sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. São parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual é a função central e o foco principal, e do desenvolvimento social e económico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de cuidados de saúde” (WHO, 1978, pp. 3-4).

De acordo com a Lei de Bases da Saúde (n.º 1 da Base XIII), os CSP são assim a base do sistema de saúde e estes “devem situar-se junto das comunidades”. Neste seguimento, é

ainda importante clarificar que os CSP abrangem duas vertentes: a saúde pública, direcionada para o tratamento, o diagnóstico e intervenção nas condicionantes da saúde da população; e a MGF, voltada para os cuidados personalizados para com os indivíduos e as suas famílias (ERS, 2009b).

No que concerne aos CSP, na vertente da MGF, sendo também de mais interesse para o estudo, os serviços são prestados nos CS (ERS, 2009b), com a intervenção dos clínicos gerais ou também conhecidos por MF que, para além de atenderem em primeira mão os indivíduos e as suas famílias para resolverem os problemas essenciais de saúde, servem também como referenciadores para os médicos especialistas quando necessário (Novo, 2011). Estes médicos têm que, por assim dizer, tratar de situações clínicas que não envolvam demasiada tecnologia (Barros, 2009).

Estando os CSP abrangidos pelos princípios da universalidade, generalidade e tendencialmente gratuito, permitem que todo o cidadão tenha direito a este serviço, podendo por isso inscrever-se num CS para aí obter os cuidados necessários, assim como escolher o MF que pretende, sujeito às vagas existentes (ERS, 2009b).

Feita uma análise acerca da evolução do número de CS que se encontram em Portugal, verifica-se que o número se tem mantido bastante estável ao longo dos últimos anos, como se pode verificar na Figura 4. Assim, em 2012, último ano com informação disponível, existiam 357 CS. Já as extensões de centros de saúde³ têm mostrado uma tendência de diminuição, existindo em 2011, último ano com informação, 1 063 unidades.

³ **Extensão de centro de saúde:** Unidade periférica dos Centros de Saúde, situada em local da sua área de influência, tendo em vista proporcionar uma maior proximidade e acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde. (metainformação – INE)

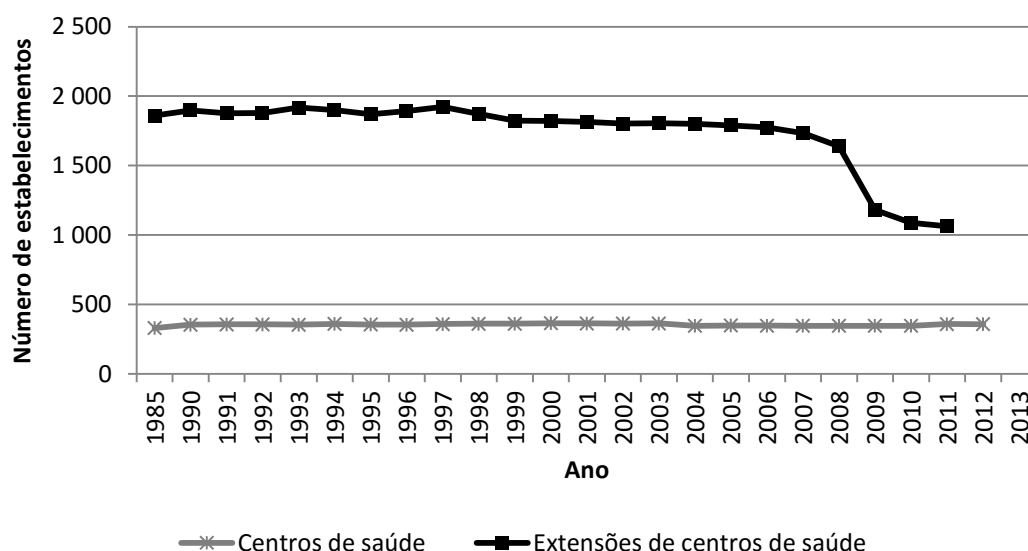


Figura 4 – Estabelecimentos de Saúde dos CSP.

Fonte: PORDATA. Acedido em 12-11-2015. Elaboração própria.

A mesma análise pode ser feita para o número de médicos de MGF. De acordo com a Figura 5, o número de clínicos desta área tem aumentado ao longo dos últimos anos de forma irregular, com períodos de crescimento e períodos de diminuição. A mesma figura compara estes valores com os valores da população residente para se perceber como o número de médico evoluiu com a evolução da população. Assim, em 2014, para uma população residente de 10 401 062 pessoas, encontravam-se no País 6 136 médicos de MGF, ou seja, cerca de 1 696 pessoas por cada médico. Já em 1990 verificava-se que existiam 36 303 pessoas por cada médico. Desta forma, as condições de acesso a médicos de MGF parecem ter melhorado substancialmente nos últimos anos.

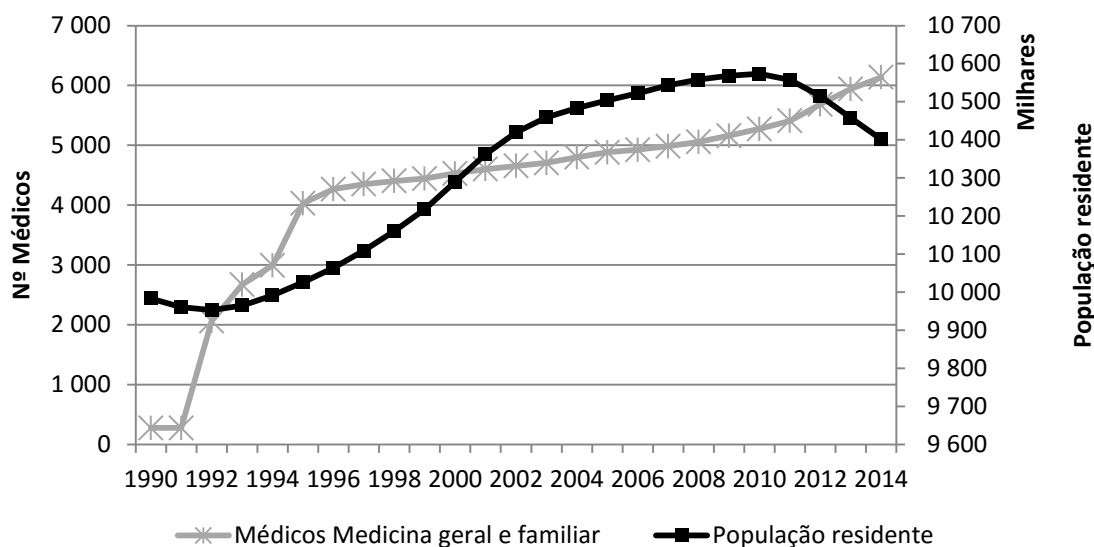


Figura 5 – Número de médicos de Medicina geral e familiar e população residente.

Fonte: PORDATA. Acedido a 12-11-2015. Elaboração própria.

3.2.1. BARREIRAS NO ACESSO AOS CSP

Dado que os CSP são referenciadores dos utentes para médicos especialistas, convém salientar a diferença no acesso a estes tipos de cuidados de saúde. Esta diferença está presente entre os utentes que apenas estão cobertos pelo SNS e aqueles que possuem um subsistema de saúde que lhes permite marcar consultas diretamente em especialistas, sem terem que passar pelo médico de MGF. Desta forma haverá uma utilização muito díspar nos CSP (Barros, 2009). Será por exemplo o caso dos utentes com direito à Assistência na Doença dos servidores do Estado (ADSE) que “financia as despesas realizadas pelos beneficiários com o tratamento, reabilitação e vigilância da saúde” e participa também “na verificação da doença (visitas domiciliárias e Junta médica)” (ADSE, 2015). De acordo com a Figura 6, o número de beneficiários da ADSE tem-se mantido mais ou menos constante desde 1989. Em 2014 existiam cerca de 1 275 356 beneficiários, o que correspondia a 12% da população residente.

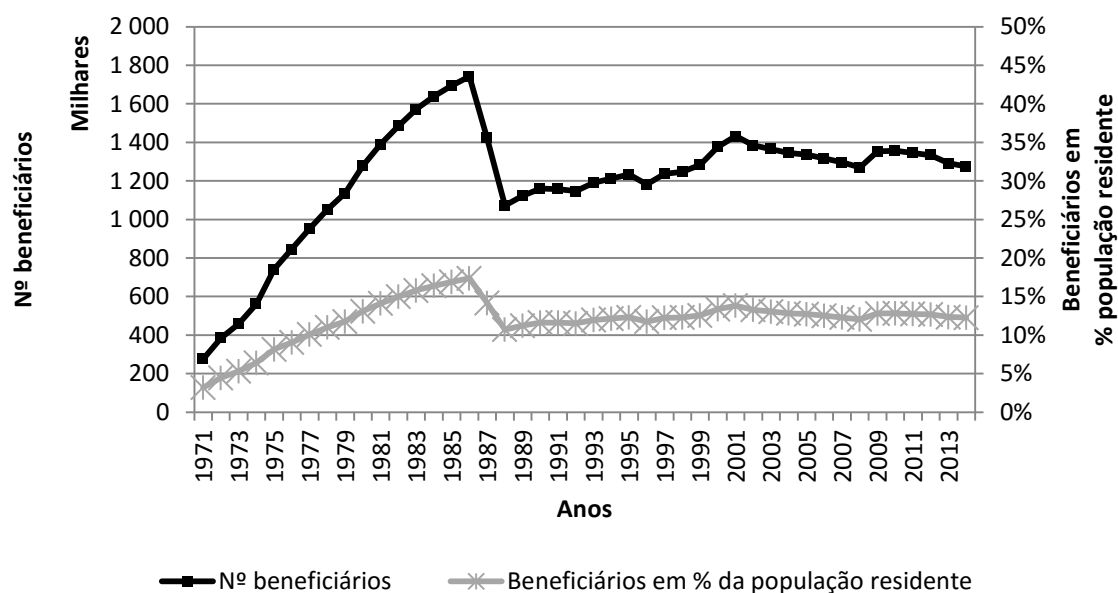


Figura 6 – Nº de Beneficiários da ADSE e respetiva % da população residente.

Fonte: PORDATA. Acedido em 18-11-2015. Elaboração própria.

Por outro lado, não se podem também esquecer os seguros de saúde que são igualmente facilitadores deste acesso a cuidados de saúde privados, e como se pode ver na Figura 7 este número tem aumentado consideravelmente nos últimos anos.

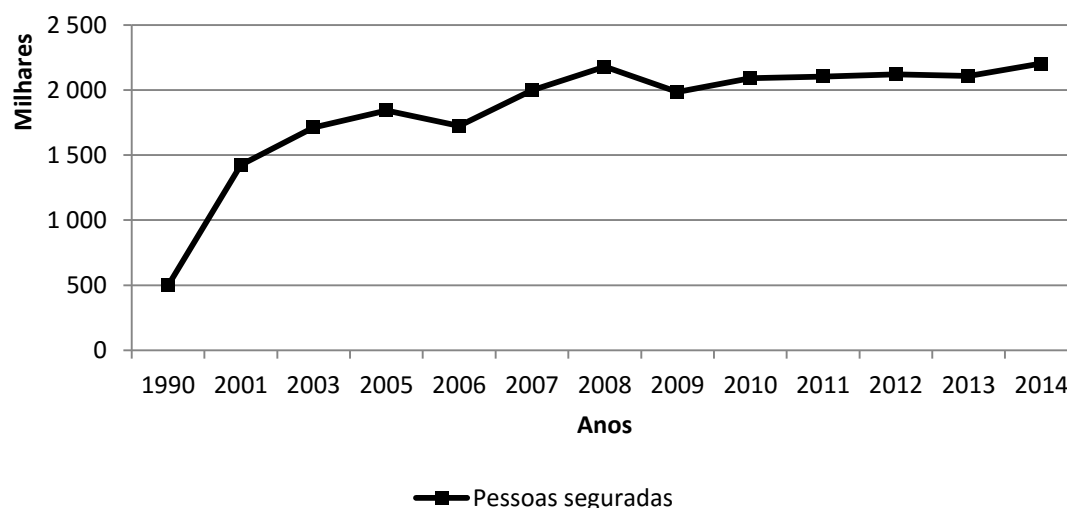


Figura 7 – Pessoas seguradas com seguro de saúde.

Fonte: **1990:** Ramos & Silva (2009); **2001-2008:** Silva (2009b); **2009:** APS (2012); **2010-2012:** APS (2013); **2013-2014:** APS (2015). Elaboração própria.

Segundo o ponto de vista da ERS (2009b), uma outra barreira pode estar implementada no acesso aos CSP com a existência de taxas moderadoras. É certo que estas pretendem apenas, como o próprio nome diz, moderar o acesso dos utentes a todos os cuidados de saúde disponíveis. Contudo, se os utentes não tiverem possibilidades de efetuar esse pagamento afastar-se-ão dos cuidados de saúde que precisam. Estas taxas já eram previstas na Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com intuito de regular o acesso aos cuidados de saúde e também permitir que a oferta de serviços não estivesse constrangida em termos financeiros. Assim, em 1992 dá-se a introdução dessas taxas no sistema de saúde português. Em contrapartida, para que este racionamento fosse justo em termos sociais, foram também criados os critérios para as isenções das mesmas taxas. Ao longo dos últimos anos têm sido alterados esses mesmos critérios, estando atualmente vigentes os estatutos de insuficiência económica, desempregados e familiares, crianças até os 12 anos, pessoas com incapacidade igual ou superior a 60%, grávidas e parturientes, doentes crónicos, etc. Sendo possível consultar todas as possibilidades no Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro, assim como sucessivas alterações registadas pelo Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de junho, pela Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, pela Lei n.º 51/2013, de 24 de julho e, mais recentemente, pelo Decreto-lei n.º 117/2014, de 5 de agosto e Decreto-Lei n.º 61/2015, de 22 de abril.

Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), existiam em 2014 cerca de 5 802 543 pessoas isentas, tal como se pode ver na Tabela 1. Assim, prevê-se que o esforço financeiro não seja uma barreira de acesso aos cuidados de saúde (ERS, 2009b).

Tabela 1 – Registo de pessoas isentas das taxas moderadoras em Portugal.

<i>Registo Nacional de Utentes</i>	2014 (1 agosto)	2011 (31 dez)
Insuficiência económica	3 071 510	1 592 094
Desempregados e familiares	118 822	215 760
Crianças até 12 anos de idade (inclusive)	1 278 331	1 390 857
Incapacidade igual ou superior a 60%	165 476	-
Grávidas e parturientes	123 380	-
Doentes transplantados de órgãos	4 384	55
Militares e ex-militares das FA incapacitados	3 935	230
Doentes crónicos	890 120	890 120
Bombeiros	27 018	32 947
Dadores vivos de células, tecidos e órgãos	1 360	
Dadores benévolos de sangue	118 207	196 408
Utentes com isenção/dispensa válida	5 802 543	4 318 471

Fonte: ACSS (2014). Acedido em 16-11-2015.

Por outro lado, o valor das taxas moderadoras também se tem alterado nos últimos anos, como se pode verificar pela Figura 8. As taxas moderadoras pareciam significativamente baixas quando implementadas, tendo sofrido uma subida drástica em 2012 quase que duplicando o valor. Assim, 5€ é ainda hoje o valor que é pago por esse serviço.

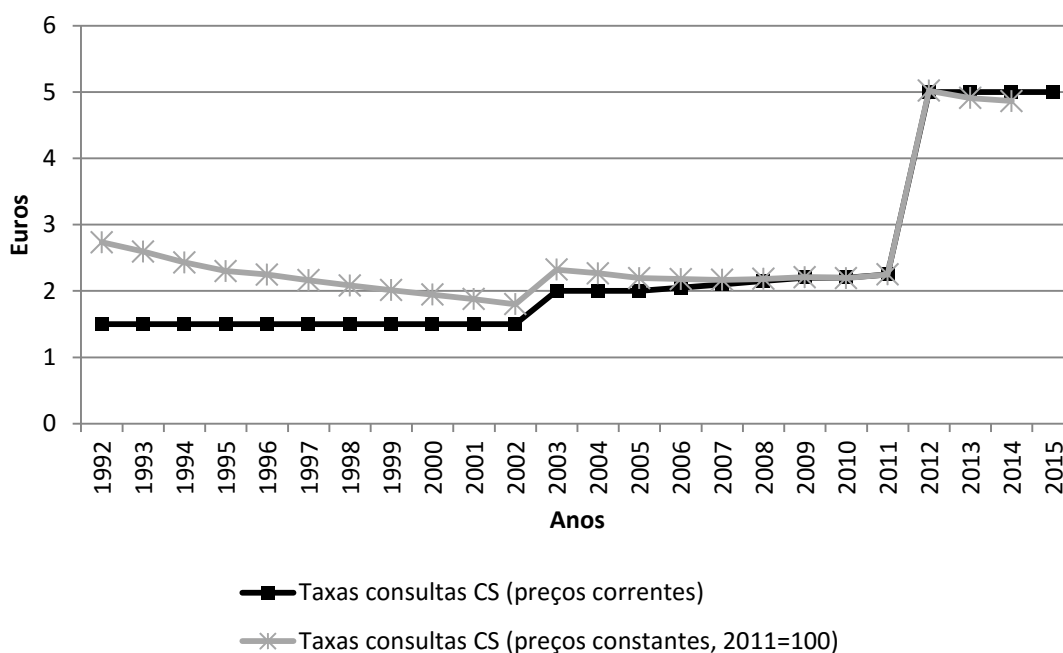


Figura 8 – Valor nominal e real das taxas moderadoras nas consultas programadas dos CS.

Fonte: **1992-2002:** Portaria n.º 338/92, de 11 de Abril (Nota: valor convertido de escudos para euros à taxa de 1 € ≈ 200 escudos); **2003:** Portaria n.º 985/2003, de 13 de Setembro; **2004-2005:** Portaria n.º 103/2004, de 23 de Janeiro; **2006:** Portaria n.º 219/2006, de 7 de Março; **2007:** Portaria n.º 395-A/2007, de 30 de Março; **2008:** Portaria n.º 1637/2007, de 31 de Dezembro; **2009-2010:** Portaria n.º 34/2009, de 15 de Janeiro; **2011:** Portaria n.º 1320/2010, de 28 de Dezembro; **2012:** Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de Dezembro; **2013-2015:** Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de Dezembro e Circular Normativa N.º 1/2015/DPS/ACSS. **Deflator:** PORDATA. Elaboração própria.

Outra variável pertinente para o estudo e que parece ser também uma barreira de acesso aos CSP é o horário de funcionamento dos mesmos. Neste âmbito, há várias legislações onde consta o horário obrigatório das UF dos CSP. A ERS (2009b) refere o Despacho Normativo n.º 10/98, de 5 de Fevereiro como sendo o documento que estabelece o horário de funcionamento dos CS. Contudo, há legislação mais recente onde pode ser consultada essa mesma informação. Assim, no Decreto-Lei n.º 253/2012, de 27 de novembro, onde se pretende estabelecer o funcionamento dos ACES, é também estabelecido o funcionamento dos CS, nomeadamente o seu horário. Em anexo deste mesmo decreto é feita a republicação do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, onde consta no artigo 6.º que “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 de saúde da população e

características geodemográficas da área por eles abrangida e da disponibilidade de recursos”, devendo este “ser publicitado, designadamente, através de afixação no exterior e interior das instalações”. Para além do exposto, o horário de funcionamento das USF também é definido em legislação, constando este no Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto. No artigo 10º é então definido que “O período de funcionamento das USF é das 8 às 20 horas, nos dias úteis”, podendo “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”, podendo este alargamento “ ser estabelecido até às 24 horas, nos dias úteis, e entre as 8 e as 20 horas aos sábados, domingos e feriados”.

3.2.2. ATUAL ORGANIZAÇÃO DOS CSP

Para uma melhor compreensão da organização atual dos CSP, é preciso abordar ou pelo menos destacar as mais recentes reformas dos CSP. Ao longo dos últimos anos, os CS sofreram algumas alterações com o surgimento dos CS de 1ª, 2ª e 3ª geração (Carvalho, 2014). Mas a reforma mais importante prende-se com o surgimento das USF (Barros, 2009), podendo até ser referidas como os CS de 4ª geração (Martins, 2014). As reestruturações dos CSP foram implementadas no sentido de descentralizar a tomada de decisões (Martins, 2014), e aproximarem as estruturas de saúde ao cidadão comum (Barros, 2009).

Atualmente, os CSP são uma rede de cuidados de saúde constituída por UF (Barros *et al.*, 2015), que estão integrados em ACES e Unidades Locais de Saúde (ULS) (Ministério da Saúde, 2015c).

Os ACES são constituídos por várias UF, englobando um ou mais CS, tendo ainda autonomia administrativa e como função principal garantir que os CSP são prestados à população de uma determinada área geográfica (Barros *et al.*, 2015). São desta forma desconcentrados da respetiva ARS. As UF que integram os ACES são as seguintes: USF; Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); UCC; Unidade de Saúde Pública (USP; uma por ACES); e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP; uma por ACES) (Barros *et al.*, 2015). O Decreto-Lei n.º 253/2012, de 27 de novembro refere também no n.º 2 do artigo

7.º que “em cada centro de saúde componente de um ACES funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta”. Para além disso, cada uma destas UF possui uma equipa multiprofissional que goza de autonomia organizativa e técnica (Ministério da Saúde, 2015c).

De facto, a UF mais desenvolvida aparenta ser a USF, que foi criada para aproximar os cidadãos dos cuidados de saúde, fornecendo ao mesmo tempo uma maior flexibilidade em termos de organização e gestão comparativamente à estrutura dos CSP baseada nos CS tradicionais (Barros, 2009). Segundo o artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, “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”, sendo que, as “USF são parte integrante do centro de saúde”. Contudo, ainda pode haver diferenciação entre as USF mediante o desenvolvimento organizacional, ou seja, o grau de autonomia organizacional, o modelo retributivo e ainda os incentivos dos profissionais, o modelo de financiamento e o estatuto (ACSS, s. d.). Desta forma, as USF podem ser catalogadas em modelos A, B ou C, sendo que o modelo A corresponde ao primeiro estágio de desenvolvimento da USF, a uma fase de aprendizagem e onde prevalece o trabalho individual; o modelo B corresponde a equipas com maior nível organizacional onde se pratica o trabalho de grupo e estão dispostos a ter um trabalho mais exigente; já o modelo C é um modelo experimental (Barros *et al.*, 2015).

A Figura 9 mostra de forma esquemática como as UF são integradas em ACES e ainda em ARS.

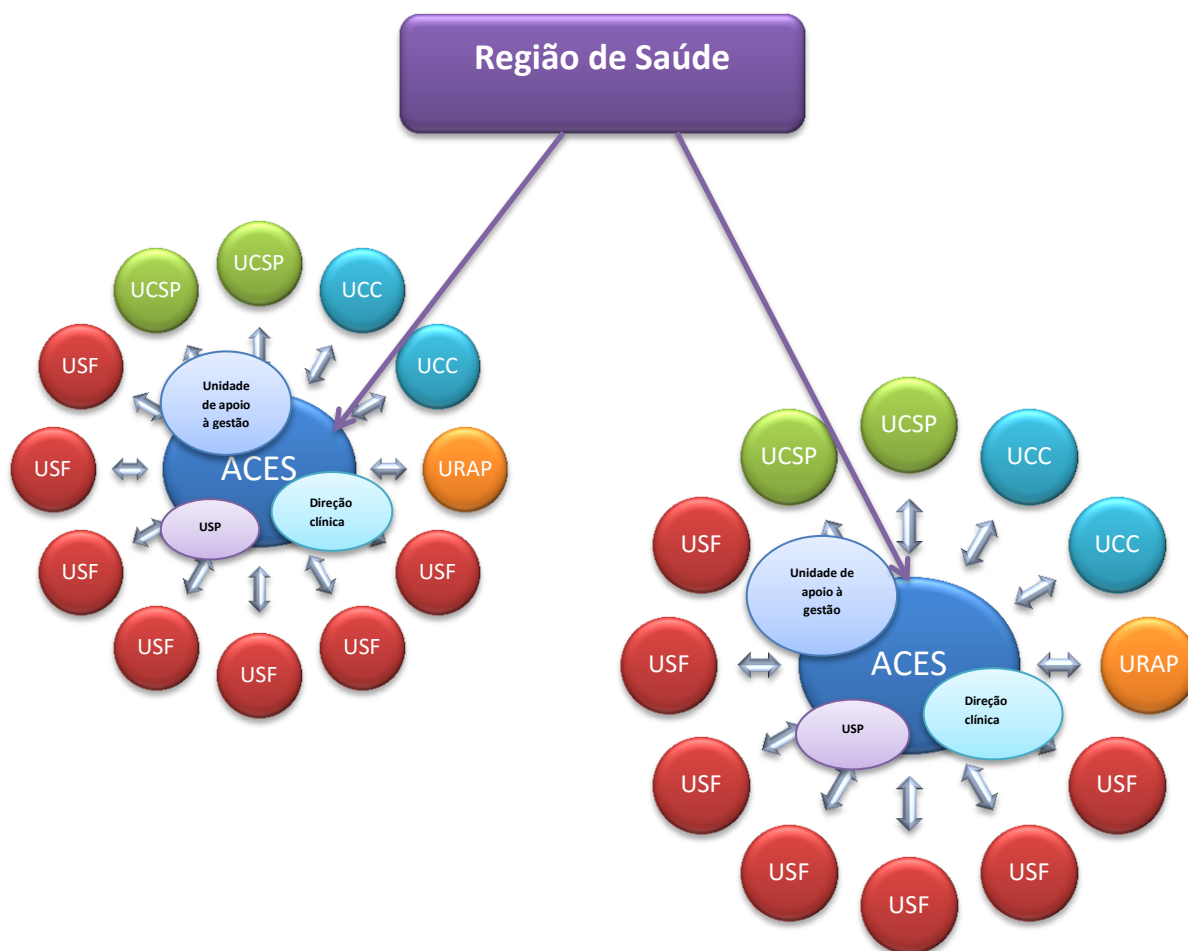


Figura 9 – Apresentação esquemática dos CSP.

Fonte: Barros *et al.* (2015). Elaboração própria.

A Tabela 2 descreve o número de cada tipo de unidade presente em 2014, em Portugal.

Tabela 2 – Constituição dos CSP em 2014, a nível nacional.

	2014
Nº de ARS	5
Nº de ACES	55
Nº total de USF	418
Nº de USF modelo A	225
Nº de USF modelo B	193
Nº de UCSP	442
Nº de UCC	237

Fonte: Ministério da Saúde (2015c). Elaboração própria.

No caso do ACES do Cávado I – Braga, pertencente ao ACES e ARS Norte, apresenta-se na Tabela 3 o detalhe do número de unidades de cada tipo, por ser a zona da intervenção do presente trabalho. Como se pode ver pela Tabela 3, à luz da informação obtida no portal da saúde, existem atualmente 14 USF, 14 UCSP e 3 UCC, e ainda a USP e a URAP, como é obrigatório existir.

Tabela 3 – Constituição do ACES Braga.

ACES	Braga
ARS	Norte
Nº total de USF	14
Nº de UCSP	14
Nº de UCC	3

Fonte: Portal da Saúde: <http://www.portaldasaude.pt/portal>. Acedido em 17-11-2015. Elaboração própria.

Quanto às ULS, “são entidades públicas empresariais que têm por objeto principal a prestação integrada de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população residente na área geográfica por ela abrangida, assegurando ainda as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde” (Ministério da Saúde, 2015c, p. 15). Segundo o portal da saúde, existem ao todo 8 unidades no País, sendo que nenhuma se localiza em Braga.

3.2.3. UTENTES E UTILIZAÇÃO DOS CSP

No que respeita ao número de pessoas inscritas nos CSP em Portugal, verifica-se que houve um decréscimo a partir de 2012, acompanhado por um decréscimo na percentagem de inscritos sem MF, como se pode ver na Tabela 4. Assim, no último relatório publicado pela ACSS, havia em Portugal 1 233 236 pessoas inscritas nos CSP sem MF. Segundo Barros *et al.* (2015) este decréscimo da percentagem de inscritos sem MF pode dever-se ao facto de ter havido uma reestruturação na composição das UF dos CSP, ou então devido à diminuição de inscritos. Há ainda que ter em consideração um facto importante relativamente a estes dados: é que em 2011 e 2012 os inscritos nos CSP ultrapassavam a população residente, que segundo a

PORDATA (consultada a 23 de dezembro de 2015) era de 10 557 560 e 10 514 844 respetivamente. Neste caso poderão estar razões como duplicações de registos ou emigrantes.

Tabela 4 – Número de pessoas inscritas nos CSP e sem médico de família (MF).

	2011	2012	2013	2014	fev/15	mai/15
Inscritos nos CSP	11 095 551	11 147 468	10 205 669	10 222 286	10 215 047	10 170 554
Sem MF	1 838 795	1 660 609	1 332 425	1 478 271	1 284 820	1 233 236
Percentagem de inscritos sem MF	16,6%	14,9%	13,1%	14,5%	12,6%	12,1%

Fonte: 2011-2014: Ministério da Saúde (2015c); **2015:** ACSS (2015b, 2015c). Elaboração própria.

Focando a análise para o ACES de Braga, no último relatório publicado pela ACSS (2015c), estavam inscritos 187 515 utentes, onde apenas 1,8% (3 287) desses não possuíam MF.

Será ainda interessante contrastar estes dados com os médicos ao serviço nos CS. Analisando a Figura 10, o que se verifica é uma predominância destes profissionais nos CS litorais e município de Braga, estando este inserido no patamar mais elevado, com um valor de 135 médicos, para o ano de 2012 (último ano com dados disponíveis).

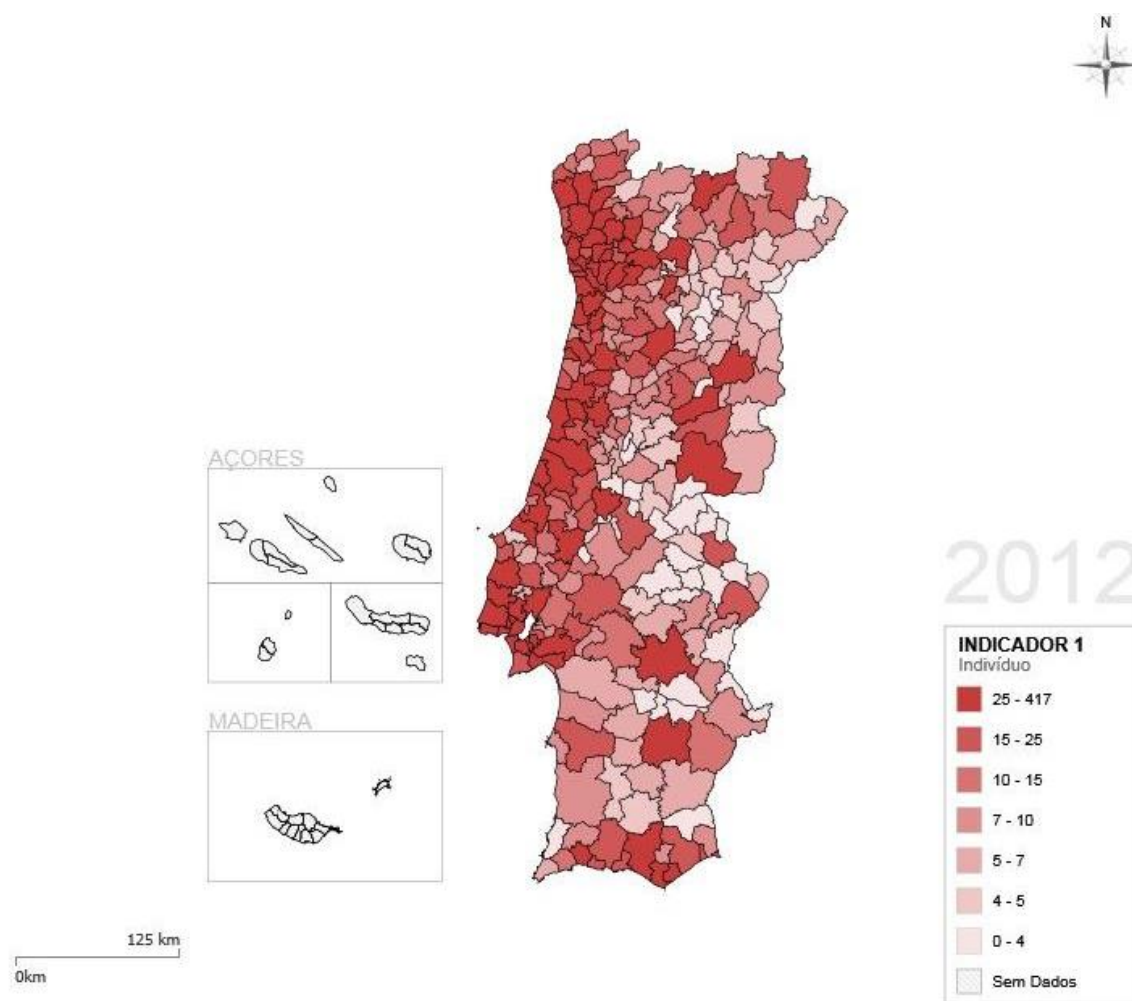


Figura 10 – Médicos ao serviço nos centros de saúde.

Fonte: PORDATA.

Quanto à utilização dos CSP, a Figura 11 ilustra o panorama geral de Portugal entre 2011 e 2014. No que diz respeito ao número de utentes utilizadores destes cuidados de saúde, nota-se um crescimento entre 2011 e 2014, sendo que de 2013 para 2014 houve um aumento de 7 712 utilizadores. Assim, em 2014, mais de 7 milhões de Portugueses obtiveram pelo menos uma consulta nos CSP. Já o número total de consultas realizadas em Portugal tem abrandado, apesar de se ter verificado um aumento de 2013 para 2014 em 165 268. Verifica-se ainda que as consultas presenciais são a maior fatia do total das consultas médicas, apesar de as não presenciais também estarem a ganhar terreno, assim como as domiciliárias, o que demonstra uma maior proximidade da equipa médica com a população.

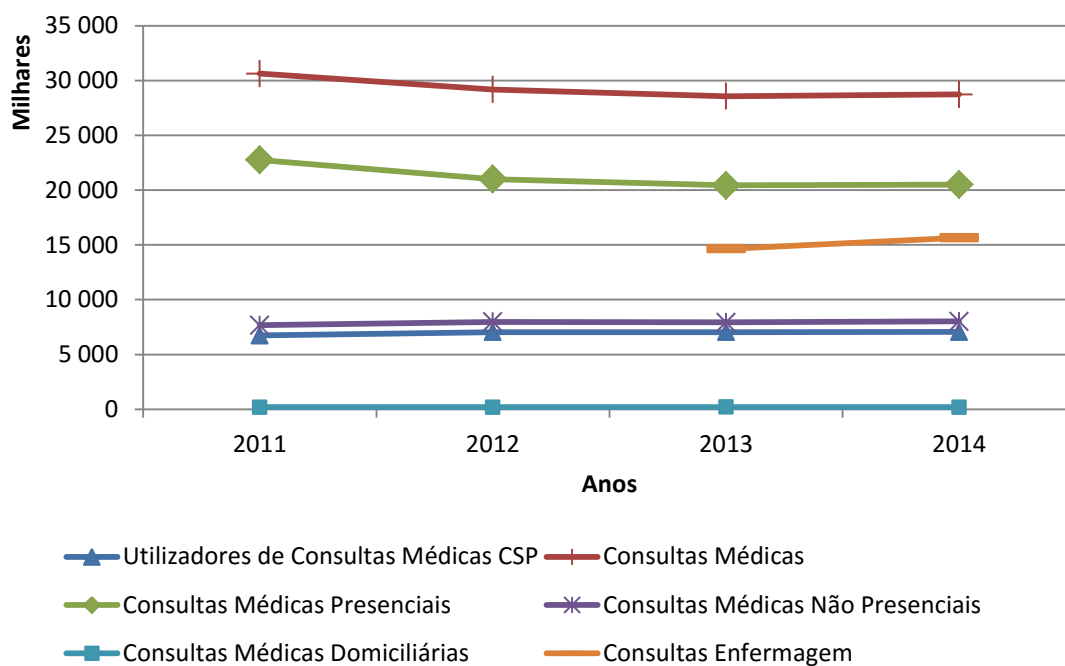


Figura 11 – Evolução do nº de utilizadores dos CSP, das consultas médicas e das consultas de enfermagem.

Fonte: Ministério da Saúde (2015c). Elaboração própria.

3.3. SERVIÇOS DE URGÊNCIA

Vários documentos debatem os SU devido à sua extrema importância no SNS. No que diz respeito à sua descrição, entende-se por SU “todo o serviço de saúde equipado para avaliar e tratar situações de doença de início recente e de gravidade tal que o cidadão comum, possuidor de uma cultura média e de conhecimentos mínimos de saúde, entenda necessitar de ser observado por um médico em consulta urgente não programada” (da Costa *et al.*, 2001, p. 26). Em documentos mais recentes, por exemplo CRRNEU (2012), é estabelecida a função do SU como sendo a de receber casos de urgência ou de emergência, avaliando e atuando em cada caso num pequeno intervalo de tempo. Por outro lado, as situações agudas que não necessitem de uma intervenção no imediato não se deverão dirigir aos SU, mas sim, por exemplo, aos CSP (CRRNEU, 2012).

Para se ter uma noção mais aprofundada do que se tratam estes casos urgentes/emergentes ou não, podem ser dados alguns exemplos de situações consideradas

urgentes/emergentes e ainda de situações agudas não urgentes. No primeiro caso, Campos (2014) sugere um politraumatismo, enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral (AVC) e no segundo caso uma cefaleia, infecção urinária, otite ou lombalgia aguda. Estes exemplos contrastam com a definição de situações urgentes e emergentes na literatura anglo-saxónica. Apesar dos primeiros exemplos (politraumatismo, enfarte do miocárdio, AVC) serem defendidos na literatura anglo-saxónica como situações emergentes, os seguintes (cefaleia, infecção urinária, otite ou lombalgia aguda) são para estes considerados situações urgentes.

Para a definição destes casos em urgentes/emergentes, ou agudos que não necessitem de intervenção no imediato, é importante a existência de um sistema completo de triagem médica, quer presencial quer por via telefónica, como é o caso do atendimento telefónico através da linha Saúde 24 em Portugal. Esta última via é muito importante como primeiro ponto de ajuda em caso de dúvida da condição de saúde. Posteriormente serão abordados estes tópicos de forma mais aprofundada.

3.3.1. ALGUNS PONTOS DA HISTÓRIA DOS SU

As reformas ocorridas no SNS foram variadas nos últimos anos, tendo o SU também sido alvo de algumas intervenções, das quais se destacam as seguintes:

– Em 1996 foi criada a Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências “que definiu os princípios percussores da rede de referenciação das urgências, posteriormente consagrada em 2001” (Despacho n.º 17736/2006, de 31 de Agosto). Aquando da consagração em 2001 foi também nomeado um grupo para acompanhar a reforma das urgências, tendo esta recomendado objetivos para o desenvolvimento da rede de urgência (CRRNEU, 2012).

– Em 2002, através do Despacho Normativo n.º 11/2002, de 6 de Março, foi criado o SU hospitalar, como sendo um “serviço de acção médica hospitalar, criação essa dirigida à progressiva diferenciação e maior disponibilidade dos profissionais neles integrados”.

– Em 2007 foi criada a Comissão Técnica de Apoio ao processo de requalificação da rede de urgência geral, pelo Despacho n.º 17736/2006, de 31 de Agosto. O objetivo era avaliar constantemente a situação da rede de urgências e fornecer soluções para a melhoria da mesma. Dessa mesma comissão resultou o Despacho n.º 18459/2006, de 12 de Setembro, onde foram

definidas as características da rede de urgência assim como as diferentes valências ou níveis de resposta do SU: Serviço de Urgência Polivalente (SUP); Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC); Serviço de Urgência Básico (SUB), valências estas que perduram até aos dias de hoje. Assim, esta Legislação resultou da chamada Reforma das Urgências (Campos, 2014).

– Posteriormente, o Despacho n.º 727/2007, de 15 de Janeiro vem alterar as características da rede dos SU, tal como é apresentado na Figura 12, onde constam as funções de cada nível assim como a população que devem abranger e a distância a que devem estar dos outros níveis.

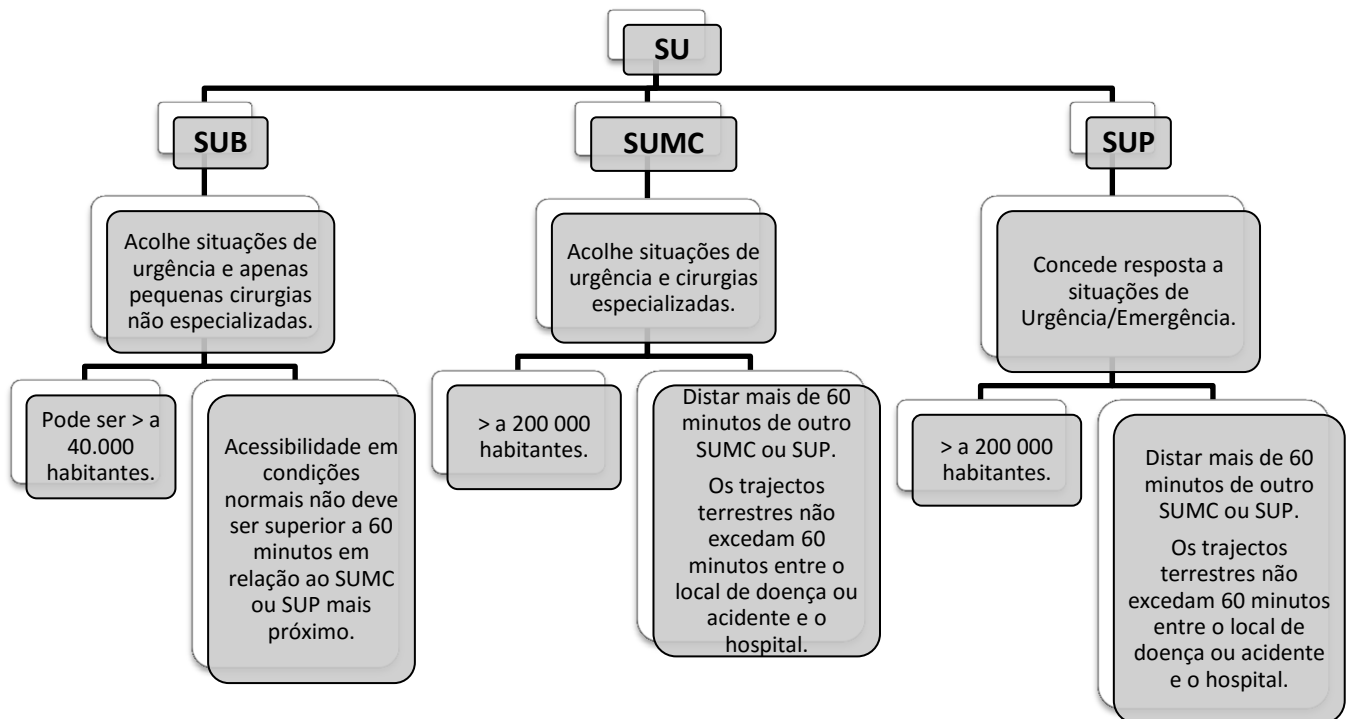


Figura 12 – Serviço de urgência e os 3 níveis essenciais.

Fonte: Despacho n.º 727/2007, de 15 de Janeiro e Lopes *et al.* (2014). Elaboração própria.

– Em 2008, na sequência dos trabalhos anteriores de requalificação das urgências, surge o despacho n.º 5414/2008, de 28 de Janeiro onde consta a localização dos Pontos da Rede de Referência de Urgência/Emergência, tendo alguns que sofrer alterações para obterem essa classificação, sendo referido neste que ainda seria necessário proceder a uma posterior atualização.

– Em 2011, através do Despacho n.º 13377/2011, de 6 de Outubro, CRRNEU é nomeada com intuito de reavaliar novamente a rede Portuguesa de urgências. Esta comissão tinha que avaliar a implementação dessa rede, verificando a sua distribuição e condições de acesso e propondo alterações para tornar possível a sua evolução. Neste processo de reavaliação levado a cabo pela CRRNEU foram estudados os pontos da rede de urgências, sendo que esta aponta uma discrepância entre o Despacho n.º 5414/2008 e a realidade no momento da avaliação. Refere-se ainda que alguns SUP não se constituíram e alguns SUB também não estavam implementados (CRRNEU, 2012). Como se pode visualizar na Figura 13, segundo a avaliação da CRRNEU existiriam menos pontos do que aqueles que constavam no despacho de 2008, propondo ainda uma reestruturação onde vigorariam no total 73 pontos, menos 10 do que a sua avaliação dos quais 10 seriam SUP, 29 SUMC e 34 SUB.

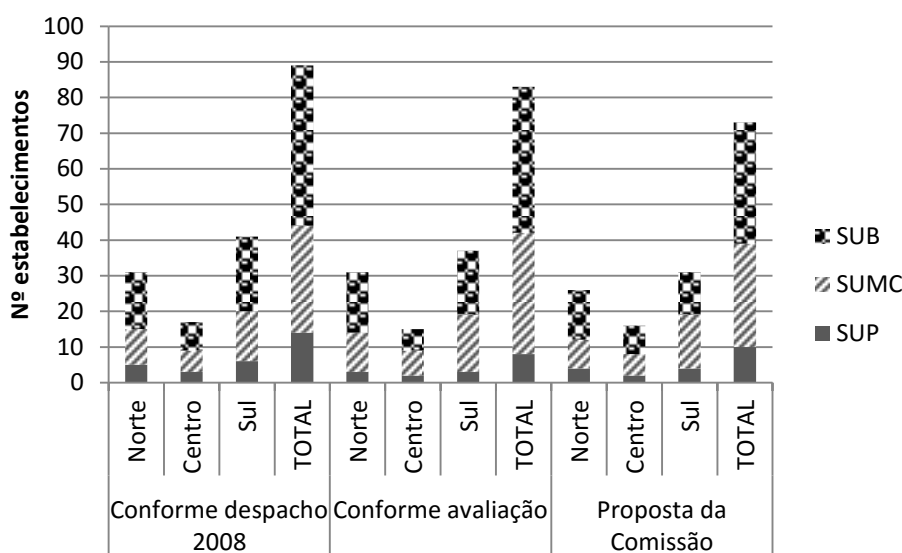


Figura 13 – Pontos da rede de urgências conforme o Despacho n.º 5414/2008, de 28 de Janeiro, a avaliação da CRRNEU e a sua proposta.

Fonte: CRRNEU (2012). Elaboração própria.

– No ano de 2014, surge uma nova legislação relativamente à rede de urgências, através do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, fruto do relatório elaborado pela CRRNEU, como mencionado anteriormente. Neste despacho não se revelam quais os novos pontos da rede de referência de urgência/emergência, mas determina “os níveis de responsabilidade dos SU”, assim como estabelece “padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de

monitorização e avaliação”. Os pontos principais deste documento podem ser visualizados no esquema apresentado na Figura 14, onde constam os números, em média, de estabelecimentos que deverão existir mediante a população residente e as distâncias que devem ser praticadas entre os diferentes níveis de acesso aos SU.

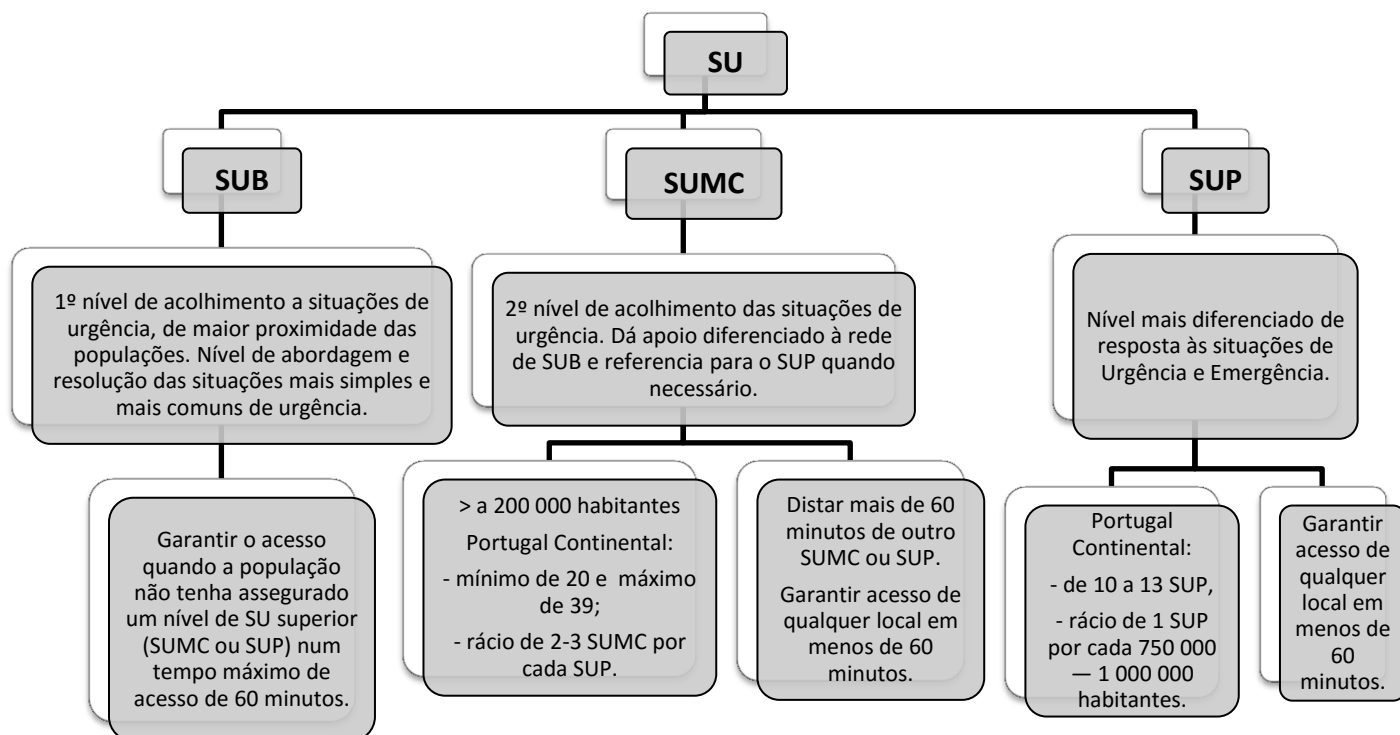


Figura 14 – Serviço de urgência e os 3 níveis essenciais atualizados.

Fonte: Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. Elaboração própria.

Segundo Campos (2014), e como verificado pela figura anterior, os 3 níveis de urgência mantêm-se, assim como a sua designação. O que traz de novo este despacho é a criação de um Sistema Integrado de Emergência Médica, para a “integração crescente dos sistemas Pré-Hospitalar e Hospitalar de Urgência, num Sistema de Urgência único e integrado” (Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto). São definidas a Rede de Referência genérica, onde estão incluídos os níveis de atendimento, bem como as Redes de Referência específicas para as quatro Vias Verdes (VV) (as VV são sistemas de atendimento rápido e sistematizado para as

situações mais críticas, tendo por isso uma designação mediante a situação em questão: VV AVC, VV AVC coronária, VV sépsis e VV trauma). Neste documento são ainda diferenciados os Centros de Trauma (CT) de entre os SUP. De uma forma genérica, segundo o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, aos CT “compete a responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave”.

– A legislação mais recente relacionada com a rede de urgências aparece já em 2015 com o Despacho n.º 13427/2015, de 20 de novembro. Perante os requisitos do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, pretende-se com este novo despacho definir quais são os pontos da rede de Referenciação de Urgência/Emergência.

3.3.2. ATUAL ORGANIZAÇÃO DOS SU

O SU pode localizar-se quer CS quer em hospitais (Silva, 2009a), algo que estava previsto também no Despacho n.º 18459/2006, de 12 de Setembro. Para além desta organização, o SU nos hospitais (SUMC e SUP) estará ainda organizado por especialidades (Silva, 2009a). Perante toda a legislação e todos os dados recolhidos, esta rede de SU é assim dividida, ou integra 3 níveis essenciais: SUP – o nível mais diferenciado; SUMC – o segundo nível de acolhimento; SUB – o primeiro nível de acolhimento (Campos, 2014), tal como exemplificado na Figura 14. Esta distinção dos três níveis de acolhimento das urgências permite compreender as características de cada um deles, o nível de resposta que integram, o funcionamento integrado dos três níveis de urgência assim como verificar que eles se complementam. Não se podem, no entanto esquecer os CT que apareceram no Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto.

Na Figura 15 localizam-se todos os SU mencionados para Portugal continental, e na Figura 16 apenas para a zona norte. Assim, na Figura 15 podem ser visualizados os níveis de responsabilidade dos SU definidos para Portugal continental através do Despacho n.º 13427/2015, de 20 de novembro. É importante clarificar que estes novos níveis de responsabilidade, diferentes daqueles apresentados em 2008, foram definidos após a avaliação do relatório apresentado pela CRRNEU em 2012, e após a publicação do Despacho

n.º 10319/2014, de 11 de agosto com as novas definições dos diferentes níveis dos SU. Para além da localização dos SU apresenta-se também a população residente em cada município.

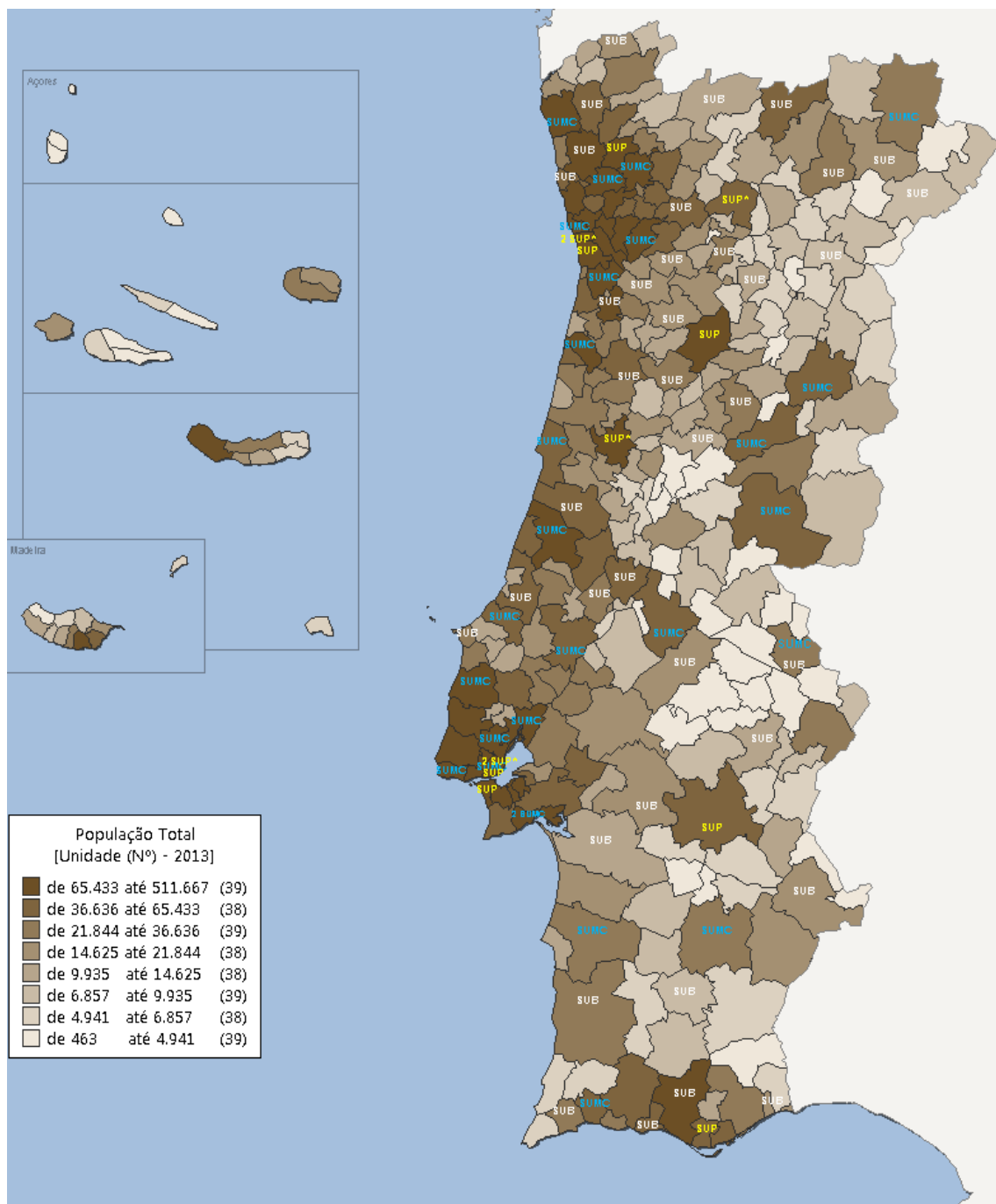


Figura 15 – Pontos da Rede de Urgência/Emergência em Portugal Continental.

Fonte: Pontos da Rede de Urgência/Emergência: Despacho n.º 13427/2015, de 20 de novembro; **População total:** Sales Index. Elaboração própria.

Legenda: SUB: Serviço de urgência básica; **SUMC:** Serviço de urgência médico-cirúrgico; **SUP:** Serviço de urgência polivalente; **SUP*:** Serviço de urgência polivalente com centro de trauma.

Convém, no entanto, referir que devido à falta de dados recentes relativamente à população residente, os valores apresentados são relativos a 2013. Desta forma, segundo os novos critérios devem constar em Portugal 7 SUP, 6 SUP com CT, 27 SUMC e 38 SUB, tendo estes que cumprir os requisitos definidos anteriormente através do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. Mais uma vez, é de notar a maior concentração destes serviços no litoral, sendo que há municípios, principalmente no interior, que nem um SUB possuem nas proximidades.

Quanto ao município de Braga, existe um SUP com CT, tal como pode ser visto com mais pormenor na Figura 16. São também visíveis todos os pontos localizados nas imediações de Braga, sendo estes níveis de atendimento inferiores.

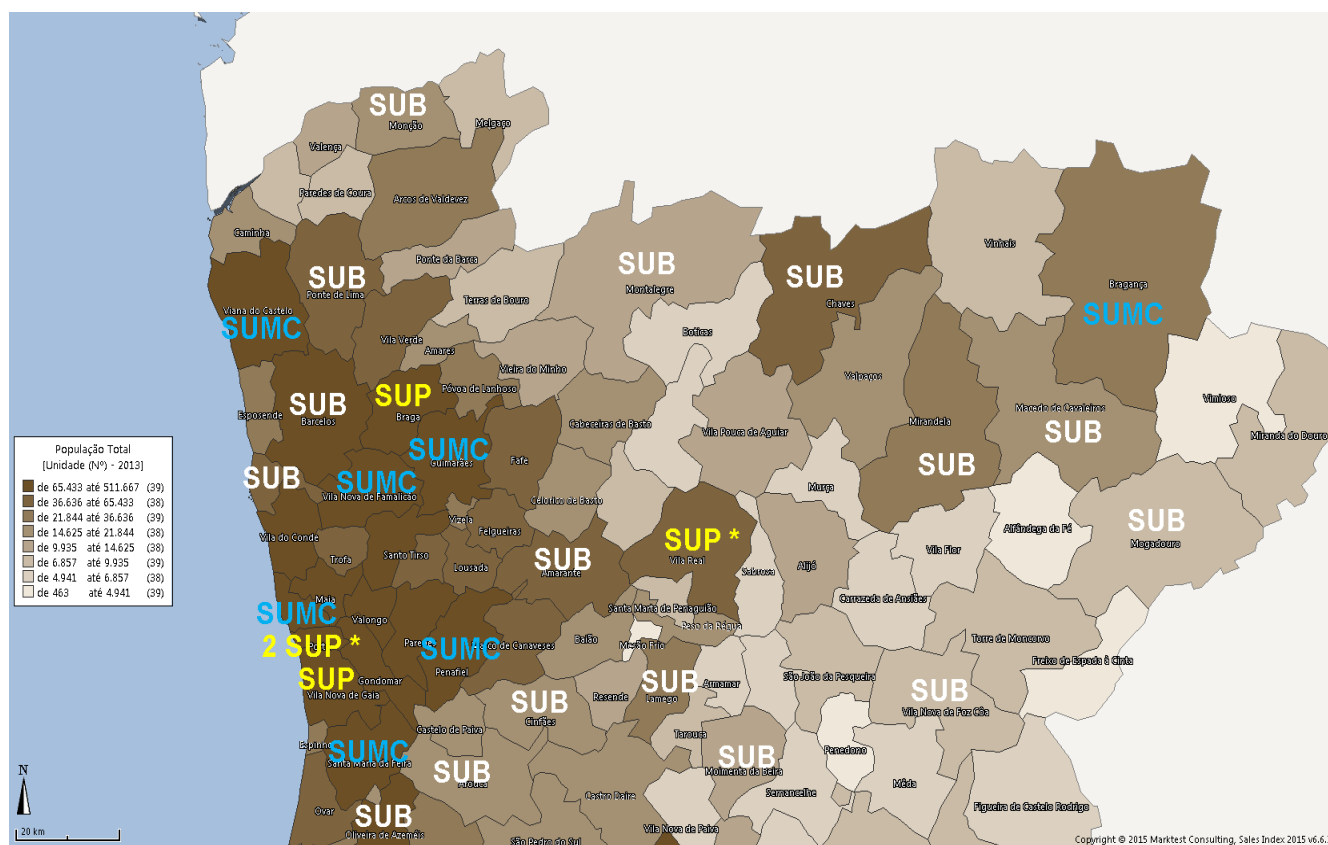


Figura 16 – Pontos da Rede de Urgência/Emergência região Norte de Portugal Continental.

Fonte: Pontos da Rede de Urgência/Emergência: Despacho n.º 13427/2015, de 20 de novembro; **População total:** Sales Index. Elaboração própria.

Legenda: **SUB:** Serviço de urgência básica; **SUMC:** Serviço de urgência médico-cirúrgico; **SUP:** Serviço de urgência polivalente; **SUP*:** Serviço de urgência polivalente com centro de trauma.

Outro aspeto importante a assinalar para além dos pontos da rede de Urgência/Emergência, é que todos os três níveis de atendimento de urgências devem ter implementado um sistema de triagem que, para tornar os dados estatísticos comparáveis, deverá ser compatível com o Sistema de Triagem de Manchester (Despacho n.º 18459/2006, de 12 de Setembro). Segundo a legislação mais recente (Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto) “É obrigatória a implementação de sistemas de triagem de prioridades no SU”. Com o Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro, é mais uma vez referida a obrigatoriedade da implementação deste sistema independentemente do nível do SU, bem como a atualização para a versão mais recente e a necessidade de haver auditorias nos locais onde este sistema já funciona. Dada a sua importância, a triagem de Manchester será abordada de seguida.

3.3.3. TRIAGEM DE MANCHESTER

O sistema de triagem é fundamental para categorizar os doentes que recorrem ao SU em casos mais ou menos urgentes, de forma a atender mais rapidamente aqueles que realmente necessitam, dada a impossibilidade de atender todos os casos ao mesmo tempo (CRRNEU, 2012).

Em Portugal é utilizado atualmente o sistema de triagem de Manchester, que foi aplicado pela primeira vez em 2000. O método surgiu no Reino Unido em 1994 e foi implementado nos seus hospitais em 1997 (Gomes, 2008). O objetivo é então realizar a triagem de uma forma objetiva e sistematizada, tal como se pode ver na Figura 17, com perguntas de sim/não.

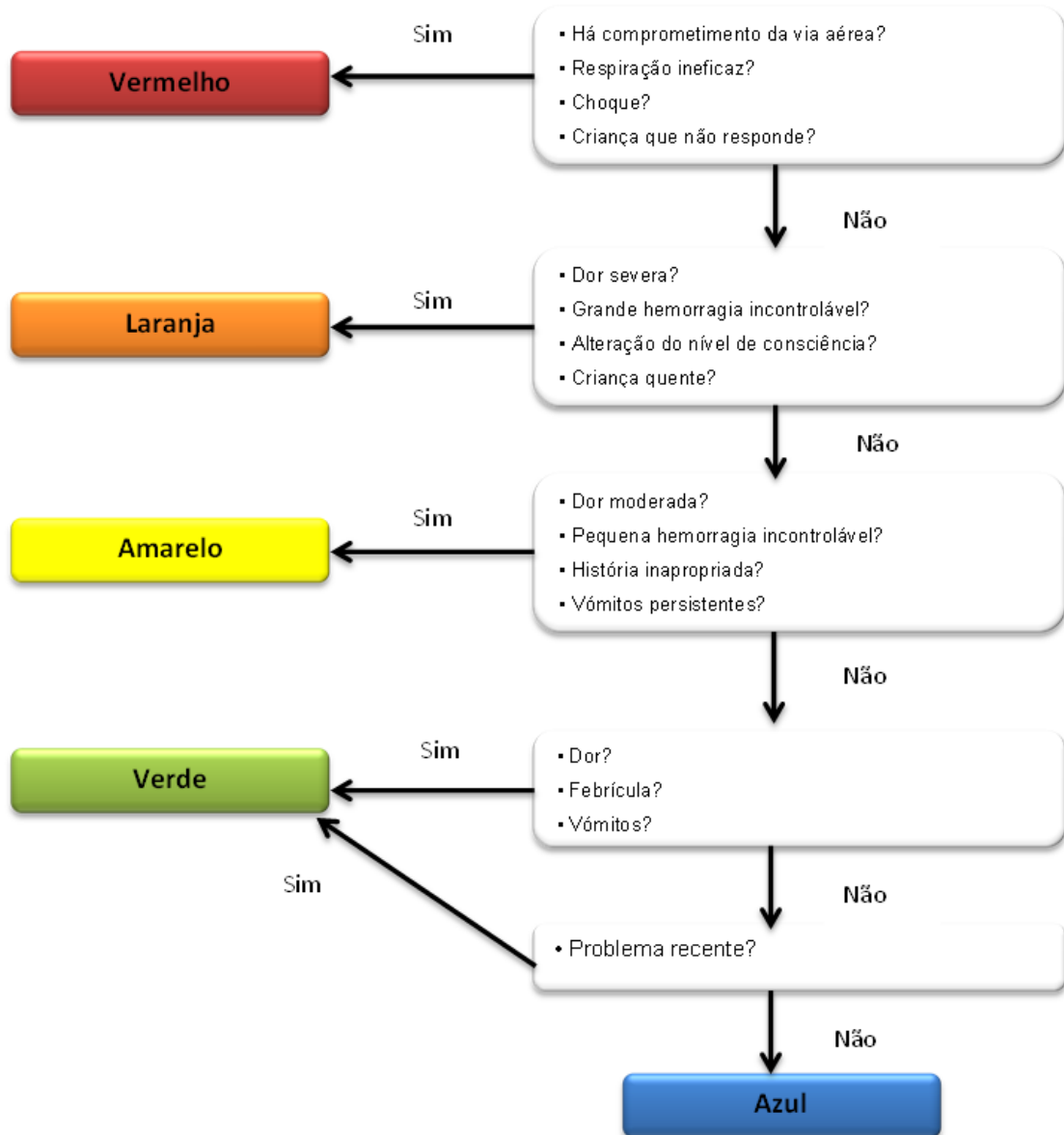


Figura 17 – Categorização das cores das pulseiras na Triagem de Manchester.

Fonte: Freitas (1997, p.154), citado por Gomes (2013).

A Figura 17 mostra um fluxograma de decisões (no total de 52), tornando possível à pessoa que está avaliar o doente, definir o grau de urgência. As questões são colocadas por uma determinada ordem (Carrondo, 2015).

No caso de Portugal esta tarefa é realizada por um enfermeiro, treinado para o efeito (Silva, 2009a); contudo, foram também formados formadores, assim como feitos cursos para médicos e enfermeiros, segundo os critérios ditados pelo Reino Unido (Carrondo, 2015).

Mediante a cor resultante do processo de avaliação sabe-se qual o estado do doente e aproximadamente o tempo que este poderá esperar para ser atendido, conforme a Tabela 5.

Tabela 5 – Triagem de Manchester: cores, caracterização da situação e tempo de espera.

Número	Caracterização da situação	Cor	Tempo de espera (em média)
1	Emergente	Vermelho	0 minutos
2	Muito urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	60 minutos
4	Pouco urgente	Verde	120 minutos
5	Não urgente	Azul	240 minutos

Fonte: Adaptado de Gomes (2013).

Assim, um utente que esteja com uma condição de saúde muito grave é dado o grau de gravidade 1, que corresponde à cor vermelha e é designado por Emergente, tendo um tempo de espera de referência de 0 minutos; com sintomas ligeiramente menos graves mas ainda graves, é atribuído nível 2, representado com a cor Laranja e designado de Muito Urgente, indicando-se um tempo máximo de espera de 10 minutos; descendo na escala da gravidade, o nível 3, cor amarela, é atribuído a situações consideradas urgentes, tendo um tempo de espera de referência a rondar os 60 minutos. A utentes com sintomas menos graves, designados de Pouco urgentes é atribuído o nível 4, ou a cor verde, admitindo-se um tempo de espera de cerca de 120 minutos. Finalmente, o nível 5 é atribuído a utentes com sintomas não urgentes, correspondendo-lhe a cor azul, desejando-se neste caso um tempo máximo de espera de cerca de 240 minutos.

A triagem de Manchester permite desta forma identificar as prioridades dos perfis clínicos que se apresentam no SU. Assume-se desta forma uma prática fiável e uniforme em todos os serviços onde está implementada (Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro).

De acordo com Nunes (2011) e da Silva (2009), em Portugal foi permitido adicionar a cor branca às cores originárias da triagem de Manchester. Esta cor branca será utilizada para situações não urgentes com atividade programada (Nunes, 2011). Segundo da Silva (2009) existe um conjunto de razões administrativas e clínicas que levam à utilização desta pulseira. Por exemplo, esta cor branca pode ser utilizada para doentes de outros hospitais que necessitam de realizar um exame, para cadáveres que necessitam de registo, para utentes doentes que se encontram à espera da realização de um transplante, para doentes referenciados por outro médico, etc. Desta forma, os doentes catalogados com cor branca serão aqueles que não

necessitam de recorrer ao SU e cujo problema pode ser resolvido noutra serviço de saúde (Santos *et al.*, 2014).

Perante o exposto, a literatura refere ainda que os casos que são triados com pulseira verde e azul são considerados casos não urgentes (Campos, 2014; Carrondo, 2015) que poderiam recorrer a outro serviço de saúde, nomeadamente os CSP. Quanto às pulseiras brancas já foi mencionado que não se tratam também de casos urgentes.

3.3.4. SERVIÇOS DE ATENDIMENTO PERMANENTE OU PROLONGADO

No seguimento da exploração dos SU faz todo o sentido abordar também a questão dos SAP dada a sua função complementar aos SU.

Os SAP foram criados na década de 80 com intuito de proporcionar uma consulta no âmbito dos CSP para aqueles que não pudessem aceder no horário de funcionamento do CS ou que não conseguissem uma consulta com um MF. Se necessário, haveria um reencaminhamento para os SU (de Campos, 2007). Segundo da Costa *et al.* (2001), os SAP eram os serviços médicos disponíveis à população para a realização de consultas não programadas, quando essas não atingissem os padrões mínimos para se dirigirem aos SU. Assim, estes não seriam verdadeiros SU mas deveriam estar equipados para responderem a determinados perfis clínicos.

No entanto, a utilização destes serviços demonstrou estar a consumir muito dos recursos médicos, tendo sido também encarado pela população como sendo um SU (Gomes, 2013).

Para garantirem um melhor funcionamento dos SU, procedeu-se simultaneamente com a reestruturação das urgências, entre 2006 e 2008, ao encerramento de várias unidades dos SAP, no total mais de 300 (Campos, 2014). Parecia ser uma decisão importante na medida em que o INEM transportava casos urgentes para os SAP, localizados nos CS, mas nos quais não tinham condições de atuar perante essas situações. Para além disso foi assim possível mobilizar mais pessoal médico para trabalhar nas urgências. Atualmente, os SAP continuam a ser catalogados como sendo um serviço de urgência. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2015), estes SAP são serviços que existem nos CS com intuito de atenderem situações

com carácter urgente, com a possibilidade de encaminhamento para os cuidados diferenciados. O funcionamento destas unidades é variável, podendo estar abertos 24h ou por um período inferior. Mediante esse horário de funcionamento, estes serviços terão ainda outra designação.

Por exemplo, em Braga existe um serviço de atendimento complementar que funciona nos dias úteis entre as 20h e as 23h e aos Sábados, Domingos e feriados entre as 9h e as 20h (Ministério da Saúde, 2015a).

3.3.5. LINHA SAÚDE 24H

A saúde 24h poderá constituir adicionalmente uma porta de entrada no SU nacional. Esta linha efetua triagem assim como aconselha e encaminha os utentes mediante as suas necessidades, tornando mais eficiente o racionamento dos cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2015b).

O contacto pode ser efetuado de várias formas:

- Via telefónica: utilizando o número 808 24 24 24
- Via website: www.saude24.pt
- Via fax: como o número 210 126 946
- Via correio eletrónico: que se encontra no site mencionado.

Uma vantagem deste sistema é o facto de funcionar 24h por dia, todos os dias do ano e acessível a qualquer utente do SNS. Para além disso, a equipa incorpora cerca de 300 enfermeiros e 16 supervisores clínicos, como pode ser consultado no portal da Direção-Geral da Saúde (Consultado a 3 de dezembro de 2015, em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-24.aspx>).

Quanto à utilização deste sistema, é possível verificar o número de contactos realizados em 2013 e 2014 na Tabela 6.

Tabela 6 – Número de atendimentos da Saúde 24h.

Anos	Total contactos	Chamadas recebidas	Contactos Fax, Webform, email	Contactos Webchat
2013	720 897	718 572	2 318	7
2014	805 127	802 655	2 467	5

Fonte: Ministério da Saúde (2015b).

Mediante os dados apresentados verifica-se um aumento do contacto deste sistema de 2013 para 2014, em especial nas chamadas telefónicas.

Contudo, esta linha deve ser utilizada apenas em situações onde não haja perigo eminente de vida (Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto). Caso estas situações se verificarem serão encaminhadas para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM.

3.3.6. LINHA 112

Uma outra alternativa telefónica de acesso aos SU é através dos CODU. O atendimento neste caso faz-se através do número de telefone 112. Deverá ligar para este número qualquer pessoa que esteja perante uma emergência médica. Neste serviço é também realizada uma triagem telefónica definindo as prioridades da situação, aconselhamento médico, ativação de outros meios de ajuda quando necessário e ainda orientação na rede dos SU. Se a situação não for muito grave poderá ainda ser reencaminhado para a Linha Saúde 24 (Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto).

3.3.7. BARREIRAS NO ACESSO AOS SU

Aquando da abordagem dos CSP foram mencionadas algumas barreiras de acesso que persistem para os SU. Aqueles que possuem um subsistema de saúde, ou um seguro de saúde, ser-lhes-á mais fácil acederem a cuidados de saúde privados. Assim, estas pessoas, para além

de poderem aceder aos cuidados de saúde prestados pela rede nacional, como os restantes utentes, têm também acesso a outra rede de cuidados de saúde mediante um acordo ou convenção, ou então através de um reembolso. Tudo isto mediante as condições que contratualizaram (ERS, 2009a).

A introdução das taxas moderadoras tiveram também como propósito alterar o comportamento das pessoas perante os SU. Havia assim uma diferença significativa no acesso aos SU e no acesso aos CSP, tornando mais apelativo o acesso a estes últimos (Barros, 2013b). A Tabela 7 apresenta os valores praticados nos SU, com as diferentes designações que foi obtendo ao longo dos últimos anos. Contudo, há mais interesse em analisar os últimos anos, onde os SU já se encontravam divididos pelas categorias/níveis de atendimento referidos anteriormente. O que se verifica é um aumento significativo destas taxas no ano de 2012, tendo praticamente duplicado o valor.

Tabela 7 – Valor nominal das taxas moderadoras nos SU.

	2003	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hospitais centrais	6,9	6,9	8,5	8,75	9,2							
Hospitais distritais	6,1	6,1	7,5	7,75	8,2							
Centros de saúde	2,7	2,7	3,3	3,4	3,6	3,7	3,7	3,8				
SAP									10	10,30	10,35	10,30
Urgência Básica						8,4	8,4	8,6	15	15,45	15,50	15,45
Urgência Médico-Cirúrgica						8,4	8,4	8,6	17,5	18,00	18,05	18,00
Urgência Polivalente						9,4	9,4	9,6	20	20,60	20,65	20,60

Valores em euros

Fonte: **2003:** Portaria n.º 985/2003, de 13 de Setembro; **2004-2005:** Portaria n.º 103/2004, de 23 de Janeiro; **2006:** Portaria n.º 219/2006, de 7 de Março; **2007:** Portaria n.º 395-A/2007, de 30 de Março; **2008:** Portaria n.º 1637/2007, de 31 de Dezembro; **2009-2010:** Portaria n.º 34/2009, de 15 de Janeiro; **2011:** Portaria n.º 1320/2010, de 28 de Dezembro; **2012:** Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de Dezembro; **2013-2015:** Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de Dezembro e Circular Normativa N.º 1/2015/DPS/ACSS. Elaboração própria.

Sendo de interesse específico o SUP, que é o nível do SU do Hospital de Braga, a Figura 18 mostra como as taxas moderadoras evoluíram nestes estabelecimentos. Assim, os dados

mais recentes apontam para um valor de atendimento nestes estabelecimentos de 20,60€, salientando-se mais uma vez a subida abrupta de valor no ano de 2012.

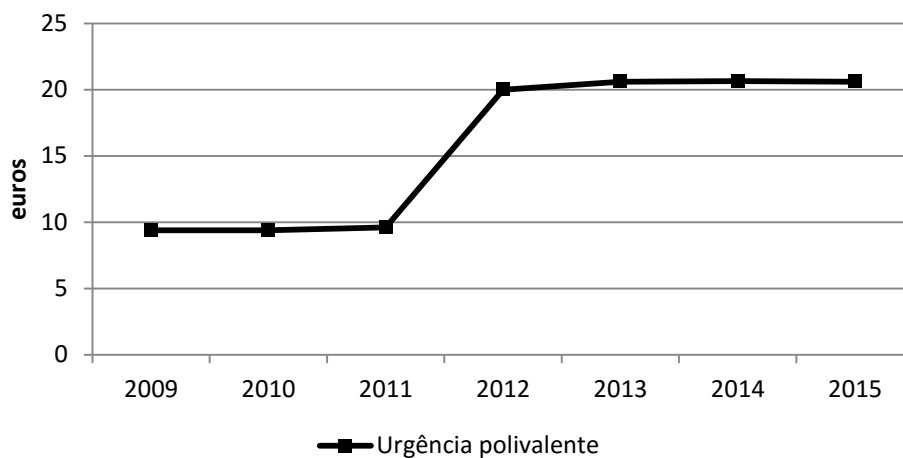


Figura 18 – Evolução do valor nominal das taxas moderadoras no SUP.

Fonte: 2009-2010: Portaria n.º 34/2009, de 15 de Janeiro; **2011:** Portaria n.º 1320/2010, de 28 de Dezembro; **2012:** Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de Dezembro; **2013-2015:** Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de Dezembro e Circular Normativa N.º 1/2015/DPS/ACSS. Elaboração própria.

Apesar destas taxas serem mais elevadas nos SU do que nas consultas nos CSP ou mesmo nos SAP, para desmotivarem os utentes de recorrerem de forma desmedida ao SU, poderá haver um problema se estas afastarem verdadeiros casos de urgência mas que não tenham possibilidade financeira para o fazer (Barros, 2013b).

Um estudo realizado com dados fornecidos por um hospital da zona de Lisboa e Vale do Tejo, tentou perceber qual o impacto deste aumento nas taxas moderadoras, tendo concluído que não havia evidência suficiente para se afirmar que as taxas moderadoras tivessem provocado uma diminuição na utilização do SU desse hospital (Barros, 2013a). Também segundo Barros (2013a) as taxas moderadoras parecem não afetar a decisão do utente quando tem que escolher em recorrer ao hospital ou ao CS. De notar ainda a existência de diversas condições de saúde e financeiras que correspondem a uma isenção de pagamento das taxas moderadoras.

3.4. UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

DADOS DAS URGÊNCIAS EM PORTUGAL CONTINENTAL

Após os desenvolvimentos noticiosos acerca do uso das urgências pelos Portugueses, é necessário avaliar os dados dos SU no que concerne às visitas realizadas pelos utentes.

A Figura 19 mostra o número de atendimentos nos SU realizados nos hospitais Portugueses, quer oficiais⁴ quer privados⁵. Analisando os dados verifica-se que os atendimentos nos hospitais oficiais se tem mantido mais ou menos constantes, tendo sido realizados cerca de 6 662 560 em 2002 e 6 290 509 em 2013. Relativamente aos atendimentos nos hospitais privados, o número tem aumentado substancialmente, tendo sido efetuados 459 823 atendimentos em 2002 e 890 591 em 2013. O valor praticamente duplicou, o que demonstra uma maior utilização dos serviços privados por parte dos utentes. Para além desses dados é ainda possível analisar nessa figura o número de atendimentos totais em percentagem da população residente, verificando-se que os dados vão de encontro ao já relatado anteriormente através das notícias. As visitas ao SU rondam as 70 por 100 habitantes, ou seja, cerca de 70% da população residente é atendida nos SU dos hospitais oficiais e privados.

⁴ **Hospital oficial:** hospital que é tutelado administrativamente pelo Estado, independentemente da propriedade das instalações. Pode ser: Público - tutelado pelo Ministério da Saúde ou Secretarias Regionais de Saúde, cujo acesso é universal; Militar - tutelado pelo Ministério da Defesa Nacional; Paramilitar - tutelado pelo Ministério da Administração Interna; Prisional - tutelado pelo Ministério da Justiça.

⁵ **Hospital privado:** hospital cujas propriedade e administração são pertença de instituição privada, com ou sem fins lucrativos.

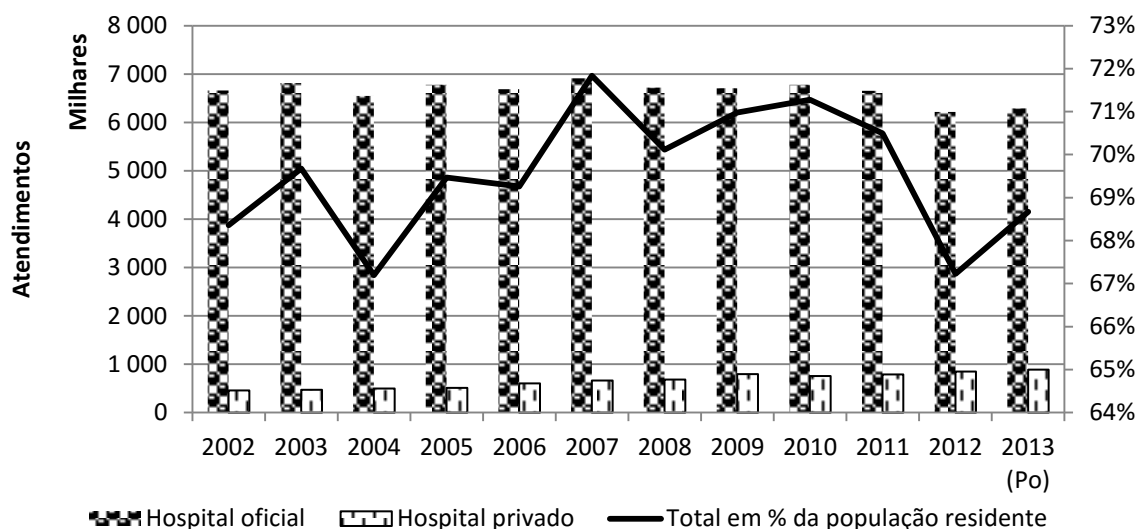


Figura 19 – Atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais entre 2002 e 2012, segundo a natureza institucional.

Fonte: **Atendimentos:** INE, Inquérito aos Hospitais; **População residente:** PORDATA. Elaboração própria.

Legenda: Po – valor provisório.

Apesar da evolução dos atendimentos urgentes se ter mantido bastante constante, é relevante fazer uma análise dos atendimentos mensais, dada a atividade da urgência ser sazonal, como já referido anteriormente, e depender de doenças infecciosas e de ondas de calor (Ministério da Saúde, 2015b). Para tal, a Figura 20 faz um retrato dos atendimentos nos SU em Portugal ao longo de todos os meses de 2013 e 2014, e alguns de 2015. O que se verifica é uma tendência de aumento dos atendimentos urgentes nos meses de Inverno, assim como um padrão de aumentos e diminuições que se repetem em 2013, 2014 e 2015. Para além disso, nos últimos meses do ano de 2014 os atendimentos nos SU foram relativamente superiores se comparados com o período homólogo. Quanto a 2015 parece haver quase uma sobreposição do número de atendimentos comparativamente a 2014.

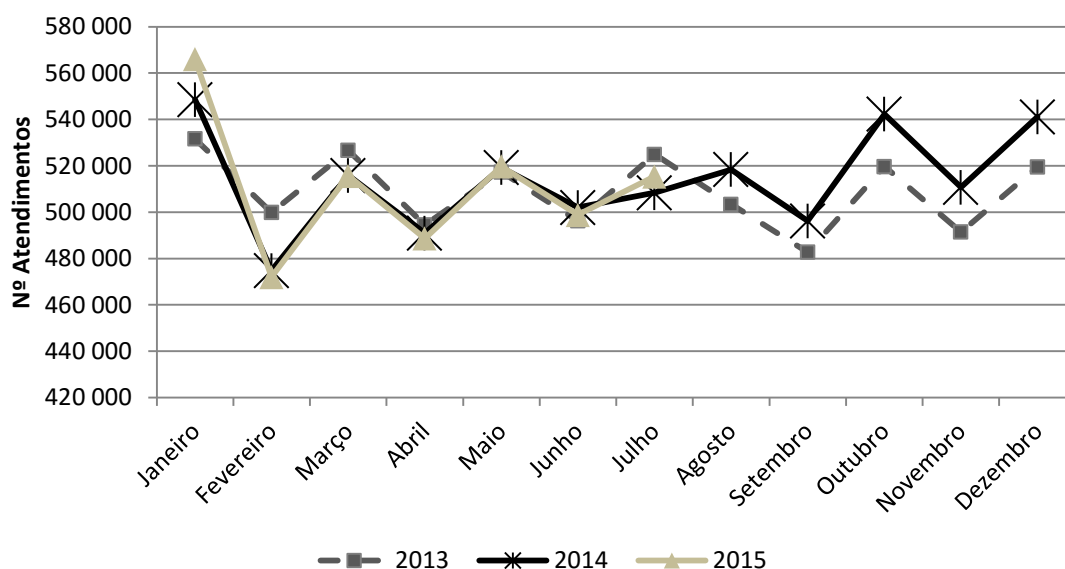


Figura 20 – Número total de atendimentos nos SU portugueses ao longo de 2013, 2014 e 2015.

Fonte: ACSS (2015a). Elaboração própria.

No que concerne à tipologia da urgência, a distribuição para 2014 pode ser verificada na Figura 21. Nota-se uma clara preferência, ou proximidade dos utentes relativamente aos SUMC, sendo que a percentagem de utentes que a estes se dirigiu foi de 47,23%. Já os SUB foram os menos procurados com uma percentagem de 13,67%, apesar destes serem os mais abundantes.

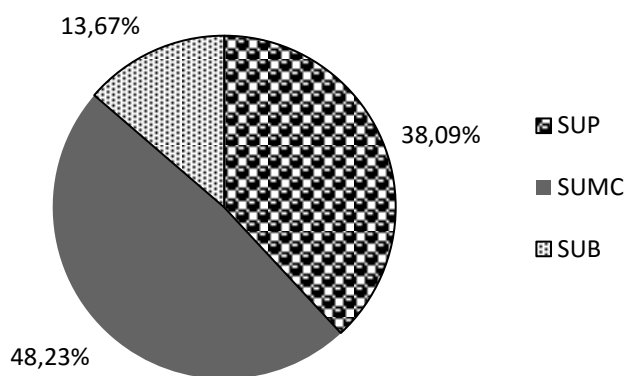


Figura 21 – Percentagem de atendimentos dos SU por tipologia, em 2014.

Fonte: ACSS (2015a). Elaboração própria.

Valores semelhantes aos mencionados para 2014 são encontrados nos dados disponíveis para 2015 (de janeiro até Julho), como pode ser observado na Figura 22.

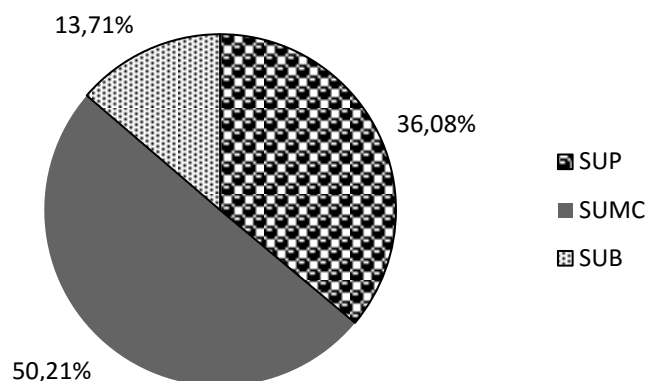


Figura 22 – Percentagem de atendimentos dos SU por tipologia, em 2015 (de Janeiro a Julho).
Fonte: ACSS (2015a). Elaboração própria.

Anteriormente foi referido que os utentes a quem fosse atribuída a pulseira verde, azul ou branca não necessitariam de se dirigir ao SU, devendo nessas situações dirigir-se por exemplo aos CSP, pois não se tratam de verdadeiras urgências. Logo, é importante avaliar também este indicador de forma a fazer-se uma análise do recurso excessivo ao SU. A Figura 23 mostra a percentagem dos tais casos não urgentes (pulseiras verdes/azuis/brancas) relativamente ao total de atendimentos nos SU. Relativamente à série de dados apresentada na figura comprova-se que a percentagem mais elevada de casos não urgentes ocorreu em Junho de 2013 com um valor de 46,1%, já o mais baixo ocorreu em Dezembro de 2013 com um valor de 33,9%. No que concerne aos dados mais recentes, em 2014 e 2015 estas percentagens aparentam ser constantes, não havendo grandes oscilações.

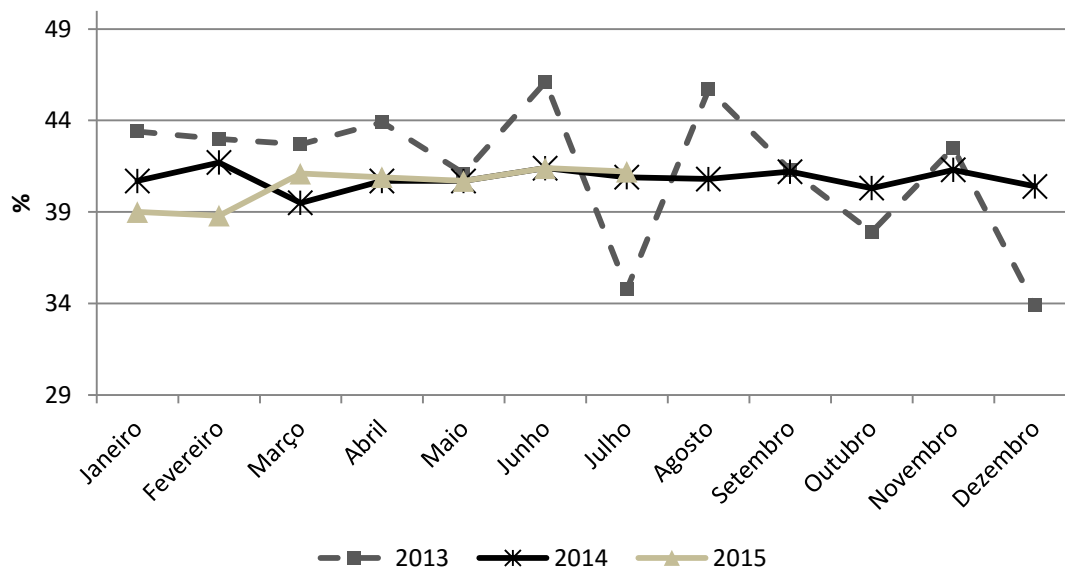


Figura 23 – Percentagem de doentes atendidos com as cores Verde/Azul/Branca da Triagem de Manchester em Portugal entre 2013 e 2015.

Fonte: ACSS (2015a). Elaboração própria.

Analisando com mais pormenor os dados relativos a 2013, 2014 e 2015, é ainda possível verificar quantos atendimentos foram catalogados segundo a triagem de Manchester com pulseira vermelhas, laranjas e amarelas, para além das cores não urgentes já referidas, tal como se pode observar na Figura 24.

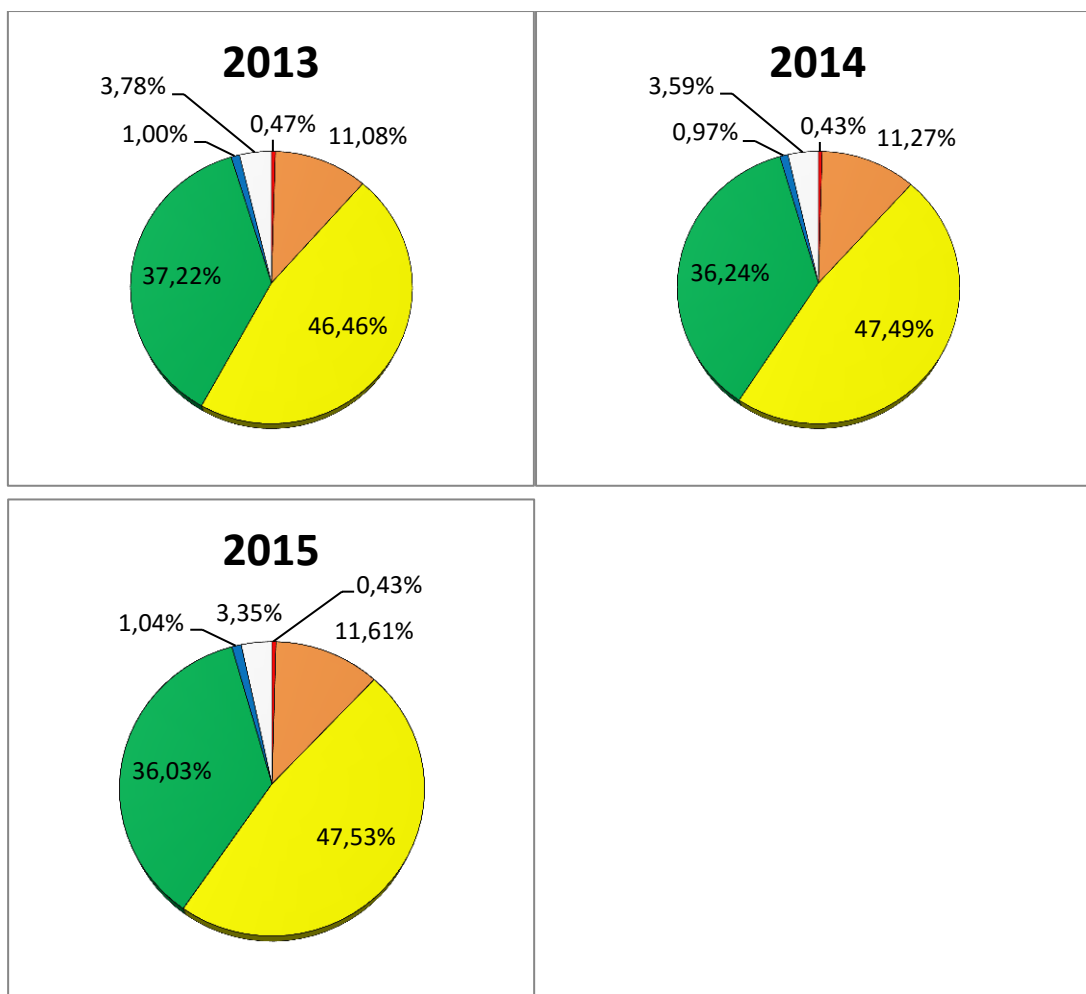


Figura 24 – Percentagem de cores da triagem de Manchester nos SU portugueses onde se aplica esta metodologia, em 2013, 2014 e 2015 (Janeiro a Julho).

Fonte: ACSS (2015a). Elaboração própria.

Legenda: Cada cor representa a cor fornecida pela Triagem de Manchester.

Perante os dados analisados constata-se que em 2013, 42% dos atendimentos realizados nos SU portugueses não foram verdadeiras urgências segundo a triagem de Manchester. Já em 2014 e 2015 esses valores foram de 40,8% e 40,42% respetivamente. Assim, conclui-se que em 2013 apenas 58% tinham justificação para serem atendidos nos SU, em 2014 esse valor passa para 59,2% e em 2015 para 59,58%.

DADOS DAS URGÊNCIAS NO HOSPITAL DE BRAGA

Tal como explicado anteriormente, dado que o estudo presente foi realizado em Braga, de seguida serão apresentados dados semelhantes aos anteriores mas que retratem o recurso à urgência no Hospital de Braga.

A Figura 25 faz o retrato da evolução do número de atendimentos urgentes no Hospital de Braga entre 2013 e 2015. Perante a observação dos dados verifica-se uma tendência similar aos dados apresentados para o País, sendo Janeiro o mês em que os utentes mais recorrem ao SU. No total, em 2013 recorreram ao SU do Hospital de Braga 185 132 utentes, em 2014 recorreram 192 022 e em 2015 (de Janeiro até Julho) 112 700.

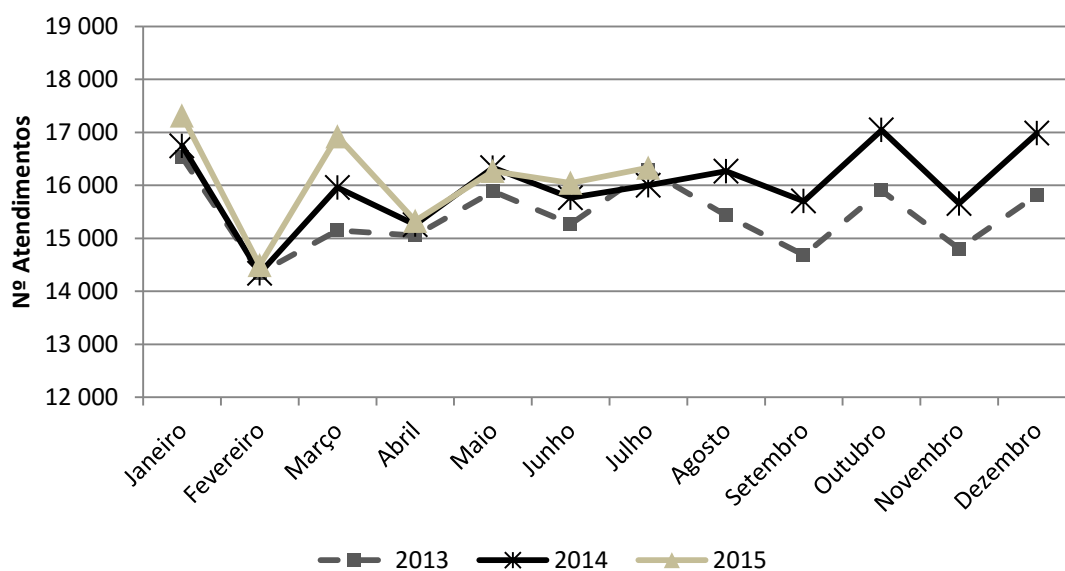


Figura 25 – Número total de atendimentos no SU do Hospital de Braga em 2013, 2014 e 2015.

Fonte: ACSS (2015a). Elaboração própria.

Para além da evolução do número total de atendimentos realizados no SU de Braga, é agora importante analisar como foi realizada a triagem de Manchester nestes casos. Esses dados podem ser visualizados na Figura 26.

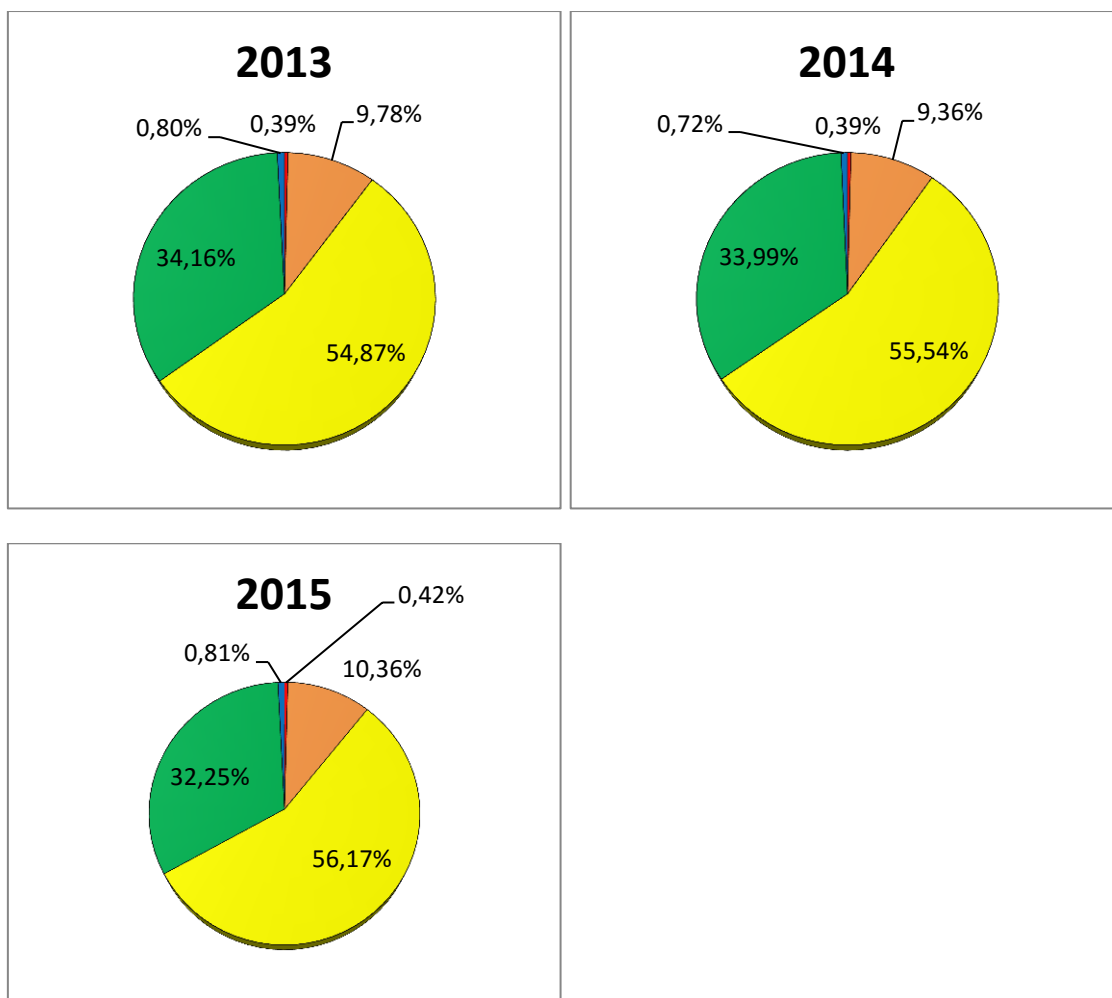


Figura 26 – Percentagem de cores da triagem de Manchester no SU do Hospital de Braga, em 2013, 2014 e 2015 (Janeiro a Julho).

Fonte: ACSS (2015a). Elaboração própria.

Legenda: Cada cor representa a cor fornecida pela Triagem de Manchester.

Perante o exposto, verifica-se que no hospital de Braga, a percentagem de atendimentos considerados não urgentes foi de 34,96% em 2013, 34,71% em 2014 e 33,05% em 2015, apresentando desta forma uma trajetória descendente, apesar do número de atendimentos no SU terem uma trajetória ascendente. De notar ainda que as percentagens são significativamente inferiores aos valores nacionais (Figura 24).

4. METODOLOGIA: ECONOMIA EXPERIMENTAL

Introdução

A economia experimental sendo uma metodologia já com larga aplicação, tem nos últimos anos sido progressivamente aplicada com maior frequência (Cassar & Friedman, 2004).

Analisando a história da metodologia experimental, verifica-se que esta fazia parte apenas de matérias como a biologia, química e física. Na economia, o uso de tal metodologia não era comum. Contudo, ao longo dos últimos anos vários economistas utilizaram a economia experimental como metodologia de recolha de dados para realizarem alguns estudos na economia e atualmente esta tem evoluído bastante (Brandts, 2009). A economia adotou o método experimental das ciências por várias razões, nomeadamente para tentar compreender melhor o comportamento humano (Levitt & List, 2009).

Assim, nos dias de hoje e no que respeita a estudos empíricos (Cassar & Friedman, 2004), a economia integra a economia experimental, e é por isso não só uma ciência observacional, como também experimental (Croson & Gächter, 2010). Esta visibilidade da economia experimental é também marcada pela entrega de diversos prémios Nobel da Economia (Prémio do Banco da Suécia em Ciências Económicas em memória de Alfred Nobel, designado por vezes como o Prémio Nobel da Economia) como são os que foram entregues a Reinhard Selten (1994), Vernon Smith (2002), Daniel Kahneman (2002), Elinor Ostrom (2009) ou ainda Alvin Roth (2012) (Brandts, 2009; Escrivá i Beltran, 2013).

A metodologia experimental em economia aparece com Chamberlin (em 1948) e foi melhorada por Vernon Smith em 1962, tendo introduzido o debate sobre pagamentos salientes (como será explicado adiante com o pressuposto da saliência), repetição estacionária e uma instituição de mercado mais realista, sendo mais tarde aberto o primeiro laboratório experimental na Universidade de Perdue. Com o decorrer do tempo, a metodologia experimental foi melhorada e usada por mais economistas em diversos tópicos e foram-se desenvolvendo laboratórios permanentes (Arizona, Caltech, Indiana, etc) (Cassar & Friedman, 2004).

É então nos anos 60 que esta metodologia ganha maior visibilidade com a sua aplicação a novas matérias como o caso de teoria de jogos, economia industrial, equilíbrio geral, escolha social, etc, e por volta dos anos 70 alguns economistas descobriam o potencial da economia experimental para analisar escolhas entre várias alternativas. Nos anos 80 outras áreas abriram

portas à metodologia, como é o caso dos mercados financeiros, modelos de informação assimétrica, votações, etc, e é formada a associação da ciência económica em 1986. Muitas revistas científicas económicas de elevada reputação internacional começaram a publicar artigos baseados na economia experimental. Já os anos 90 são marcados por um contínuo crescimento desta metodologia na Europa (Cassar & Friedman, 2004).

A metodologia

O propósito da economia experimental é de ampla forma fazer avançar a ciência económica. No concreto, esta já foi utilizada em diversas matérias, como Cassar & Friedman (2004) enumeram: discriminar entre diferentes teorias, testar o poder preditivo e a robustez de uma única teoria, calibrar um parâmetro teórico ou ainda para encontrar regularidades empíricas para ajudar na expansão de uma teoria dentro de uma nova área. Fora do âmbito científico também surgem outros motivos de aplicação da metodologia, como sejam para guiar escolhas públicas na indústria ou no governo, para influenciar decisões de compra dos indivíduos ou mesmo de voto. Já Friedman & Sunder (1994) admitem que experiências macroeconómicas a grande escala não parecem ainda ser muito viáveis dada a sua natureza, provavelmente por questões orçamentais ou mesmo políticas.

As experiências económicas são assim motivadas por importantes questões económicas, sendo que há controlo acerca do conjunto de escolhas, das condições de informação e ainda da estrutura de incentivos monetários como forma de compensação dos sujeitos (Smith, 1976). As experiências, tal como os modelos teóricos, são, por assim dizer, simplificações da realidade (Croson & Gächter, 2010).

Como se testam previsões? Procuram-se os sujeitos que simulem o papel dos agentes na vida real, controla-se a instituição (contexto da decisão) e verificam-se as características dos sujeitos (Cassar & Friedman, 2004), ao que se chama de experiência.

Diferentes experiências

Para se compreender melhor as diferenças abordadas entre os diferentes tipos de experiências é necessário primeiro perceber-se a distinção entre estas. Harrison & List (2004) propõem a seguinte taxonomia:

- **Experiências convencionais de laboratório (lab experiments):** onde se utilizam os estudantes como sujeitos (“amostras de conveniência”), apresenta-se uma situação abstrata para o estudo e um conjunto de regras;
- **Experiências de campo com carácter de artefacto (artefactual field experiment):** o mesmo que a experiência de laboratório mas onde não se usam os sujeitos *standard* (estudantes);
- **Experiências de campo com contexto (framed field experiment):** é uma experiência de campo com carácter de artefacto mas que se aplica em contexto natural, quer seja nos bens/comodidades, na tarefa ou informação que os sujeitos podem utilizar.
- **Experiência de campo natural (natural field experiment):** o mesmo que experiência de campo com contexto mas onde o ambiente é o mesmo onde os sujeitos estão inseridos e tomam normalmente essas tarefas, não sabendo por isso que estão a fazer parte da experiência.

Apesar da caracterização das diferentes experiências, Harrison & List (2004) não estão muito de acordo que o facto de não usar sujeitos estudantes universitários seja a única medida de diferença entre experiências de laboratório e de campo.

Segundo Brandts (2009), as experiências de laboratório são as mais comuns. Neste caso, os sujeitos são convidados para a realização da experiência e ao longo desta recebem instruções acerca de uma situação económica fictícia onde têm um determinado papel. Numa experiência típica, os sujeitos têm que optar por certas decisões sendo que cada uma está associada a um ganho monetário. Ganhos estes que poderão depender das atitudes dos restantes participantes, como será explorado mais à frente. Ao longo das sessões, os organizadores recolhem as informações necessárias para serem utilizadas como dados do problema económico. A verdade é que dada a facilidade com que se realizam estas experiências, é possível documentar uma variedade de situações mediante o estudo em causa (Brandts,

2009), dado que nas experiências de laboratório os voluntários dirigem-se ao laboratório para tomarem decisões num ambiente controlado (Levitt & List, 2009).

No entanto, o desenvolvimento mais importante cabe às experiências de campo. Com o tempo os economistas passaram a recrutar outros sujeitos que não os estudantes, a tornar o ambiente o mais natural possível (Brandts, 2009). As experiências de campo são assim uma ponte entre as experiências de laboratório e o que ocorre em certa medida naturalmente na sociedade. É uma mistura entre controlo e realismo que não se consegue alcançar no laboratório, ou com dados não controlados, permitindo a análise de questões importantes que até ali não eram possíveis de responder (Levitt & List, 2009).

Vantagens

A economia experimental enquanto método de recolha de dados tem duas grandes vantagens, o controlo e a replicabilidade (Brandts, 2009; Escrivá i Beltran, 2013). O controlo refere-se às condições para obter a evidência empírica sendo que a maior parte dos fatores que afetam o comportamento são mantidos constantes e apenas se faz variar um fator de interesse de cada vez, a variável de “tratamento”, o que regra geral é controlado pelo investigador (Croson & Gächter, 2010). Assim, os sujeitos económicos estão juntos numa instituição (o que especifica as ações disponíveis pelos sujeitos e os resultados possíveis da combinação dessas ações) onde interagem (Friedman & Sunder, 1994). Por outro lado, as experiências são replicáveis pois é possível repetir a mesma experiência se estiverem presentes as mesmas condições (Brandts, 2009).

Segundo Brandts (2009) estas duas características permitem realizar uma investigação em economia ordenada e sistematizada, indo também de encontro aos requisitos enunciados por Cassar & Friedman (2004).

Posto isto, um dos requisitos para a promoção do método experimental, nomeadamente nas experiências de laboratório é a **validade interna**. Neste contexto, a experiência conta com a validade interna se for replicável, ou seja, qualquer investigador competente pode produzir funcionalmente dados semelhantes. Por outro lado, é importante destacar a **validade externa**, que sugere que as regularidades observadas nas experiências de laboratório (ou de campo) são esperadas em situações similares no mundo real (Cassar & Friedman, 2004).

Desvantagens/limitações

Apesar deste método se mostrar promissor para o futuro ainda apresenta certas desvantagens ou limitações como alguns autores referem.

List & Levitt (2006), na tentativa de explicarem as diferenças entre os modelos de laboratório e os de campo propõem um modelo simples. Segundo os autores, os sujeitos importam-se com a riqueza e a moralidade, sendo que a segunda é preferida e depende da forma como for escrutinada. Assim, como os sujeitos sabem que estão a ser observados em todas as experiências, exceto nas naturais, estas podem não refletir o que realmente se passa no mundo. A suportar esta teoria, Cassar & Friedman (2004) enunciam como limitação das experiências de laboratório o facto de não poderem assegurar a validade externa, ou seja, não garantem que o que acontece em laboratório aconteça na realidade, algo que Lusk *et al.* (2006) apontam como uma das maiores críticas ao método. Contudo, segundo Friedman & Sunder (1994) em diversos estudos de laboratório já foi possível estabelecer firmemente esta validade externa, e como Plott (1982, p. 1486) afirma “Enquanto os processos laboratoriais são simples em comparação com os processos que ocorrem naturalmente, são processos reais no sentido em que pessoas reais participam para lucros reais e substanciais e seguem regras reais ao fazê-lo. É precisamente por elas serem reais que eles são interessantes.”

Quanto às experiências de campo, dado que as variáveis relevantes são observadas, é desde logo garantida esta validade externa (Cassar & Friedman, 2004), ou é menos preocupante à medida que avançamos para as experiências de campo naturais (Lusk *et al.*, 2006). É por esse motivo que mais autores se têm debruçado acerca das experiências de campo. No entanto, há também algumas questões a ter em consideração nestas últimas.

As experiências de campo parecem assim ter algumas limitações subjacentes (Levitt & List, 2009). Quanto à replicabilidade, as experiências de campo são mais difíceis de replicar comparativamente às experiências de laboratório. Por exemplo, algumas experiências são oportunistas e pode ser difícil obter a cooperação de entidades, ter o conhecimento detalhado e a habilidade de manipular certos mercados. Esta questão da replicabilidade é também levantada por Brandts (2009), assim como o controlo. Nesta perspetiva, a capacidade de controlo e replicabilidade parece distanciar-se muito das experiências de laboratório (Brandts, 2009).

Segundo Levitt & List (2009), ainda acerca das experiências de campo, é por vezes difícil distinguir entre duas teorias alternativas, dado que o experimentador não exerce tanto controlo como nas experiências de laboratório, assim como o enviesamento de escolha aleatória também pode ser um problema.

No que toca aos custos inerentes à realização de experiências, é importante avaliar até que ponto estas são proibitivas ou não. As experiências de laboratório, num ambiente controlado e flexível são normalmente caras do ponto de vista económico, quer para as construir, quer para as manter ou realizar a sua operação, tendo que se incluir os custos dos pagamento realizados aos sujeitos. Assim, os custos fixos e flexíveis são significantes para as experiências de laboratório, mas normalmente são ainda mais elevados para as experiências de campo (Friedman & Sunder, 1994). Para além disso, as experiências de campo parecem proibitivas quando algum investigador tenta fazer uma nova experiência, tornando as experiências de laboratório mais viáveis, apesar destas dependerem dos sujeitos que nelas participam (Cassar & Friedman, 2004).

Em traços gerais, no que diz respeito ao método em si, há ainda outros pontos a ter em consideração e cuidado aquando da implementação do mesmo.

No que concerne aos limites de cooperação, o facto é que os interesses das entidades em questão podem não ser os mesmos que os do investigador, e para que essas entidades cooperem é por vezes necessário criar uma agenda não ótima para o investigador. Para além disso, é importante ter em atenção as *guidelines* éticas e a presença/falta de consentimento informado em determinadas experiências (Levitt & List, 2009).

Pagamentos

Como já referido anteriormente, o controlo é algo essencial na metodologia experimental. Uma forma de o conseguir é através de recompensas monetárias salientes, o que nos leva à teoria do valor induzido (Cassar & Friedman, 2004; Smith, 1976). Segundo esta teoria, fazendo um uso apropriado destas recompensas é possível induzir determinadas características pré-especificadas nos sujeitos experimentais, tornando as características inatas irrelevantes (Friedman & Sunder, 1994). Para obter tal controlo são necessárias três condições essenciais (Cassar & Friedman, 2004). Por um lado surge a **monotonicidade** (ou

insaciabilidade como sugere Smith (1976)), que de acordo com os termos económicos é fácil de perceber que “mais” é sempre melhor do que “menos”, no que concerne a recompensas monetárias. A **saliência** diz que os sujeitos dão importância à recompensa, ou seja, extraem utilidade da mesma. Para tal os sujeitos têm que compreender a relação entre as suas atitudes e o leque de possíveis recompensas, pois estas dependem das suas ações (Friedman & Sunder, 1994). Por fim, a **dominância** sugere que a recompensa é mais importante do que todo o resto, ou seja, a recompensa é mais importante do que outros componentes da utilidade do sujeito que são afetados pela experiência (Cassar & Friedman, 2004).

Os autores Harrison & List (2004) salientam ainda que, o ambiente onde os inquiridos se encontram, pode afetar as suas respostas, e se as experiências de laboratório não poderão levar a um certo comportamento. Por isso a importância dada ao desenho de recompensas monetárias salientes.

Desta forma, utilizar dinheiro para induzir valor no laboratório é apenas um dos pormenores. Experiências sem pagamentos salientes não são experiências económicas e dessa forma o que as pessoas dizem que fariam numa situação hipotética nem sempre reflete o que elas fariam numa situação real. Para além disso, se as recompensas não estão associadas às escolhas dos sujeitos então não se trata de economia experimental, mas possivelmente de um simples questionário (Cassar & Friedman, 2004). Neste seguimento, muitos dados extraídos de simulações feitas em computadores são muitas vezes apelidados erroneamente de dados de economia experimental (Friedman & Sunder, 1994). Contudo estes são muitas vezes preferidos devido aos baixos custos inerentes, pois as verdadeiras experiências são bastante custosas como já foi referido.

Acerca do desenho experimental

Aquando da realização das experiências pretende-se saber qual o impacto de determinadas variáveis sobre um comportamento em específico. Contudo, poderão existir outras variáveis que afetarão também este comportamento mas que se não se tiverem em consideração, poderá levar a conclusões erradas. Sob esse ponto de vista há dois aspetos a ter em consideração, de forma a que os efeitos das diferentes variáveis sejam separados. Neste caso, Cassar & Friedman (2004) apontam para o controlo e aleatoriedade (*randomization*), o que

Friedman & Sunder (1994) distinguem entre controlo direto (constantes e tratamentos) e controlo indireto (aleatoriedade/ *randomization*).

Quanto ao controlo, Cassar & Friedman (2004) sugerem duas formas possíveis: ou se mantém a variável sempre constante ao longo da experiência ou se faz variar entre alguns níveis, sendo que neste caso se designa de “variável tratamento”. Outra nota em consideração às “variáveis tratamento” é a necessidade destas serem independentes, pois se forem dependentes é difícil separar o efeito de cada uma. No entanto, haverá um *tradeoff* ao escolher entre variáveis controlo como constantes ou como “variáveis tratamento” (Friedman & Sunder, 1994). Quando se mantêm muitas variáveis constantes, a experiência torna-se simples e com menos custos monetários, mas aprende-se menos relativamente aos efeitos diretos e às interações entre variáveis. Por isso é necessário fazer variar cada “variável tratamento” de forma independente e isoladamente.

Quanto à aleatoriedade, esta é importante quando há variáveis de ruído que podem não ser observáveis mas que afetam as variáveis de interesse (Cassar & Friedman, 2004) ou quando é difícil ou não se consegue mesmo controlar as variáveis (Friedman & Sunder, 1994). Assim, a aleatoriedade garante a independência das “variáveis tratamento” de todas as variáveis não controláveis, por isso é necessário atribuir as condições de forma aleatória assim como utilizar o maior número de sujeitos (Cassar & Friedman, 2004), ou atribuir os níveis escolhidos das “variáveis tratamento” de forma aleatória (Friedman & Sunder, 1994).

Conclusão

Apesar das experiências de laboratório não conseguirem replicar o ambiente observado no mundo real não implica que a experiência não seja importante. É inútil tentar criar em laboratório as complexidades do ambiente de campo assim como as assunções precisas de um determinado modelo (Friedman & Sunder, 1994). O importante é criar um ambiente que oferece a oportunidade de aprender alguma coisa útil, especialmente em torno das questões pertinentes do trabalho de pesquisa (Cassar & Friedman, 2004). A simplicidade promove a saliência e reduz uma possível ambiguidade aquando da interpretação de resultados (Friedman & Sunder, 1994). Quando as devidas precauções são tomadas na estrutura completa de uma experiência, então é possível fazer as inferências necessárias (Fisher *et al.*, 1960).

A economia experimental neste contexto vai ser utilizada por se mostrar a metodologia mais adequada. Será neste caso utilizada para testar as teorias económicas existentes nesta área e ao mesmo tempo providenciar novas relações, visto serem algumas das funções da metodologia (Croson & Gächter, 2010).

5. APLICAÇÃO DA METODOLOGIA: EXPERIÊNCIAS

Ao longo dos capítulos anteriores foram focados pontos muito importantes no que concerne à utilização dos SU. Perante a análise de vários dados verifica-se que muitas vezes os pacientes se dirigem aos SU sem terem realmente necessidade, sendo que essas opções podem acarretar muitos custos para a população em geral. De entre esses custos destacam-se quer os custos económicos, quer os custos para a saúde dos pacientes que precisam de um atendimento rápido e este é impedido pelo congestionamento dos serviços.

5.1. OBJETIVOS

Dada a relevância do tema para toda a população que faz uso dos serviços de saúde e para os tomadores de decisões políticas, pretende-se neste trabalho verificar em específico: se o autodiagnóstico que as pessoas realizam de gravidade do seu estado de saúde em determinadas situações é o mais correto.

Segundo a literatura, a perceção de necessidade de cuidados é um dos motivos principais que levam os utentes a dirigirem-se ao SU. Mediante essa autoanálise realizada pelos sujeitos é ainda importante compreender se os utentes têm conhecimento dos serviços de saúde disponíveis para serem utilizados, assim como se escolhem o mais adequado ou se têm preferência por algum em específico. Desta forma, o que se pretende neste estudo, através da Economia Experimental, é concretizar o seguinte: **(1)** Eliciação da perceção dos indivíduos em relação ao nível de atendimento necessário em caso de urgência e emergência mediante grupos de sintomas e, **(2)** Eliciação do efeito da informação sobre a gravidade do estado de saúde, na decisão do paciente sobre o serviço de saúde a escolher.

A autoavaliação realizada pelas pessoas relativamente ao seu estado de saúde e à gravidade de diversas situações, onde ponderam fatores subjetivos, pode incorrer em um dos seguintes erros: subestimar a situação de saúde e recorrerem a um serviço que não cumpre os requisitos mínimos para tratar do problema, ou sobrestimar a situação recorrendo a um serviço mais especializado comprometendo o funcionamento do mesmo e impedindo que os que realmente precisam acedam de forma mais rápida. Em qualquer uma das situações os serviços de saúde não estão a ser utilizados de forma eficiente, sendo neste caso de mais interesse testar a segunda hipótese. Para além disso, quando as pessoas necessitam de recorrer a um serviço

de saúde, podem recorrer a um que não seja o mais indicado, havendo a hipótese de estas pessoas não conhecerem todos os serviços disponíveis. Após a autoavaliação do nível de gravidade do estado de saúde, os utentes podem chegar à conclusão que necessitam de recorrer a um profissional de saúde, podendo em Portugal fazê-lo através de diferentes serviços, nomeadamente: farmácias, Linhas Saúde 24h, 112, CSP, SU, serviços privados, etc. Por fim, há também a hipótese de os utentes se dirigirem a determinado serviço de saúde pela sua preferência ou porque lhes é mais conveniente. Neste caso, importa testar a hipótese de que as pessoas optam frequentemente por recorrer aos SU, sendo importante para tal eliciar as expectativas dos pacientes relativamente ao cuidado de saúde que necessitam.

Este estudo pretende revelar a sua importância através da percepção do grau de conhecimento dos indivíduos no que diz respeito à severidade de determinados sintomas e ainda ao conhecimento quanto à oferta de serviços de saúde para cada situação em específico. Para além disso, uma das prioridades do Plano Nacional de Saúde Portuguesa (Direção-Geral da Saúde, 2012) para 2012-2016 é desenvolver a cultura dos cidadãos onde será promovida a sua literacia, participação, o conhecimento das percepções das pessoas sobre a gravidade das condições de saúde e os serviços prestados por cada tipo de serviço de saúde para atendimento de urgências.

De uma forma resumida, para testar as hipóteses levantadas serão realizadas experiências que consistirão no seguinte: os indivíduos serão confrontados com um conjunto de sintomas clínicos em que terão que avaliar o grau de urgência e decidir que serviço de saúde seria mais adequado; posteriormente as respostas dos inquiridos serão confrontadas com as verdadeiras soluções que surgiriam pela utilização da metodologia de triagem. Se as expectativas corresponderem à correta situação não existirão problemas nas suas decisões, caso contrário estará presente um problema de ineficiência. A definição e classificação das condições são desenhadas por um médico especialista em urgência médica, do hospital de Braga. A metodologia subjacente a esta avaliação será então a da economia experimental. Para os devidos efeitos serão utilizadas regras de pontuação apropriadas (Winkler, 1967) aquando da coleta dos dados, dando incentivos monetários para se obterem respostas mais fidedignas (Botelho & Pinto, 2004). O financiamento proveio do Núcleo de Investigação em Microeconomia Aplicada (NIMA). Para a realização das experiências são selecionadas pessoas que se localizem

na região de Braga, dada a facilidade e conveniência geográfica. De seguida serão abordadas as sessões experimentais de forma mais completa.

5.2. PREPARAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS/ SUJEITOS RECRUTADOS

A saliência, atrás referida, pode ser difícil de alcançar com pessoas experientes na área de investigação, por isso haverá situações onde será melhor recrutar alguém que não tenha ligação a essa área (Friedman & Sunder, 1994). Assim, neste estudo importa não serem selecionados sujeitos que trabalhem diretamente com os serviços de saúde portugueses. Pode também ser necessário, segundo os autores, recrutar outros sujeitos que não estudantes quando se suspeita *a priori* que o seu comportamento diverge do comportamento da restante população. Pretendeu-se então nesta investigação recrutar indivíduos com diferentes características sociodemográficas, nomeadamente em termos de idade, género, habilitações literárias, condições de saúde, etc.

A opção por uma amostra da população em geral e não a de estudantes implica algumas dificuldades. Optou-se por fazer o recrutamento junto de algumas paróquias da cidade de Braga. O objetivo era reunir pessoas adultas e variadas em termos de idade, género e educação.

Depois de várias tentativas de contacto com as diferentes Igrejas de Braga foi possível marcar uma reunião com os Padres das seguintes Igrejas: Igreja de S. Lázaro, Igreja dos Congregados e Igreja de S. Victor. Nessa reunião explicou-se aos diferentes Párcos o objetivo e a importância do estudo em questão. Foi também fornecido um documento com um resumo da reunião para ser transmitido aos paroquianos, assim como uma folha para inscrição dos mesmos, como pode ser consultado no Anexo 1. Caso o número de inscritos viesse a ser superior ao número desejado de participantes esta informação seria utilizada para selecionar os participantes. Contudo o volume de inscrições e a sua diversidade não requereu qualquer seleção por parte dos investigadores.

Cada Igreja determinou previamente a data e hora da realização das experiências. Para além disso, cada Igreja facultou as suas instalações para a realização das mesmas, mais concretamente uma sala com mesas onde era possível acomodar pelo menos 10 pessoas de

cada vez. Essas salas com privacidade tinham também as condições necessárias para ligar qualquer dispositivo eletrônico. Após o recrutamento de pessoas para participarem nas experiências, foi possível realizá-las durante o mês de novembro de 2015.

Devido ao limitado orçamento para ser utilizado nestas experiências e à dificuldade em reunir os indivíduos em diferentes sessões, foi possível implementar o estudo com um total de 55 pessoas.⁶ As pessoas recrutadas para a realização das experiências foram divididas em 6 grupos, com um máximo de 10 participantes por sessão e um mínimo de 7. A amostra de pessoas recrutadas foi assim estratificada em 6 sessões que se concretizaram em aproximadamente 1h30m.

5.3. REALIZAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS

Antes da realização das experiências foi elaborado um guião que enumerasse todo o material necessário para as sessões bem como para esclarecer a ordem das instruções, para que todas as sessões fossem o mais semelhantes possível (ver Anexo 2).

De uma forma geral tentaram construir-se instruções claras e compreensíveis que possibilitassem a replicação da investigação, e que permitissem a todos os sujeitos recrutados responderem às questões sem dúvidas. O objetivo principal é garantir um equilíbrio entre a validade externa e interna. Ao escolher sujeitos externos à comunidade académica, sem dar incentivos de não monetários nem sendo alunos conhecidos, a validade interna é ainda reforçada. Convém também salientar que todas as instruções foram lidas em voz alta à medida que se avança na experiência.

Quanto à realização das experiências, os computadores parecem ser vantajosos para determinadas experiências, é mais fácil controlar a informação que se fornece, não se contaminam as respostas dos inquiridos com expressões ou linguagem corporal, permite uma melhor comunicação, obtém-se mais facilmente a informação da realização da experiência (Friedman & Sunder, 1994). Contudo, neste contexto, a experiência foi realizada no formato papel, dado que por um lado não estavam disponíveis os recursos necessários, mas também

⁶ Estamos cientes de que a amostra recrutada é predominantemente de origem urbana e as pessoas habitam relativamente próximo do hospital. É um ponto a ter em consideração no caso de querer repetir a experiência, pela questão da replicabilidade. Aquando da abordagem das limitações do trabalho, este assunto será novamente abordado.

pela provável deficiente literacia informática dos participantes para que se realizassem em computadores. Em Portugal, verificava-se em 2015 que 8,3% da população residente ainda se apresentava sem qualquer nível de escolaridade, e 23,5% completavam apenas o 1º ciclo (fonte: PORDATA).

Cada sessão foi dividida em várias partes começando com uma introdução, seguida de três partes relativas à experiência em si e mediante os objetivos pretendidos, permitindo aos sujeitos acompanharem todos os passos tal como será explicado de seguida. Após a conclusão destas partes procedeu-se à entrega de um questionário para preenchimento individual. Quando terminado de preencher, cada sujeito receberia o valor monetário correspondente às suas decisões e preencheria um recibo com esse valor. De seguida serão esclarecidas todas as etapas de cada sessão, iniciando com a preparação do local.

Preparação do local das experiências

Antes de se iniciarem as experiências foi necessário preparar o local destinado à sua concretização, com a marcação dos lugares onde os sujeitos se sentariam, e colocação das folhas iniciais, neste caso o consentimento informado e uma caneta para preenchimento (ver Anexo 3). Posto isto foi também necessário preparar o material para a projeção de um PowerPoint ao longo da sessão.

Introdução

As sessões iniciaram-se então com a apresentação de um consentimento informado, onde os participantes afirmavam participar de livre vontade nas experiências (ver Anexo 4). Este consentimento explicava as experiências na generalidade e as condições de participação nomeadamente o intervalo de variação dos pagamentos bem como da recompensa monetária da instituição a que pertenciam pela participação de cada um. Após todos assinarem, foram recolhidos os consentimentos e deu-se início à experiência, entregando a introdução do estudo e realizando a leitura acompanhada de todas as instruções (ver Anexo 5). Nesta parte introdutória

explicou-se a todos os inquiridos a temática do estudo, assim como o montante máximo de dinheiro que poderiam ganhar (10€ para cada indivíduo).

Parte 1

Juntamente com a introdução foram também entregues a **Parte 1** (ver Anexo 6), e o **Cartão tabela de ganhos** (ver Anexo 7). Nesta primeira parte pretendeu-se introduzir o conceito de Triagem de Manchester e explicar de que forma os problemas de saúde são classificados numa escala de gravidade, de 1 a 5, sendo 1 o mais grave e 5 o menos grave. Esta compreensão da triagem seria necessária para o prosseguimento da experiência, nomeadamente para a classificação do grau de urgência de 5 perfis clínicos que iriam ser apresentados mais à frente. Aquando desta explicação foi feita a transição para os ganhos monetários possíveis, sendo que iriam ser remunerados consoante as suas respostas para os perfis clínicos. De destacar que apenas seriam remunerados pelos acertos desta questão em concreto. Foi explicado que receberiam o valor máximo por cada perfil (2€) se acertassem no grau de gravidade, e quanto mais se afastassem desse nível de gravidade menos receberiam. De uma forma geral, por cada unidade que se afastassem da classificação correta perderiam 50 cêntimos⁷, estando presente uma tabela com todas as possibilidades de ganhos por cada perfil, quer na **Parte 1**, quer no **Cartão tabela de ganhos**.

O valor de 2€ por questão foi escolhido segundo 2 critérios: a saliência e dominância e o orçamento disponível (a média horária do salário mínimo nacional em 2015 é de 3,16€ brutos por hora – fonte: Pordata).

Para garantir que os presentes na sessão compreendiam como estes ganhos por perfil clínico seriam calculados, procedeu-se à realização de 5 questões, onde eram apresentados diferentes cenários de ganhos monetários. Nessas questões os indivíduos tinham que responder quanto receberiam por aquele perfil mediante o quanto se distanciassem do verdadeiro grau de urgência atribuído pela triagem de Manchester. Para se auxiliarem nestas questões deveriam utilizar o Cartão tabela de ganhos (ver Anexo 7). A cada pergunta realizada era projetada a solução correspondente (ver Anexo 8). Se todos compreendessem estas questões do cálculo dos ganhos monetários prosseguia-se com a experiência.

⁷ Foi escolhida esta forma linear de descontos por ser de fácil entendimento por todos os sujeitos.

Para a realização das seguintes questões relativamente aos perfis clínicos foram entregues a **Folha de respostas – Parte 1** (ver Anexo 9) e o **Cartão níveis de gravidade** (ver Anexo 10). A **Folha de respostas – Parte 1** continha os 5 perfis clínicos com os respetivos sintomas, onde os sujeitos tinham que responder (tarefa 1) qual o nível de gravidade, de 1 a 5, que pensavam ser o mais adequado, conforme Figura 27.

	Tarefa 1 Grau de urgência (1 a 5)	
Perfil 1 - Diarreia - História de sangue ocasional nas fezes - Tem dor de barriga		1
		2
		3
		4
		5

Figura 27 – Tarefa 1: escolha do grau de urgência.

Fonte: Elaboração própria de acordo com os perfis desenhados.

O **Cartão níveis de gravidade** servia de auxílio para esta classificação, pois continha um resumo da triagem de Manchester explicada anteriormente.

Os 5 perfis clínicos apresentados nesta parte foram formulados pelo médico Diretor da Urgência Hospitalar de Braga, Dr. Jorge Teixeira. Para uma melhor compreensão, a Tabela 8 apresenta de forma sumária as características dos 5 perfis clínicos. De salientar que os indivíduos não tinham acesso ao nome do perfil, apenas aos sintomas apresentados em cada situação.

Tabela 8 – Descrição dos perfis clínicos.

Perfis:	1 Diarreia	2 Gripe	3 Infeção urinária	4 Picada inseto/ choque anafilático	5 Lombalgia/ ciatalgia
Sintomas	- Diarreia - História de sangue ocasional nas fezes - Dor de barriga	- Dor nos músculos (mialgias) - Arrepios - Pingo no nariz - Tosse	- Problemas urinários - Dor ao urinar (na micção) e ardência - Vestígios/gotinhas de sangue na urina	- Picada de um inseto - Dor intensa - Falta de ar	- Dor nas costas/ dor lombar - Sem trauma - Sem febre - Com dificuldade da marcha
Grau de Urgência segundo a triagem de Manchester	Nível 3 (Amarelo)	Nível 4 (Verde)	Nível 4 (Verde)	Nível 2 (Laranja)	Nível 4 (Verde)
Serviço de saúde	Urgência Hospitalar	Médico assistente; automedicar em casa; linha saúde 24; farmácia	Médico assistente; automedicar em casa; linha saúde 24; farmácia	Urgência Hospitalar; 112	Médico assistente; automedicar em casa; linha saúde 24; farmácia

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Devem recorrer ao SU os níveis 1, 2 e 3 da escala de Manchester.

Verifica-se pela análise da Tabela 8 que existem apenas 2 perfis com nível de gravidade elevado que corresponde a uma necessidade de recorrer à urgência hospitalar, o perfil 1 e 4. Os restantes perfis (2, 3 e 5), sendo um deles muito conhecido por afetar grande parte da população no Inverno (Perfil 2), não necessitam recorrer no imediato à urgência hospitalar, sendo possível tratar desses casos numa consulta nos CSP.

Parte 2

Após todos responderem à primeira questão sobre o grau de gravidade de cada perfil clínico foi entregue a cada participante a **PARTE 2** (ver Anexo 11) e a **Folha de Respostas-Parte 2** (ver Anexo 12). Esta **PARTE 2** continha outra questão relacionada com os mesmos

perfis clínicos apresentados anteriormente. Neste caso, os sujeitos tinham que, mediante as suas respostas anteriores, dizer o que fariam em cada perfil (na **Folha de Respostas-Parte 2**, tarefa 2) de entre um conjunto de opções de serviços de saúde para cada perfil. Pediu-se que fosse assinalada uma escolha, conforme Figura 28.

Tarefa 2
Serviço de saúde

- Não fazia nada
- Ia ao Centro de Saúde marcar uma consulta
- Ia à Farmácia
- Ia à urgência hospitalar pública
- Ia a um serviço particular
- Ligava para o 112
- Ligava para a linha saúde 24h
- Outra. Qual? _____

Figura 28 – Tarefa 2: escolha do serviço de saúde.

Fonte: Elaboração própria.

A opção pelo formato de questão fechada tem a vantagem de facilitar a resposta, contudo tem a desvantagem de limitar as respostas quando comparado com uma questão aberta, que por sua vez apresenta maior dificuldade na codificação das respostas. Para minimizar o inconveniente da questão fechada, optou-se por incluir uma opção “outra” em formato aberto.

Convém ainda salientar, tal como já foi referido anteriormente, que esta questão não foi remunerada pelo que poderá ser levantado o problema de os inquiridos não prestarem tanta atenção a esta questão. Contudo, se esta questão relativamente ao serviço de saúde que escolheriam fosse remunerada, mediante se a escolha estivesse certa ou errada, os inquiridos poderiam responder de forma estratégica (Winkler, 1967). Haveria incentivos para que respondessem o que pensariam ser o correto em cada situação e não responderiam o que realmente fariam se estivessem perante cada situação clínica. Assim, de acordo com o previsto na literatura e mediante os problemas que poderiam surgir, optou-se por não remunerar esta questão para garantir que as respostas se aproximassem o máximo da realidade.

Parte 3

Concluídas as questões anteriores prosseguiu-se entregando as folhas designadas de **Parte 3** (ver Anexo 13) e as **Folhas de respostas – Parte 3** (ver Anexo 14). A **Parte 3** consistia em 3 tarefas distintas (tarefa 3, tarefa 4 e tarefa 5). A tarefa 3 consistia em mostrar aos sujeitos as soluções dos verdadeiros graus de gravidade dos perfis mediante a triagem de Manchester. Para tal utilizou-se mais uma vez o projetor (ver Anexo 15). Foi também pedido aos sujeitos que mediante a revelação das soluções dos perfis preenchessem o espaço destinado a esta tarefa na sua **Folha de Respostas-Parte 2**, tarefa 3. Assim, era possível aos inquiridos verificarem se as suas opiniões relativamente ao grau de gravidade dos perfis estavam de acordo com a classificação dada pela aplicação da triagem.

Após este confronto das opiniões dos inquiridos com a verdadeira classificação, prosseguiu-se com as seguintes tarefas. Na tarefa 4 foi pedido aos inquiridos que assinalassem nas suas **Folhas de respostas – Parte 3**, se após saberem a verdade relativamente ao grau de gravidade alteravam as suas respostas no que concerne aos serviços de saúde que utilizariam, assinalando sim ou não.

Para aqueles que assinalaram **Sim** na tarefa 4, foi-lhes pedido que prosseguissem para a tarefa 5, assinalando de entre as mesmas opções fornecidas anteriormente, qual o serviço de saúde que escolheriam (**Folha de respostas – Parte 3**, tarefa 5).

Questionários

Complementarmente à experiência propriamente dita e com o objetivo de caracterizar os participantes foi elaborado um questionário (ver Anexo 16) que foi entregue no final da tarefa 5, juntamente com o **cartão Perfis** (ver Anexo 17) que seria útil numa das questões.

A elaboração deste questionário baseia-se na revisão da literatura realizada, e outras questões que nos pareceram pertinentes. Foram aplicadas quer questões fechadas de escolha múltipla quer questões de resposta aberta. O questionário divide-se em 5 partes.

A **primeira parte** do questionário destina-se a obter informação acerca das características sociodemográficas dos indivíduos. Na Tabela 9 é apresentado um resumo dessas

perguntas, mostrando uma pequena descrição do que trata cada pergunta, assim como essa questão foi codificada para poder ser analisada.

Tabela 9 – Primeira parte do questionário: questões sociodemográficas.

Número da Questão	Nome da Variável	Codificação
1	"Feminino"	Feminino=1, Masculino=0
2	"Idade"	Valor da resposta, em anos
3	"Estado Civil"	Codificado consoante a resposta
4	"Residência: freguesia"	Codificado consoante a resposta
	"Residência: código postal"	Valor da resposta
5	"Escolaridade"	Escala crescente de 1 a 4
6	"Área de formação"	Codificado consoante a resposta
7	"Trabalho: situação atual"	Codificado consoante a resposta
	"Trabalho: profissão atual ou passada"	Codificado consoante a resposta
8	"Apoio social: situação"	Sim=1, Não=0
	"Apoio social: qual"	Codificado consoante a resposta
9	"Rendimento"	Escala crescente de 1 a 9
10	"Veículo de transporte"	Sim=1, Não=0
11	"Agregado familiar: crianças"	Valor da resposta
	"Agregado familiar: jovens"	Valor da resposta
	"Agregado familiar: Adultos"	Valor da resposta

Fonte: Elaboração própria.

A **segunda parte** do questionário versa sobre o conhecimento do inquirido relativamente aos serviços de saúde pertencentes ao SNS, assim como o subsistema de saúde a que pertencem, estado geral de saúde, etc. A Tabela 10 faz também um resumo das perguntas.

Tabela 10 – Segunda parte do questionário: questões gerais.

Número da Questão	Nome da Variável	Codificação
12	"Subsistema de saúde"	Codificado consoante a resposta
13	"Seguro de saúde: situação"	Sim=1, Não=0
13.1	"Seguro de saúde: qual"	Codificado consoante a resposta
14	"Isenção no SNS"	Sim=1, Não=0
15	"Estado de saúde"	Escala crescente de 1 a 5
16	"Conhecimento: CSP"	Escala crescente de 1 a 4
	"Conhecimento: SU"	Escala crescente de 1 a 4
	"Conhecimento: acesso aos cuidados saúde no SNS"	Escala crescente de 1 a 4
	"Conhecimento: serviços disponibilizados no SNS"	Escala crescente de 1 a 4
17	"Visitas por ano a um especialista"	Valor da resposta

Fonte: Elaboração própria.

A **terceira parte** do questionário versa sobre os CSP. Os CSP são extremamente importantes para o tratamento e prevenção de doenças, e são o primeiro ponto de contacto dos pacientes. Desta forma torna-se importante compreender-se qual a relação que os indivíduos estabelecem com este serviço em particular. A Tabela 11 faz um resumo das questões realizadas nesta secção. Aqui foram abordadas questões de conhecimento deste serviço, assim como a opinião para diversas características e o grau de satisfação da cada um mediante a sua experiência de utilização.

Tabela 11 – Terceira parte do questionário: questões sobre os CSP.

Número da Questão	Nome Variável	Codificação
18	"Tem ou não MF"	Codificado consoante a resposta
18.1	"Satisfação com o MF"	Escala crescente de 1 a 5
19	"Onde visita um MF"	Codificado consoante a resposta
20	"Satisfação com o horário dos CSP"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com o tempo de espera nos CSP"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com o tempo consulta CSP"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com a possibilidade de obter consulta num especialista pelos CSP"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com a competência e capacidade do médico dos CSP"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com a capacidade de aliviarem as dores e o desconforto nos CSP"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com a capacidade de tranquilizarem nos CSP"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com a dedicação e organização do pessoal médico nos CSP"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com a capacidade do médico dar prioridade às necessidades mais importantes nos CSP"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com a possibilidade de contactar o médico nos CSP"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com a atenção dada ao paciente nos CSP"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com as explicações do pessoal médico nos CSP"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com as explicações do médico nos CSP"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com a possibilidade de usar equipamento médico nos CSP"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com o custo CSP"	Escala crescente de 1 a 5
21	"Facilidade em marcar consulta nos CSP, dado horário de trabalho"	Sim=1, Não=0
22	"Dias para ter consulta nos CSP"	Valor da resposta
23	"Tempo (min) de espera no dia da consulta nos CSP"	Valor da resposta
24	"Visitas por ano ao MF"	Valor da resposta
25	"Satisfação dos CSP em geral"	Escala crescente de 1 a 5

Fonte: Elaboração própria.

Para além do relacionamento dos utentes com os CSP é ainda imprescindível compreender a relação que estes estabelecem com os SU, ponto-chave deste estudo. Desta forma, a **quarta parte** do questionário enquadra perguntas no que concerne à utilização dos

SU, assim como a satisfação dessa utilização e ainda questões relacionadas com a linha saúde 24h. A Tabela 12 fornece então um sumário dessas mesmas questões.

Tabela 12 – Quarta parte do questionário: questões sobre os SU.

Número da Questão	Nome Variável	Codificação
26	"Onde visita um SU"	Codificado consoante a resposta
27	"Visitas por ano ao SU público"	Valor da resposta
28	"Tempo (min) de espera no dia da consulta nos SU"	Valor da resposta
29	"Ida ao SU: motivos disponibilidade CSP"	Codificado consoante a resposta
30	"Ida ao SU: conhecimento de outros serviços"	Codificado consoante a resposta
31	"Ida ao SU: preferência"	Codificado consoante a resposta
32	"Ida ao SU: experiência SU"	Codificado consoante a resposta
33	"Ida ao SU: estado de saúde"	Codificado consoante a resposta
34	"Ida ao SU: referenciação"	Codificado consoante a resposta
35	"Definição de urgência"	Conforme resposta
36	"Motivo da última visita ao SU"	Conforme resposta
	"Cor da pulseira na última visita ao SU"	Codificado consoante a resposta
37	"Satisfação com o horário do SU"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com o tempo de espera nos SU"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com o tempo de consulta nos SU"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com a possibilidade de obter consulta num especialista pelos SU"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com a competência e capacidade do médico nos SU"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com a capacidade de aliviarem as dores e o desconforto nos SU"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com a capacidade de tranquilizarem nos SU"	Escala crescente de 1 a 5

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 12 – Quarta parte do questionário: questões sobre os SU (continuação).

Número da Questão	Nome Variável	Codificação
	"Satisfação com a dedicação e organização do pessoal médico nos SU"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com a capacidade do médico dar prioridade às necessidades mais importantes nos SU"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com a possibilidade de contactar o médico nos SU"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com a atenção dada ao paciente nos SU"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com as explicações do pessoal médico nos SU"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com as explicações do médico nos SU"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com a possibilidade de usar equipamento médico nos SU"	Escala crescente de 1 a 5
	"Satisfação com o custo dos SU"	Escala crescente de 1 a 5
38	"Vai a outro profissional antes do SU"	Sim=1, Não=0
39	"Tempo (min) até chegar ao hospital público"	Valor da resposta
40	"Tempo (min) até chegar ao hospital privado"	Valor da resposta
41	"Ponto mais positivo do SU"	Conforme resposta
42	"Conhecimento linha saúde 24h"	Sim=1, Não=0
43	"Utilização linha saúde 24h"	Sim=1, Não=0
43.1	"Satisfação linha saúde 24h"	Sim=1, Não=0

Fonte: Elaboração própria.

Por fim, a **quinta** e última **parte** do questionário é dedicada à história clínica dos indivíduos. Para além de toda a informação recolhida anteriormente, o facto das pessoas possuírem determinadas patologias ou até serem atendidas regularmente num serviço de saúde pode, de alguma forma, influenciar a perspetiva que estas têm acerca de determinadas doenças, determinando dessa forma como utilizam os SU. Certas condições podem ser semelhantes aos perfis fornecidos e dessa forma afetar o julgamento perante esses perfis, por isso é importante controlar essas características. A Tabela 13 fornece de seguida um resumo dessas questões.

Tabela 13 – Quinta parte do questionário: questões sobre a história clínica das pessoas.

Número da Questão	Nome Variável	Codificação
44	"Diabetes"	Sim=1, Não=0
45	"Cancros ativos"	Sim=1, Não=0
46	"Cirrose"	Sim=1, Não=0
47	"Doenças reumáticas com medicação"	Sim=1, Não=0
48	"Alergias graves"	Sim=1, Não=0
49	"Seguimento por doença no hospital"	Sim=1, Não=0
50	"Teve algum dos perfis"	Sim=1, Não=0
50.1	"Quais perfis já teve: perfil 1"	Sim=1, Não=0
	"Quais perfis já teve: perfil 2"	Sim=1, Não=0
	"Quais perfis já teve: perfil 3"	Sim=1, Não=0
	"Quais perfis já teve: perfil 4"	Sim=1, Não=0
	"Quais perfis já teve: perfil 5"	Sim=1, Não=0
51	"Doença crónica"	Sim=1, Não=0
52	"Doença psiquiátrica"	Sim=1, Não=0
53	"Fuma regularmente"	Sim=1, Não=0
54	"Bebe regularmente"	Sim=1, Não=0

Fonte: Elaboração própria.

Pagamentos

Terminado o preenchimento dos questionários, os sujeitos recrutados terminavam por completo a experiência. Após a entrega do inquérito preenchido, cada pessoa teve oportunidade de confirmar o montante que receberia pela sua prestação ao longo da sessão. Aquando do pagamento individual, foi pedido a cada indivíduo que assinasse um comprovativo de pagamento com o valor que tinha recebido (ver Anexo 18). A Tabela 14 resume todos os pagamentos feitos ao longo de todas as sessões, quer para as Igrejas, quer para os participantes.

Tabela 14 – Valores monetários pagos às Instituições e aos participantes.

Igreja	Sessão	Nº Participantes	Valor para a Igreja	Valor para os participantes
Igreja S. Lázaro	1	8	40,00 €	51,00 €
Igreja Congregados	2	7	35,00 €	55,50 €
Igreja S. Lázaro	3	10	50,00 €	78,00 €
Igreja S. Victor	4	10	50,00 €	80,00 €
Igreja S. Victor	5	10	50,00 €	77,00 €
Igreja S. Victor	6	10	50,00 €	80,00 €
Total		55	275,00 €	421,50 €

Fonte: Elaboração própria.

Analisando os pagamentos realizados aos sujeitos, verifica-se que em média cada pessoa levou para casa 7,66€ pela sua participação de 1h e 30min, o que significa que em média ganharam 5,1€ por hora. No total poderiam ganhar 10€, ou seja, 6,67€ por hora.

De salientar mais uma vez que os pagamentos foram utilizados nas experiências como forma de controlar características induzidas, produzindo resultados experimentais mais fiáveis e reproduzíveis (Botelho & Pinto, 2004; Friedman & Sunder, 1994).

6. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Após a concretização de todas as sessões, o passo seguinte é compilar toda a informação numa base de dados. Através dessa base de dados será possível proceder à análise de cada uma das variáveis de relevo assim como construir os modelos necessários para compreender melhor o problema em questão.

Nesta secção será feita uma descrição estatística de todas as variáveis relevantes utilizando para tal o *software* estatístico StataC 13. Esta análise será dividida em várias secções, começando com a análise das questões relacionadas com os perfis clínicos, e de seguidas as questões do inquérito catalogadas segundo o modelo de Andersen abordado anteriormente.

6.1. ANÁLISE DOS PERFIS CLÍNICOS

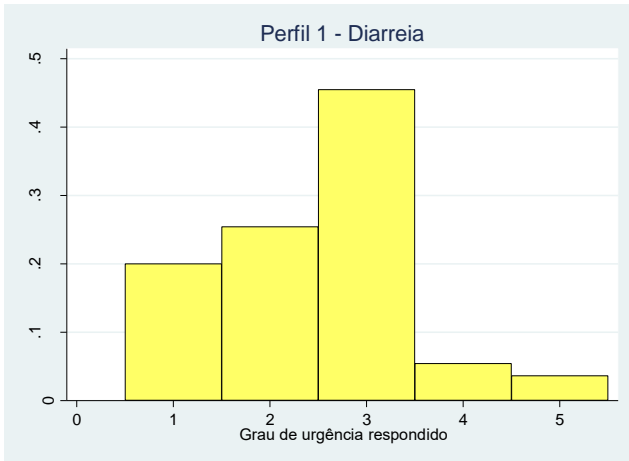
Uma breve descrição estatística das respostas dos inquiridos relativamente aos perfis clínicos será apresentada nesta secção, nomeadamente o grau de urgência escolhido por perfil, os ganhos obtidos com essas escolhas, o serviço escolhido por perfil e ainda a mudança de serviço de saúde após confronto com as soluções dos graus de urgência verdadeiros. Na Tabela 15 constam duas dessas variáveis apresentando os valores relativamente ao número de observações, percentil 50 (ou mediana) e ainda ao valor mínimo e máximo respondido.

Tabela 15 – Características das respostas relativamente aos perfis.

Variáveis	N	Média	p50	Min	Máx
"Ganhos por questão"	275	1,533	1,5	0,5	2,0
"Mudaria o serviço de saúde?"	274	0,197	0	0	1

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

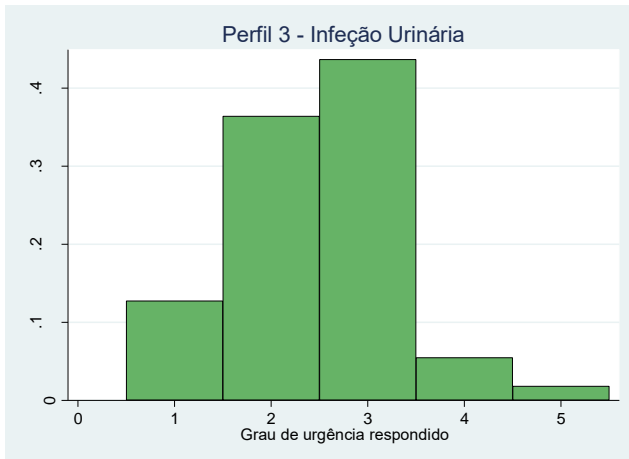
A Figura 29 faz um retrato da primeira tarefa dos inquiridos, o **"Grau de urgência escolhido"** por cada perfil clínico. Os gráficos mostram a distribuição dessas escolhas e em baixo de cada um é apresentado o verdadeiro grau de urgência mediante a triagem de Manchester.



Grau de urgência verdadeiro: 3



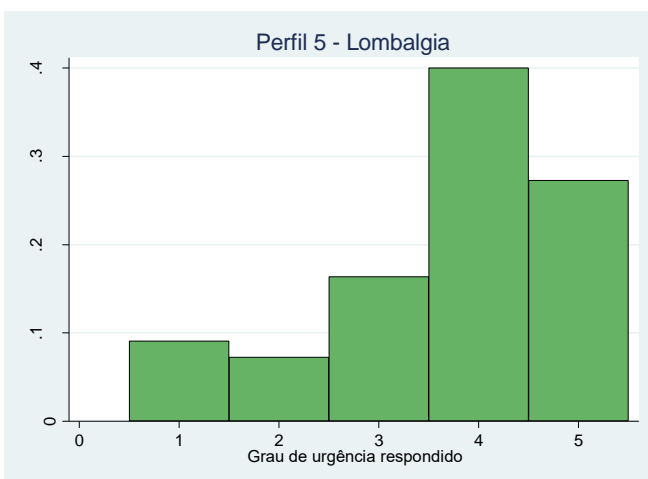
Grau de urgência verdadeiro: 4



Grau de urgência verdadeiro: 4



Grau de urgência verdadeiro: 2



Grau de urgência verdadeiro: 4

Figura 29 – Distribuição do grau de gravidade atribuído aos 5 perfis.

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

Sabendo que o grau de urgência verdadeiro dos perfis (de 1 a 5) é de 3, 4, 4, 2 e 4, pode-se afirmar que na maior parte dos casos os indivíduos atribuíram um grau de urgência correto. De salientar porém que houve alguma sobrestimação do grau de gravidade, com especial destaque para o Perfil 3.

Os **“Ganhos por questão”**, presentes na Tabela 15, retratam então os ganhos que os sujeitos obtiveram mediante as suas escolhas nos graus de gravidade. Neste caso em concreto há 275 observações, o que corresponde à avaliação feita pelos 55 inquiridos para os 5 perfis. Constata-se que o ganho médio por questão rondou 1,53€, quando o valor máximo era de 2€. O valor mínimo obtido em cada questão foi de 50 cêntimos, e em mais de metade das questões o valor ganho foi de 1,5€ ou mais.

Quanto ao **“Serviço de saúde escolhido”** os detalhes acerca desta resposta são encontrados na Tabela 16 conjugando os serviços de saúde escolhidos com os diferentes perfis clínicos. Nesta questão verifica-se que há apenas 274 respostas.

Tabela 16 – Escolha do serviço de saúde mediante o perfil clínico.

Serviço de saúde escolhido	Perfil clínico em análise					Total
	1	2	3	4	5	
Não fazia nada	2	1	0	1	3	7
la ao Centro de Saúde marcar uma consulta	14	14	16	3	29	76
la à Farmácia	2	18	1	3	6	30
la à urgência hospitalar pública	28	6	27	31	7	99
la a um serviço particular	2	1	8	0	6	17
Ligava para o 112	1	0	1	14	1	17
Ligava para a linha saúde 24h	6	13	0	3	2	24
Outra	0	1	0	0	0	1
Outra: SU do CS	0	0	1	0	1	2
Outra: Aguardava em casa	0	1	0	0	0	1
Total	55	55	54	55	55	274

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

Legenda: serviços mais aconselhados assinalados a negro e com preenchimento do fundo.

Analisando com pormenor a informação anterior, acerca dos serviços de saúde, verifica-se que o serviço de saúde mais escolhido foi “la à urgência hospitalar pública”, com 99 registos.

O seguinte mais escolhido foi “Ir ao Centro de Saúde marcar uma consulta” com 76 registos e o 3º mais escolhido foi “Ir à farmácia” com 30 registos. Focando a análise em cada perfil, no perfil 1 e 4 é mais aconselhado ir ao SU, tendo sido essa a escolha da maior parte dos sujeitos. Nos restantes perfis, sendo menos graves, é mais aconselhado ir à farmácia, ao CS, ligar para a linha saúde 24, e na realidade estas foram as opções escolhidas com mais frequência. Contudo, no perfil 3, a opção mais escolhida foi a ida ao SU, correspondendo a uma sobrestimação do grau de gravidade.

A variável **"Mudaria o serviço de saúde?"** indica quem mudaria a escolha do serviço de saúde após a revelação do verdadeiro grau de urgência, apresentada como variável binária onde o 1 representa sim e o 0 representa não. Neste caso houve 274 respostas, onde apenas 54 alteravam a sua resposta. Assim, apenas 19,7% das respostas relativamente ao serviço de saúde é que seriam alteradas.

Por fim, quanto ao **"Novo serviço de saúde escolhido"** verifica-se que há alterações relativamente às primeiras escolhas. Esta questão da alteração do serviço de saúde é importante para se verificar a atitude daqueles que se dirigiam ao SU perante uma situação não urgente. A Tabela 17 fornece informação acerca das novas 43 respostas.

Tabela 17 – Escolha do serviço de saúde após revelação do verdadeiro grau de urgência.

Serviço de saúde escolhido	Perfil clínico em análise					Total
	1	2	3	4	5	
Não fazia nada	0	0	1	0	0	1
Ir ao Centro de Saúde marcar uma consulta	4	1	10	0	0	15
Ir à Farmácia	0	1	1	2	0	4
Ir à urgência hospitalar pública	3	0	1	6	0	10
Ir a um serviço particular	1	0	0	1	2	4
Ligava para a linha saúde 24h	1	0	3	0	5	9
Total	9	2	16	9	7	43

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

Contudo, de entre aqueles que escolheram o SU inicialmente e o perfil correspondente não era urgente, apenas 20 afirmaram alterar as suas respostas. Desses 20, apenas 17

responderam que novo serviço de saúde utilizariam, sendo que 10 iriam ao CS marcar uma consulta, 5 ligavam para a linha saúde 24h, 1 ia à farmácia e 1 ia a um serviço particular.

Os dados recolhidos permitem analisar a taxa de respostas certas ao grau de gravidade de cada perfil. A Tabela 18 descreve essas taxas.

Tabela 18 – Taxas de respostas certas no grau de gravidade dos perfis.

Variável	N	Média	p50	Min	Máx
Frequência relativa de acertar global	275	0,331	0	0	1
Frequência relativa de acertar: Perfil 1	55	0,455	0	0	1
Frequência relativa de acertar: Perfil 2	55	0,364	0	0	1
Frequência relativa de acertar: Perfil 3	55	0,055	0	0	1
Frequência relativa de acertar: Perfil 4	55	0,382	0	0	1
Frequência relativa de acertar: Perfil 5	55	0,400	0	0	1

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

Numa primeira análise à tabela, verifica-se que pelo menos 50% das respostas estão erradas no que diz respeito ao grau de gravidade dos perfis em conjunto. Mais precisamente, das 275 avaliações, houve apenas 91 acertos (33,1%). Quanto aos perfis individualmente, o perfil 3 foi o que mais erraram, com apenas 5,5% de acertos. De seguida expõem-se as estatísticas descritivas das variáveis potencialmente explicativas desta regularidade acordo com a revisão da literatura.

6.2. ANÁLISE DAS VARIÁVEIS SEGUNDO O MODELO DE ANDERSEN

De seguida serão apresentadas as restantes variáveis utilizando como base o modelo de Andersen explorado anteriormente. Para além das variáveis mencionadas no modelo, foram adicionadas outras variáveis que pareciam ajustar-se às diferentes categorias do modelo. As tabelas apresentarão uma estrutura semelhante, com o número de observações, os valores da média, do percentil 50, assim como o desvio padrão, o valor mínimo e máximo. Contudo

algumas variáveis necessitarão de outra abordagem que será apresentada mediante necessidade.

Fatores de Predisposição

Nesta nova secção serão apresentadas as variáveis que se enquadrem nos fatores de predisposição do uso dos serviços de saúde, no caso em concreto do uso dos SU. Dentro deste grupo estão enquadrados os fatores demográficos, fatores da estrutura social, crenças de saúde, e ainda uma compilação de variáveis que se enquadrarão nos fatores genéticos e características psicológicas, tal como o modelo sugere que seja adicionado ao modelo inicial.

A Tabela 19 começa por apresentar as variáveis **demográficas**, com a estatística descritiva para cada uma.

Tabela 19 – Variáveis de predisposição: demográficas.

Variáveis	N	Média	p50	Desvio padrão	Min	Máx
"Feminino"	55	0,655	1		0	1
"Idade"	54	49,667	50	15,970	19	82
"Agregado familiar: crianças"	48	0,458	0	0,743	0	2
"Agregado familiar: jovens"	48	0,271	0	0,536	0	2
"Agregado familiar: Adultos"	50	1,560	1	1,692	0	11

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

Após uma primeira análise destes dados verifica-se que mais de 50% da amostra é do **sexo feminino**, com **idades** compreendidas entre os 19 e os 82 anos, sendo a média de idades de cerca de 50 anos. Contudo, uma pessoa não respondeu qual era a sua idade. Quanto ao agregado familiar, o máximo de **crianças e jovens** com quem vivem é de 2, sendo que mais de 50% dos que responderam não vivem com crianças ou jovens. Por outro lado, a maior parte dos respondentes vive com pelo menos um **adulto**, atingindo um máximo de 11. De salientar que alguns inquiridos não responderam a esta questão, podendo significar que são pessoas que vivem sozinhas.

As seguintes variáveis continuam incluídas nos fatores de predisposição, mas neste caso são relativas à **estrutura social**. A Tabela 20 mostra a descrição do estado civil, escolaridade e situação perante o trabalho. Mais detalhes destas variáveis serão fornecidos de seguida.

Tabela 20 – Variáveis de predisposição: estrutura social.

Variáveis	N	Média	p50	Min	Máx
"Estado Civil":					
"Casado"	55	0,545	1	0	1
"Solteiro"	55	0,236	0	0	1
"Viúvo"	55	0,073	0	0	1
"Escolaridade"	54		3	1	4
"Trabalho: situação atual":					
"Trabalhador assalariado"	55	0,436	0	0	1
"Sem trabalho"	55	0,127	0	0	1
"Reformado"	55	0,273	0	0	1

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

Quanto ao **"Estado Civil"**, mais de 50% dos inquiridos são casados, cerca de 24% solteiros. As variáveis individuais para cada estado foram criadas para poderem se utilizadas nas regressões, sendo variáveis binárias, onde 1 representa que tem aquele estado e 0 caso contrário.

No que diz respeito à **"Escolaridade"**, a mediana é de 3, o que significa que 50% dos respondentes possuem no máximo o ensino secundário. Dos restantes, 19 afirmaram ser graduados e 4 possuem um mestrado, nível de formação mais elevado desta amostra. A variável escolaridade está assim dividida em 4 categorias, sendo que a primeira representa os sujeitos que têm no máximo o 1º ciclo de escolaridade, a segunda representa aqueles com 2º e 3º ciclo, a terceira os sujeitos com o ensino secundário e a quarta e última categoria aqueles com ensino superior.

Por fim, relativamente ao **"Trabalho: situação atual"**, ou seja, situação perante o trabalho, a maior parte dos respondentes (43,6%) afirma ser trabalhador assalariado, sendo que outros também têm salário mas preferiram especificar mais a sua situação perante o trabalho: 1 é trabalhador independente, outro empresário, outro trabalha a recibos verdes e ainda há uma

estagiária remunerada. Por outro lado, a segunda maior fatia corresponde a pessoas reformadas, com uma percentagem de 27,3%. Neste contexto apenas 12,7% afirmaram serem desempregados. Mais uma vez foram criadas variáveis binárias mediante a situação do trabalho, como pode ser verificado na tabela anterior.

O seguinte grupo de variáveis é relativo às **crenças de saúde**, que estão apresentadas na Tabela 21. Neste contexto de predisposição estão enquadradas as variáveis de conhecimento dos inquiridos relativamente aos serviços de saúde, nomeadamente os CSP, SU, acesso aos cuidados de saúde no SNS, quais os serviços de saúde fornecidos, e ainda da linha saúde 24h. Não se encontram neste caso atitudes ou valores dada à dificuldade em medir essas variáveis.

Tabela 21 – Variáveis de predisposição: crenças de saúde.

Variáveis	N	Média	p50	Min	Máx
"Conhecimento: CSP"	50	0,920	1	0	1
"Conhecimento: SU"	50	0,800	1	0	1
"Conhecimento: acesso aos cuidados saúde no SNS"	51	0,902	1	0	1
"Conhecimento: serviços disponibilizados no SNS"	50	0,780	1	0	1
"Conhecimento linha saúde 24h"	52	0,827	1	0	1
"Utilização da linha saúde 24h"	46	0,326	0	0	1
"Satisfação da linha saúde 24h"	16	0,938	1	0	1

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

As primeiras 4 variáveis, **"Conhecimento: CSP"**, **"Conhecimento: SU"**, **"Conhecimento: acesso aos cuidados saúde no SNS"**, **"Conhecimento: serviços disponibilizados no SNS"**, foram avaliadas numa escala de 1 a 4. Contudo foram reclassificadas em variáveis binárias onde 0 representa os que não conhecem e 1 representa os que conhecem. Sendo assim, mais de 50% dos inquiridos afirmam ter conhecimento acerca de todos os pontos referidos.

Quanto ao **"Conhecimento da linha saúde 24h"**, é originalmente uma variável binária, onde 1 representa que tem conhecimento e 0 caso contrário. Neste caso 82,7% afirmam ter conhecimento desta linha de atendimento.

A linha saúde 24 é um serviço de apoio à comunidade que deveria ser utilizado sempre que houver dúvidas relativamente ao estado de saúde. Contudo, a "**Utilização da linha saúde 24h**" ainda está muito aquém das expectativas, apenas 32,6% (15 pessoas de entre 46) afirmaram utilizar esta linha. Quanto à "**Satisfação da linha saúde 24h**", apesar de apenas 15 utilizarem o serviço, houve 16 respostas, das quais 15 afirmam estar satisfeitas. Se estas 15 pessoas que afirmam estar satisfeitas são as que realmente utilizam o serviço, então a taxa de satisfação será de 100%, sendo necessário incentivar mais a comunidade a utilizar este serviço.

Uma última categoria é apresentada de seguida, nomeadamente os **fatores genéticos e características psicológicas**. Por questões de semelhança foram adicionadas outras características de saúde dos inquiridos que podem também predispor à utilização mais frequente ou inadequada dos serviços de urgência. A escolha das doenças específicas foi indicada pelo médico que acompanhou o estudo por estas poderem ter relação com os perfis de sintomas usados na experiência. A Tabela 22 faz um sumário descritivo dessas variáveis.

Tabela 22 – Variáveis de predisposição: fatores genéticos e características psicológicas.

Variáveis	N	Média	p50	Min	Máx
"Diabetes"	52	0,077	0	0	1
"Cancros ativos"	52	0,019	0	0	1
"Cirrose"	51	0,000	0	0	0
"Doenças reumáticas com medicação"	52	0,192	0	0	1
"Alergias graves"	53	0,151	0	0	1
"Doença crónica"	50	0,360	0	0	1
"Doença psiquiátrica"	51	0,137	0	0	1

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

Todas as variáveis apresentadas são binárias, onde 1 representa a presença da doença e 0 caso contrário.

Avaliando a prevalência de doenças, verifica-se que tanto a diabetes, como a cirrose, ou até mesmo o cancro não são predominantes na amostra. Aliás, nenhuma pessoa apresentava cirrose. As doenças mais frequentes contudo são a doença reumática (19,2%) e as doenças crónicas em geral (36,0%). Quanto às doenças psiquiátricas, 13,7% de 51 pessoas afirmam ter.

Fatores que habilitam

Dentro da categoria dos fatores que habilitam ou possibilitam o uso dos serviços de saúde, há duas subcategorias. Por um lado há fatores que possibilitam o uso desses serviços pela **própria pessoa**, e por outro pela **sociedade**. Assim, há um conjunto de variáveis associadas ao indivíduo e à própria sociedade que facilitam o acesso. De seguida será feita uma divisão dessas duas subcategorias, utilizando as variáveis que melhor se adequam, e que podem ser consultadas na Tabela 23 e na Tabela 24 respetivamente.

Tabela 23 – Variáveis que habilitam: pela própria pessoa.

Variáveis	N	Média	p50	Min	Máx
"Apoio social: situação"	54	0,148	0	0	1
"Rendimento"	50		3,5	1	8
"Veículo de transporte"	51	0,627	1	0	1
"Subsistema saúde"					
"SNS"	54	0,667	1	0	1
"ADSE"	54	0,241	0	0	1
"Seguro saúde: situação"	52	0,173	0	0	1
"Isenção no SNS"	54	0,352	0	0	1

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

No que concerne ao **"Rendimento"** dos inquiridos, pelos dados fornecidos consegue-se perceber que a mediana se encontra entre o escalão 3 e o escalão 4, ou seja, entre 501-700 e 701-900 euros. Para além disso, o salário mais baixo é inferior a 350€ e o mais alto respondido está entre 2001 e 5000€. De referir que nesta questão apenas 50 pessoas responderam.

Tendo-se verificado qual o rendimento dos sujeitos, será importante nesta fase comparar o salário mediano com os possíveis ganhos pela participação na experiência. O que se verifica é que o salário mediano, nesta amostra, ronda os 700€ mensais, que se forem divididos pelas 40 horas de trabalho semanais durante 4 semanas equivale a um rendimento de 4,375€ por hora. Atrás foi mencionado que os participantes poderiam ganhar cerca de 6,67€ por hora (a média de ganhos por hora por pessoa foi de 5,1€). Neste sentido verifica-se que o valor da experiência é significativo comparativamente ao salário por hora auferido por metade dos participantes, demonstrando assim a saliência dos pagamentos realizados durante a experiência.

O **"Apoio social"**, de certa forma relacionado com o rendimento, mostra que cerca de 15% dos que responderam (no total 54) possuem algum tipo de apoio.

Quanto ao **"Veículo de transporte"**, dos 51 que responderam, 62,7% afirmam possuir veículo.

As restantes 3 variáveis mostram já a relação que os indivíduos possuem com o SNS.

No que diz respeito ao **"Subsistema saúde"**, cerca de 67% dos respondentes afirmam usufruir apenas do SNS enquanto 24,1% afirmam ter ADSE, tal como pode ser verificado pelas variáveis binárias criadas para ambos. Para além destes subsistemas, foram ainda mencionados o SAMS, SSCGD e EDP, mas apenas de forma residual, logo não terá interesse para a análise da problemática. Tal como explorado anteriormente, o SNS e a ADSE são os dois subsistemas predominantes em Portugal, sendo por isso possível incluir a ADSE em análises posteriores.

Por outro lado, quanto aos **"Seguros de saúde"**, 17,3% dos 52 que responderam afirmam possuir um seguro.

Por fim, no que diz respeito à **"Isenção no SNS"**, verifica-se que esta isenção abrange 35,2% dos respondentes.

A Tabela 24 apresenta algumas condições que os serviços de saúde oferecem às pessoas nos locais onde vivem e trabalham.

Tabela 24 – Variáveis que habilitam: pela comunidade.

Variáveis	N	Média	p50	Desvio Padrão	Min	Máx
"Dias para ter consulta CSP"	47	21,957	15	17,618	0	60
"Tempo (min) de espera no dia da consulta CSP"	47	34,149	30	28,040	0	120
"Tempo (min) de espera no dia da consulta SU"	31	157,742	120	108,711	0	480
"Tempo (min) até ao hospital público"	49	14,531	10	10,924	0	60
"Tempo (min) até ao hospital privado"	37	16,081	10	13,496	5	60

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

Relativamente ao facto de se cada um **"Tem ou não médico família"**, apesar de não constar na tabela, 78,2% afirmam ter médico de família e estarem satisfeitos com o mesmo,

sendo que 12,7% se mostram descontentes pretendendo mesmo mudar. No total, 96,4% da amostra (55) afirma ter MF, apenas 2 inquiridos não possuem. Contudo, a questão de descontentamento com os serviços será abordada mais à frente.

Na altura de marcar consulta nos CSP, "**Dias para ter consulta CSP**", o tempo médio de espera é de 22 dias, sendo que nalguns casos a marcação é imediata e noutros chega a demorar 60 dias.

No dia da consulta, o "**Tempo de espera no dia da consulta CSP**" é de 34 minutos, mas há utentes que chegam a esperar no máximo 120 minutos. O desvio padrão é de 28 minutos, o que mostra a grande dispersão dos tempos de espera.

Já nos SU, o "**Tempo de espera no dia da consulta nos SU**" é bastante mais elevado, como uma média de 158 minutos, atingindo um máximo de 480 minutos (8h). Há que referir ainda que há uma grande dispersão relativamente a estes tempos, pois o desvio padrão é bastante elevado.

Relativamente aos percursos, o "**Tempo até ao hospital público**" e o "**Tempo até ao hospital privado**" são bastante semelhantes. O tempo médio para chegar ao hospital público é de cerca de 14,5 minutos enquanto que para chegar ao hospital privado é de cerca de 16,08 minutos, com um desvio padrão também elevado. O mínimo para o hospital público é de 0 minutos e para o privado é de 5. Já o tempo máximo é de 60 minutos para ambos.

Fatores necessidades de cuidados

Os fatores de necessidade de cuidados podem também ser divididos em 2 subcategorias, mediante se essa necessidade é percecionada pela própria pessoa ou então avaliada por um profissional de saúde. A Tabela 25 mostra os fatores de **necessidade percebida**, onde são englobadas variáveis como a apreciação do estado de saúde pessoal, assim como hábitos que poderão também levar a pessoa a pensar que precisará de mais cuidados. As visitas aos médicos também poderão demonstrar o que as pessoas percecionam do seu estado de saúde na medida em que se espera que a uma perceção de maior necessidade corresponda a um maior número de visitas.

Quanto à **avaliação feita por especialistas**, a única variável que se enquadrará aqui será o facto da pessoa ser seguida ou não no hospital, que também se encontra na Tabela 25.

Tabela 25 – Variáveis de necessidade de cuidados de saúde.

Variáveis	N	Média	p50	Desvio Padrão	Min	Máx
"Estado de saúde"	55		4		1	5
"Visitas por ano a um especialista"	48	2,688	2	3,777	0	24
"Visitas por ano ao MF"	49	2,551	2	2,042	0	12
"Visitas por ano SU público"	36	0,944	1	1,194	0	6
"Fuma regularmente"	51	0,118	0		0	1
"Bebe regularmente"	50	0,160	0		0	1
"Seguimento por doença no hospital"	52	0,346	0		0	1

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

Quanto ao **"Estado de saúde"**, numa escala de 1 (muito mau) a 5 (muito bom) pelas respostas dos inquiridos pode-se afirmar que a maior parte considera ter um estado de saúde Bom, tendo 47,3% respondido 4 numa escala de 1 a 5. Para além disso, 18,2% consideram o seu estado de saúde Muito Bom, apenas 1,8% Muito Mau e 32,7% Razoável.

De entre as **"Visitas por ano a um especialista"**, **"Visitas por ano ao MF"** e **"Visitas por ano SU público"**, as visitas a um médico especialista parecem ser as mais frequentes com uma média anual de cerca de 3, seguindo-se as visitas ao MF com uma média de cerca de 3 também e por último as visitas ao SU com 1 visita por ano em média. De destacar que há quem vá a um especialista 24 vezes ao ano, a um MF 12 e ao SU 6 vezes.

Quanto aos hábitos, se **"Fuma regularmente"** ou **"Bebe regularmente"**, 11,8% de 51 respondentes afirma fumar e 16,0% de 50 afirmam beber regularmente.

Por fim, no que concerne ao **"Seguimento por doença no hospital"**, 34,6% afirma estar a ser seguido no hospital.

6.3. ANÁLISE DE OUTRAS VARIÁVEIS

As secções anteriores apresentaram variáveis muito relevantes para o estudo, contudo haverá outras de interesse a analisar. Como não se enquadram nas categorias de Andersen serão agora divididas mediante temáticas.

Conhecimento dos Perfis

Uma questão importante é perceber se as pessoas recrutadas para a experiência já alguma vez se confrontaram com algum dos perfis em questão. Assim, a Tabela 26 apresenta uma breve descrição dessa variável.

Tabela 26 – Conhecimento dos perfis clínicos apresentados.

Variáveis	N	Média	p25	p50	p75	Min	Máx
"Teve algum dos perfis"	48	0,542	0	1	1	0	1

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

Nesta questão em concreto apenas 48 pessoas responderam, das quais 54,2% afirmam já terem tido pelo menos um dos perfis. Para aprofundar quais os perfis em particular as pessoas já enfrentaram deve-se analisar a Tabela 27.

Tabela 27 – Que perfis em concreto experienciaram.

Perfil clínico em análise	Quais perfis já teve		Total
	Não	Sim	
1 – Diarreia	21	4	25
2 – Gripe	9	16	25
3 – Infecção Urinária	15	10	25
4 – Picada inseto	22	3	25
5 – Lombalgia	12	13	25
Total	79	46	125

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria

Pela análise da tabela anterior verifica-se que 4 pessoas já tiveram o perfil 1, 16 pessoas o perfil 2, 10 pessoas o perfil 3, 3 pessoas o perfil 4 e 13 pessoas o perfil 5. Apesar de não ser possível verificar isso pela tabela, algumas pessoas tiveram mais do que um perfil.

Que serviços de saúde utilizam

A secção presente avalia que serviços de saúde em concreto as pessoas utilizam, nomeadamente se apenas utilizam os serviços públicos ou também utilizam os serviços privados, ou ambos. Não sendo possível elaborar uma tabela com a estatística descritiva das variáveis, devido à sua codificação, será feito de seguida um resumo dos detalhes mais importantes.

Quanto a "**Onde visita um MF**", obtivemos 54 respostas. Dessas respostas, 77,8% (42 pessoas) afirmam apenas visitar um MF no serviço público. As opções menos escolhidas são dirigir-se apenas ao serviço privado e a nenhum serviço com 1,9% em ambos os casos. Por fim, 17,0% afirma utilizar ambos os serviços, e há ainda um caso especial, com 1,9% que afirma visitar o MF através do SAMS.

No que diz respeito a "**Onde visita um SU**", 59,3% (neste caso 32 pessoas) afirmam também só utilizar o serviço público. Contudo, 18,5% dirigem-se ao SU particular, 3,7% a ambos e 18,5% a nenhum.

Satisfação com os CSP

No que respeita a satisfação dos utentes na sua relação com os CSP e com o SU, a Tabela 28 mostra a satisfação dos inquiridos relativamente a um conjunto de atributos, avaliados numa escala de 1 a 5. Para além dessas características, os inquiridos tiveram a oportunidade de exporem se tinham facilidade em marcar uma consulta no CS, assim como dar uma avaliação geral aos CSP (duas últimas variáveis na tabela).

Tabela 28 – Satisfação dos utentes com os CSP.

Variáveis	N	Média	p25	p50	p75	Min	Máx
"Satisfação horário CSP"	50		3	3	4	1	5
"Satisfação tempo de espera nos CSP"	50		2	3	4	1	5
"Satisfação tempo consulta CSP"	49		3	3	4	2	5
"Satisfação possibilidade de obter consulta num especialista pelos CSP"	50		2	3	4	1	5
"Satisfação competência e capacidade do médico CSP"	49		3	4	5	1	5
"Satisfação capacidade aliviarem as dores e o desconforto nos CSP"	52		3	3	4	2	5
"Satisfação capacidade de tranquilizarem nos CSP"	50		3	3	4	2	5
"Satisfação dedicação e organização do pessoal médico CSP"	52		3	4	4	1	5
"Satisfação capacidade do médico dar prioridade às necessidades mais importantes nos CSP"	50		3	4	4	1	5
"Satisfação possibilidade de contactar o médico CSP"	47		2	3	4	1	5
"Satisfação atenção dada ao paciente CSP"	52		3	4	4	2	5
"Satisfação explicações pessoal médico CSP"	50		3	3,5	4	1	5
"Satisfação explicações médico CSP"	48		2,5	3	4	1	5
"Satisfação possibilidade de usar equipamento médico CSP"	47		2	3	4	1	5
"Satisfação custo CSP"	49		2	3	3	1	5
"Facilidade marcar consulta CSP, dado horário trabalho"	52	0,827	1	1	1	0	1
"Satisfação CSP em geral"	55		3	4	5	2	5

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

Fazendo uma análise geral no que diz respeito ao nível de satisfação das várias funcionalidades dos CSP, o que se verifica é que metade dos respondentes atribuíram pelo menos um valor de 3, havendo algumas características em específico em que metade atribuiu pelo menos o valor de 4. Destacam-se desta forma a **"competência e capacidade do médico"**, a **"dedicação e organização do pessoal médico"**, a **"capacidade do médico dar prioridade às necessidades mais importantes"** e a **"atenção dada ao paciente"** como as características melhor cotadas. Por outro lado, destacam-se pela negativa o **"tempo de**

espera", a "possibilidade de obter consulta num especialista", a "possibilidade de contactar o médico", a "possibilidade de usar equipamento médico", e ainda o "custo dos CSP".

Quanto à **"Facilidade em marcar consulta nos CSP, dado o horário de trabalho"**, 82,7% afirma ter facilidade. Por fim, o valor mediano atribuído à **"Satisfação dos CSP em geral"** é de 4, ou seja, 50% dos inquiridos atribuiu um valor de 4 ou 5, ou seja, estão bastante ou muito satisfeitos.

Satisfação com os SU

A mesma análise de satisfação é feita para o SU, tal como pode ser observado na Tabela 29. As variáveis são as mesmas que as anteriores, sendo apenas avaliadas ao nível dos SU. A única diferença é que aqui não é feita uma avaliação geral nem é questionada a facilidade em marcar consulta dado não se aplicar ao contexto. É apenas escrutinado também aqui se os utentes se dirigem a outro especialista antes de se dirigirem ao SU.

Tabela 29 – Satisfação dos utentes com o SU.

Variáveis	Média	N	p25	p50	p75	Min	Máx
"Satisfação horário SU"	38	3	3	4	1	5	
"Satisfação tempo de espera nos SU"	40	2	2	3	1	5	
"Satisfação tempo consulta SU"	35	2	3	3	1	5	
"Satisfação possibilidade de obter consulta num especialista pelos SU"	37	2	3	3	1	5	
"Satisfação competência e capacidade do médico SU"	39	3	3	4	2	5	
"Satisfação capacidades aliviarem as dores e o desconforto nos SU"	41	3	3	4	1	5	
"Satisfação capacidade de tranquilizarem nos SU"	39	3	3	4	1	5	
"Satisfação dedicação e organização do pessoal médico SU"	37	3	3	4	1	5	
"Satisfação capacidade do médico dar prioridade às necessidades mais importantes nos SU"	39	3	3	3	1	5	
"Satisfação possibilidade de contactar o médico SU"	37	2	3	3	1	5	
"Satisfação atenção dada ao paciente SU"	39	3	3	4	1	5	
"Satisfação explicações pessoal médico SU"	40	2	3	4	1	5	
"Satisfação explicações médico SU"	35	2	3	3	1	5	
"Satisfação possibilidade de usar equipamento médico SU"	38	2	3	4	1	5	
"Satisfação custo SU"	37	2	3	3	1	5	
"Vai a outro profissional antes do SU"	0,620	50	0	1	1	0	1

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

O panorama agora relativamente ao SU aparenta ser um pouco diferente. Desde logo há menos pessoas a avaliar o SU, sendo o caso de que algumas pessoas não conhecem propriamente o SU para o poderem avaliar. Por outro lado, as classificações medianas são relativamente inferiores às fornecidas para os CSP. A mediana mais alta é de 3 e é atribuída a quase todas as características. Assim, 50% dos respondentes estão no máximo satisfeitos com essas características dos SU, sendo que alguns desses estão pouco ou nada satisfeitos. Contudo, há uma característica que se destaca pela negativa, que é o **"tempo de espera nos SU"**, com uma mediana de 2, o que implica que metade dos que responderam não se encontram satisfeitos.

Para finalizar, 62,0% de 50 dos inquiridos responderam ainda que **"Vão a outro profissional antes do SU"**.

As seguintes secções apresentam outras variáveis que retratam os motivos que já levaram os inquiridos a recorrerem ao SU. Desta forma seguir-se-ão 6 secções com vários motivos abordados na literatura e que foram questionados no inquérito.

Motivos de utilização dos SU: Disponibilidade

Esta primeira secção de motivos que levam a utilizar os SU, retrata os motivos relacionados com a disponibilidade de serviços. É importante compreender-se se as visitas ao SU são motivadas por falta de recursos, nomeadamente nos CSP. Para tal, pode-se analisar a Tabela 30 e verificar os motivos que já levaram os inquiridos a recorrer aos SU.

Tabela 30 – Ida ao SU: motivos disponibilidade CSP.

Variáveis	N	Média
Não tinha médico de família	48	0,021
O meu médico de família não estava disponível	48	0,021
Não existia outro local para além das urgências com atendimento 24h	48	0,292
Era mais fácil ir à urgência do que marcar uma consulta no médico de família	48	0,125
Nenhuma das anteriores	48	0,583

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

No que diz respeito aos motivos pela disponibilidade dos CSP, 20 pessoas referiram que pelo menos um dos motivos apresentados na tabela as levou ao SU, enquanto que 28 referiram que não. Para além disso, o motivo mais referido (29,2%) foi o facto de **"não existir outro local para além das urgências com atendimento 24h"**. Os motivos menos mencionados, por seu turno, foram **"não ter médico de família"** e o **"médico de família não estar disponível"**.

Motivos de utilização dos SU: Conhecimento de outros serviços

Para além da disponibilidade, é necessário saber até que ponto a população conhece os serviços que lhes são disponibilizados mediante diversas situações. É preciso compreender se há casos de pessoas que usam o SU por não saberem outro local onde se dirigir. A Tabela 31 faz um pequeno resumo dessas variáveis.

Tabela 31 – Ida ao SU: conhecimento de outros serviços.

Variáveis	N	Média
Não sabia mais onde ir	50	0,060
Não tinha conhecimento de mais nenhum serviço que me pudesse ajudar	50	0,120
Não sabia que outro serviço estivesse aberto	50	0,060
Não sabia se o meu médico de família estava disponível	50	0,080
Nenhuma das anteriores	50	0,700

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

Analisando agora os motivos de conhecimento de outros serviços, apenas 15 pessoas referiram que 1 ou mais dos motivos listados os levaram ao SU, enquanto que 35 referiram que não. Ainda assim, o que mais levou as pessoas ao SU neste caso foi o facto de **“não terem conhecimento de mais nenhum serviço que as pudesse ajudar”**, com uma percentagem de 12,0%.

Motivos de utilização dos SU: Preferência

Outra questão levantada na literatura é que muitas vezes os utentes têm preferência pela utilização do SU relativamente aos restantes serviços disponíveis. Assim, a Tabela 32 faz uma síntese desses motivos.

Tabela 32 – Ida ao SU: preferência.

Variáveis	N	Média
Não queria ver o meu médico de família	50	0,020
Não tinha oportunidade de ser atendido (a) pelo médico de família que pretendia	50	0,180
Não queria incomodar o médico de família	50	0,000
Queria ver um(a) enfermeiro(a)	50	0,000
Nenhuma das anteriores	50	0,800

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

No que diz respeito a motivos de preferência, apenas 2 opções foram selecionadas. De 50 pessoas que responderam, 9 (18,0%) indicaram que se dirigiram ao SU porque **“não tinham oportunidade de serem atendidos pelo médico de família que pretendiam”** e 1 pessoa (2,0%) referiu que o fez porque **“não queria ser atendida pelo seu médico de família”**.

Motivos de utilização dos SU: Experiência com os SU

Um outro motivo relevante que pode levar utentes a se dirigirem ao SU quando não necessitam, será pela sua boa relação ou experiência anterior com o serviço (Tabela 33).

Tabela 33 – Ida ao SU: experiência SU.

Variáveis	N	Média
Fui anteriormente ao serviço de urgência e fiquei satisfeito	49	0,224
Confiança no serviço de urgência	49	0,245
O meu médico de família iria encaminhar-me para a urgência de qualquer forma	49	0,061
Tinha que esperar por uma marcação no médico de família	49	0,061
Pensava que seria atendido(a) mais rapidamente no serviço de urgência	49	0,122
O serviço de urgência ficava mais perto de minha casa	49	0,000
Era mais fácil ir ao serviço do urgência do que a outro serviço qualquer	49	0,102
Nenhuma das anteriores	49	0,531

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

O que se constata da análise da tabela é que 23 pessoas referiram que já se dirigiram ao SU devido a um ou mais dos motivos listados, enquanto 26 referiram que não. Dos motivos selecionados, o que levou mais pessoas a recorrerem ao SU foi o facto de **“confiarem no serviço”** (24,5%), seguido de **“terem sido anteriormente atendidas no SU e terem ficado satisfeitas”** (22,4%). De referir que nenhuma pessoa se dirigiu ao SU pelo facto de ficar mais próximo de casa, contrastando com o facto de todos os inquiridos morarem relativamente próximos do Hospital.

Motivos de utilização dos SU: Estado de saúde

De igual importância como os motivos analisados anteriormente, são os motivos de estado de saúde, ou seja, é importante perceber se os utentes que se dirigem ao SU o fazem por acreditarem que realmente precisam de ajuda médica imediatamente. A Tabela 34 apresenta algumas variáveis relacionadas com esta categoria.

Tabela 34 – Ida ao SU: estado saúde.

Variáveis	N	Média
Precisava de ver um especialista	49	0,184
Considerava a situação uma urgência/emergência	49	0,469
Queria ver um médico o mais rápido possível	49	0,082
Pensava que necessitava de ir ao hospital	49	0,041
Não sabia se alguma coisa estava partida ou não	49	0,082
Precisava de confirmar que não era sério	49	0,061
Queria uma segunda opinião	49	0,000
Nenhuma das anteriores	49	0,327

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

No que concerne aos motivos relativos ao estado de saúde, apenas 32,7% dos respondentes afirmam nunca se terem dirigido ao SU devido à sua condição de saúde. De destacar neste caso que 46,9% dos respondentes afirmou ter-se dirigido ao SU por **“considerar a sua situação uma verdadeira urgência”**. Outros motivos foram selecionados mas com menor percentagem, sendo que ninguém se dirigiu por **“querer uma segunda opinião”**.

Motivos de utilização dos SU: Referenciação e necessidade

A última categoria apresentada acerca dos motivos que levam os utentes a recorrer ao SU está relacionada com os motivos de referenciação por parte de qualquer pessoa assim como motivos relacionados com a necessidade do utente pensar que necessita algum tipo de atendimento ou exame em específico. A Tabela 35 retrata de forma sumária essas variáveis.

Tabela 35 – Ida ao SU: referenciação e necessidade.

Variáveis	N	Média
Fui referenciado(a) por um amigo/familiar	47	0,085
Fui referenciado(a) pelo farmacêutico	47	0,043
Fui referenciado(a) pelo médico de família	47	0,277
Fui referenciado(a) por outros	47	0,043
Pensava que precisava de uma radiografia	47	0,170
Pensava que precisava de soro	47	0,021
Pensava que precisava de uma análise de sangue	47	0,000
Pensava que precisava de pontos	47	0,064
Nenhuma das anteriores	47	0,468

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

Perante os dados verifica-se que 46,8% dos 47 que responderam afirmaram nunca se terem dirigido ao SU pelos motivos listados. Quanto aos motivos de referenciação em específico, apenas 18 pessoas os assinalaram, enquanto para os motivos de necessidade apenas 10 pessoas escolheram 1 ou mais motivos. Dos motivos de referenciação o mais mencionado que os levou ao SU foi o facto de **“terem sido referenciados pelo MF”**, com uma percentagem de 27,7%. Já dos motivos de necessidade, o mais referido, com uma percentagem de 17,0%, foi o facto de **“pensarem que precisavam de uma radiografia”**.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1. MODELO EMPÍRICO

A análise empírica é realizada com base na revisão da literatura realizada neste trabalho, focando-se principalmente nas variáveis abordadas de maior interesse. Pretende-se então com este estudo verificar qual a probabilidade dos indivíduos recrutados para a experiência acertarem no grau de gravidade dos perfis clínicos. De acordo com a temática abordada, os estudos referidos na revisão da literatura determinam quais as variáveis que afetam a utilização dos SU de forma desnecessária, sendo a necessidade percebida de cuidados de saúde um dos grandes motivos que leva os utentes ao SU. Não sendo este um estudo de campo, onde se analisa diretamente o comportamento dos utentes, pretende-se nesta primeira instância verificar então qual a probabilidade dos sujeitos recrutados de acertarem no grau de gravidade dos perfis. De salientar que essa avaliação feita pelos utentes, quando não é bem realizada, acarreta problemas, quer seja uma sobrestimação quer seja uma subestimação relativamente ao nível de severidade. Concretamente, se a avaliação passar por uma sobrestimação do grau de gravidade, será mais provável que os utentes utilizem de forma inadequada os SU.

Parece assim razoável avaliar quais os fatores que mais afetam a má avaliação do grau de gravidade dos perfis clínicos, contrastando com as variáveis referidas na literatura que afetam um uso inadequado dos SU. Neste caso, será então utilizada como variável dependente uma variável binária que toma o valor 1 se o indivíduo acerta no grau de gravidade, a qual já foi descrita anteriormente, aquando da apresentação dos resultados dos perfis clínicos.

Para obter o pretendido, estimaram-se vários modelos *Probit* por máxima verosimilhança utilizando as variáveis categorizadas pelo modelo de Andersen, assim como outras relevantes. De salientar que foi utilizada a função *cluster* por indivíduo, permitindo dessa forma avaliar as características por indivíduo e ainda prevenir problemas de heteroscedasticidade. Apesar dos dados recolhidos apresentarem forma de painel, há que recordar que as características por indivíduo não se alteram ao longo dos 5 perfis clínicos, ou seja, cada indivíduo está a ser observado 5 vezes, sendo então esta uma das opções mais viáveis para análise dos dados. Se não fosse utilizada a opção *cluster* não seria tido em consideração o facto de cada indivíduo ser observado em média 5 vezes, e por conseguinte o facto de as observações não serem independentes para cada um dos indivíduos.

De forma a se perceber que fatores influenciam a probabilidade de acertar no grau de gravidade, o modelo em estudo terá a seguinte forma:

$$P(\text{acertar} = 1|\mathbf{x}) = \Phi(\beta_0 + \mathbf{x}\beta_K + \mathbf{Y}\beta_L + \mathbf{Z}\beta_M + \mathbf{W}\beta_N)$$

Onde, Φ é a função distribuição normal centrada e reduzida, *acertar* é a variável dependente gerada mediante se a pessoa acertou no perfil ou não; β_0 é a constante; β_K , β_L e β_M são os vetores de coeficientes associados às diferentes variáveis explicativas pertencentes ao modelo de Andersen; β_N é o vetor de coeficientes associado a outras variáveis relevantes; \mathbf{X} é o vetor das variáveis de predisposição; \mathbf{Y} é o vetor das variáveis que habilitam; \mathbf{Z} é o vetor das variáveis de necessidade e \mathbf{W} é o vetor das restantes variáveis.

7.2. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Dado o exposto na secção Modelo Empírico, foi utilizado o programa estatístico StataIC 13 para se proceder à estimação dos coeficientes das regressões apresentadas acima.

Os modelos estimados foram Modelos *Probit* multivariados, onde neste caso se determina a probabilidade de acertar no grau de gravidade dos perfis clínicos. Como já referido, foi utilizada a opção *cluster* por Indivíduo, sendo por isso apresentados os erros padrão robustos. De salientar que foram explorados inúmeros modelos, sendo que por vezes alguns não eram estimados de forma completa devido à reduzida amostra. Seria por isso interessante de futuro alargar a investigação e obter uma maior amostra. Será ainda importante referir que nos modelos seguintes as variáveis serão analisadas a um nível de significância de 1%, 5% e 10%. Por fim, foram calculados os efeitos médios marginais das variáveis explicativas para todos os modelos que estão presentes nas tabelas que serão apresentadas, tornando possível a interpretação de cada variável individualmente. Uma nota especial para o caso das interações, pois segundo Williams (2012, p. 329) não é possível através do Stata estimar de imediato o efeito marginal de uma interação. Contudo haverá formas de contornar esse problema, tentando perceber o efeito de determinadas variáveis através de outros comandos, como será apresentado nas tabelas seguintes.

Já foi referido anteriormente que o propósito deste estudo é tentar descobrir quais os motivos que levam os utentes a dirigirem-se ao SU sem precisarem. Contudo, se a avaliação do estado de saúde não for correta, mais concretamente se for sobrestimada, pode levar as pessoas a dirigirem-se a este serviço sem necessitarem. Seguindo este raciocínio, os próximos modelos serão interpretados como se o facto de errarem no grau de gravidade os levasse de forma errada a procurar o SU. Assim, será possível comparar os resultados obtidos com os fundamentos da revisão da literatura.

A Tabela 36 apresenta 3 modelos, onde se conjugaram diferentes variáveis. O **primeiro modelo** (Modelo 1) apresenta as variáveis enunciadas na secção do modelo de Anderson que foram recolhidas nesta experiência. Este modelo inclui as seguintes variáveis de **predisposição: demográficas** como o sexo, a idade e uma interação entre as duas variáveis como sugerido na literatura; de **estrutura social** como a escolaridade e os trabalhadores assalariados; de **crenças de saúde** como o conhecimento dos SU e **psicológicas/genéticas** como as

doenças crónicas. Quanto às variáveis que **habilitam** pela comunidade foram incluídas a distância ao Hospital público, o tempo de espera numa consulta nos CSP e nos SU. Ter ADSE representa as variáveis que **habilitam pelo próprio indivíduo**, não tendo sido possível incluir o rendimento. Por fim, foi incluído o número de visitas por ano ao MF para demonstrar a **necessidade de cuidados percecionada** pelos sujeitos. O **segundo modelo** (Modelo 2), para além das variáveis já mencionadas, inclui também o facto dos sujeitos já terem tido pelo menos um dos perfis clínicos. Quanto ao **terceiro modelo** (Modelo 3), foram ainda acrescentadas duas novas variáveis como é o caso de já ter recorrido ao SU por não conhecer outro serviço que pudesse ajudar e por confiar no SU. De salientar que neste modelo não está presente a interação da Idade com o sexo dado que os métodos de comparação BIC/AIC realizados para o *Probit* determinaram que esta regressão era mais significativa para explicar a probabilidade de acertar nos graus de gravidade dos perfis.

Tabela 36 – Probabilidade de acertar no grau de gravidade dos perfis (modelo Probit).

VARIÁVEIS	Modelo 1 acertar	Modelo 2 acertar	Modelo 3 acertar
Feminino	-0,2126*** (0,0709)	-0,2571*** (0,0590)	0,4073*** (0,0141)
Idade	-0,0046 (0,0045)	-0,0126*** (0,0044)	0,0063* (0,0038)
Feminino*idade	-	-	
Idade:			
Feminino=0	0,0224*** (0,0058)	0,0329*** (0,0079)	
Feminino=1	-0,0190** (0,0078)	-0,0339*** (0,0084)	
Feminino:			
Idade=20	0,5254*** (0,1623)	0,4757*** (0,0974)	
Idade=30	0,1899 (0,1452)	0,1028 (0,0983)	
Idade=40	-0,1873* (0,0978)	-0,3077*** (0,0834)	
Idade=50	-0,5233*** (0,0661)	-0,6401*** (0,0474)	

Notas: Efeitos marginais; Erros padrão robustos entre parêntesis; *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

Tabela 36 – Probabilidade de acertar no grau de gravidade dos perfis (modelo Probit) (continuação).

VARIÁVEIS	Modelo 1 acertar	Modelo 2 acertar	Modelo 3 acertar
Escolaridade 2º nível	0,1024 (0,2956)	-0,0172 (0,1450)	-0,0659 (0,0677)
Escolaridade 3º nível	0,0342 (0,2318)	-0,1880** (0,0996)	0,1659** (0,0665)
Escolaridade 4º nível	-0,0761 (0,2564)	-0,4315 *** (0,1209)	0,5267*** (0,0378)
Trabalhador assalariado	0,0468 (0,0758)	0,3699*** (0,0842)	-0,4784*** (0,0272)
Conhece os SU	-0,4706*** (0,0609)	-0,5339 *** (0,0335)	0,4667*** (0,0140)
Doença crónica	-0,1551 (0,1068)	-0,2462** (0,1013)	-0,2001* (0,1149)
Tempo até ao hospital público (min)	0,0041 (0,0059)	0,0187*** (0,0070)	0,0134*** (0,0052)
Tempo espera CSP (min)	-0,0055*** (0,0019)	-0,0064** (0,0028)	0,0019 (0,0030)
Tempo espera SU (min)	0,0002 (0,0005)	0,0007 (0,0005)	-0,0007 (0,0006)
Tem ADSE	0,2690* (0,1555)	0,3749 *** (0,1144)	0,2951*** (0,0993)
Visitas por ano ao MF	0,0469* (0,0275)	0,1288*** (0,0359)	-0,1300*** (0,0375)
Teve perfis		0,2223*** (0,0715)	-0,3388*** (0,0694)
Motivo ida SU: não conhecia outro serviço que pudesse ajudar			-0,4767*** (0,0172)
Motivo ida SU: Confiança no SU			-0,1764** (0,0733)
Pseudo R²	0,1468	0,1713	0,1905
AIC	160,5663	153,2300	148,4046
BIC	201,7403	196,4377	193,5219
Observações	115	110	105

Notas: Efeitos marginais; Erros padrão robustos entre parêntesis;*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

Seria importante comparar os modelos para se perceber qual poderia explicar melhor a variável dependente, contudo há que destacar que os modelos são diferentes em vários parâmetros. Por um lado, o número de observações é diferente de modelo para modelo, e por outro, pelo facto de se lidar com regressões *Probit*, não existe um R^2 que diga quanto da variável dependente é explicada pelos regressores do modelo. Há contudo um pseudo R^2 , mas que é preciso ter muito cuidado com a sua interpretação. O mais apropriado neste caso será comparar o BIC (*Bayesian information criterion*) e o AIC (*Akaike information criterion*) e regra geral, quanto menor o valor melhor o modelo: se $BIC_1 - BIC_2 > 0$, o segundo modelo é preferido (o mesmo para AIC) (Williams, 2015).

Sendo possível a comparação dos diferentes modelos através do BIC/AIC/Pseudo R^2 , verifica-se que o 3º é aparentemente o melhor modelo, de acordo com todos os métodos de comparação. A seguir a este o que aparenta ser o melhor modelo explicativo é o modelo 2. Assim, a inclusão de outras variáveis ao longo dos modelos parece melhorar a explicação da probabilidade de acertar nos graus de gravidade dos perfis. Contudo, todos os modelos se apresentam globalmente estatisticamente significativos, de acordo com o teste habitual da razão de verosimilhanças (*Likelihood ratio test*).

Em relação às variáveis que parecem afetar a probabilidade de acertar no grau de gravidade, há algumas que mantêm o seu impacto, quer negativo quer positivo, ao longo dos 3 modelos, ou pelo menos em 2. A idade parece ter um impacto positivo, assim como o facto de ser mulher (para os 3 modelos), contudo a interação (modelos 1 e 2) entre estas duas parece afetar negativamente a probabilidade de acertar, sinais estes verificados através do modelo *Probit*. Dado o problema das interações aquando da aplicação do comando *margins*, calculou-se o efeito da idade quer para uma amostra feminina, quer para uma amostra masculina, sendo claro o impacto positivo para os homens e negativo para as mulheres. Por outro lado, decompondo em diferentes idades, verifica-se que o facto de ser mulher parece afetar positivamente a probabilidade de acertar para uma pessoa com 20 anos, mas aparenta ter um efeito negativo para aqueles com 40 ou 50 anos. O facto de conhecer os SU parece ter um efeito negativo nos 2 primeiros modelos mas positivo no 3º, verificando-se o oposto com as visitas por ano ao MF. Já o facto de ter ADSE parece ter um impacto positivo em todos os modelos.

Na tentativa de continuar a investigar que outros fatores poderiam afetar a variável de interesse, outros modelos foram explorados. Assim, na Tabela 37 estão presentes outros

modelos que exploram quais as variáveis que melhor explicarão a probabilidade de acertar no grau de gravidade dos perfis clínicos. O modelo 4 é o mesmo que o modelo 2 mas com a integração da variável satisfação de poder utilizar equipamento médico nos CSP. O modelo 5 é por assim dizer uma mistura entre os modelos 3 e 4, tendo sido apenas possível incluir um dos motivos de ida ao SU. Quanto ao modelo 6, este é um pouco diferente. Nos restantes modelos foi admitido que a ordenada na origem para todos os perfis seria a mesma, para além do efeito. Assim, o modelo 6 adiciona a variável “Perfis”, de forma a admitir que a probabilidade média de acertar é diferente entre os perfis, apesar dos efeitos continuarem a ser os mesmos em todos os perfis. Contudo, apenas foi possível adicionar essa variável ao modelo 2.

Tabela 37 – Probabilidade de acertar no grau de gravidade dos perfis (modelo Probit).

VARIÁVEIS	Modelo 4 acertar	Modelo 5 acertar	Modelo 6 acertar
Feminino	-0,0709*** (0,0248)	-0,0475*** (0,0172)	-0,2592*** (0,0578)
Idade	-0,0169*** (0,0034)	-0,0411*** (0,0086)	-0,0129*** (0,0046)
Feminino*idade	-	-	-
Idade:			
Feminino=0	0,0661*** (0,0170)	0,1066*** (0,0224)	0,0326*** (0,0083)
Feminino=1	-0,0654*** (0,0146)	-0,1273*** (0,0254)	-0,0341*** (0,0090)
Feminino:			
Idade=20	0,6866*** (0,0498)	0,7624*** (0,0187)	0,4619*** (0,0942)
Idade=30	0,2322*** (0,0421)	0,3213*** (0,0376)	0,0938 (0,0935)
Idade=40	-0,1589*** (0,0389)	-0,0359 (0,0235)	-0,3078*** (0,0707)
Idade=50	-0,6515*** (0,0449)	-0,5627*** (0,0671)	-0,6366*** (0,0445)
Escolaridade nível 2			-0,0093 (0,1471)

Notas: Efeitos marginais; Erros padrão robustos entre parêntesis; *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

Tabela 37 – Probabilidade de acertar no grau de gravidade dos perfis (modelo Probit) (continuação).

VARIÁVEIS	Modelo 4 acertar	Modelo 5 acertar	Modelo 6 acertar
Escolaridade nível 3	-0,1404*** (0,0316)	-0,1148*** (0,0158)	-0,1780* (0,1029)
Escolaridade nível 4	-0,5339*** (0,0342)	-0,5494*** (0,0169)	-0,4152*** (0,1232)
Trabalhador assalariado	0,2358** (0,1162)	-0,0873 (0,2220)	0,3778*** (0,0851)
Conhece os SU	-0,5565*** (0,0225)	-0,5705*** (0,0170)	-0,5339*** (0,0326)
Doença crónica	-0,3608*** (0,1219)	-0,2613** (0,1296)	-0,2691*** (0,0981)
Tempo até ao hospital público (min)	0,0340*** (0,0107)	0,0440*** (0,0091)	0,0196** (0,0080)
Tempo espera CSP (min)	-0,0120** (0,0050)	-0,0176*** (0,0044)	-0,0064** (0,0029)
Tempo espera SU (min)	0,0012 (0,0010)	0,0024*** (0,0009)	0,0007 (0,0004)
Tem ADSE	0,5101*** (0,0215)	0,5558*** (0,0195)	0,3652*** (0,1062)
Visitas por ano ao MF	0,1271* (0,0684)	0,0286 (0,0657)	0,1324*** (0,0396)
Teve perfis	0,1643 (0,1079)	-0,0846 (0,1742)	0,2387*** (0,0803)
Perfil 2			-0,1350 (0,1187)
Perfil 3			-0,5412*** (0,1120)
Perfil 4			-0,1731 (0,1180)
Perfil 5			-0,1851 (0,1406)
Motivo ida SU: Confiança no SU		0,3158*** (0,0877)	
Satisfação possibilidade de usar equipamento médico nos CSP	0,3385*** (0,0742)	0,3665*** (0,0168)	
Pseudo R²	0,1819	0,1928	0,3278
AIC	137,7911	138,3922	138,3289
BIC	178,6531	181,8081	192,3385
Observações	95	95	110

Notas: Efeitos marginais; Erros padrão robustos entre parêntesis;*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

Fonte: Dados das experiências. Elaboração própria.

Comparando agora estes modelos, o que aparenta ser melhor pelo BIC/AIC é o modelo 4, contudo, porque se pretende contemplar a probabilidade de acertar ser específica aos perfis retemos para comparação o modelo 6. Todos os modelos se apresentam estatisticamente significativos a um nível de significância de 1%.

Será de seguida feita uma análise pormenorizada dos modelos 4 e 6, iniciando com o modelo 4.

No que concerne aos fatores de **predisposição demográficos**, verifica-se que a variável “feminino” e “idade” apresentam um sinal positivo e a interação das duas um sinal negativo, segundo a regressão *Probit*. No entanto, tal como explicado essa interação é impossível de interpretar quando é aplicado o comando *margins*. É no entanto possível verificar qual o impacto da idade perante o sexo do indivíduo na amostra e o impacto do sexo mediante uma idade específica da amostra. Assim, verifica-se que em média, um ano adicional na idade dos homens (sendo a amostra considerada masculina) aparenta ter uma influência positiva de 6,61 pontos percentuais na probabilidade de acertar, *ceteris paribus*. No caso de uma amostra de mulheres, essa influência é de -6,54 pontos percentuais, *ceteris paribus*. Por outro lado, verifica-se que em média, uma mulher tem menos probabilidade de acertar do que um homem, para idades de 40 e 50 anos mas com impacto positivo para idades de 20 e 30 anos, *ceteris paribus*. Verifica-se assim que os resultados vão de certa forma ao encontro do que refere a literatura. Os artigos mencionam que a idade tem um efeito inverso nas idas aos SU de forma desnecessária, o que parece ser verdade para os homens na probabilidade de acertar no grau de gravidade. Aqui a idade parece afetar de forma positiva no caso dos homens, provavelmente devido à maior experiência, o que levará a uma menor utilização dos SU de forma desnecessária.

Por outro lado, é referido que não há consenso relativamente ao impacto do sexo dos indivíduos, e aqui é encontrada evidência de que as mulheres terão maior ou menor probabilidade de acertar no grau de gravidade consoante a idade em questão, o que fornece evidência para essa falta de consenso na literatura.

Seguindo para os fatores de **predisposição de estrutura social**, a escolaridade parece ter um impacto negativo na probabilidade de acertar; por exemplo, estima-se que a diferença na probabilidade de acertar nos perfis entre aqueles com ensino superior e aqueles com o 1º ciclo (no máximo) seja de -53,39 pontos percentuais, *ceteris paribus*. Neste caso, parece que os resultados não se coadunam com a literatura, que refere que os menos instruídos

são os que mais frequentam o SU de forma desnecessária. Poderá haver assim algum efeito que a educação está a captar tornando o sinal negativo. Por outro lado, pelo facto das pessoas recrutadas não estarem relacionadas, na maior parte dos casos, com cursos de ciências ou mesmo de saúde, poderá não ajudar na distinção do grau de gravidade dos perfis, dado que estas pessoas não têm conhecimentos científicos na área da saúde. Contudo, estima-se que, em média, um trabalhador assalariado tenha uma maior probabilidade de acertar nos perfis de 23,58 pontos percentuais, comparativamente a quem não o é, *ceteris paribus*. Esta influência é estatisticamente significativa a um nível de 5%, quando na literatura não havia evidência de que a situação perante o trabalho afetasse as idas ao SU.

Relativamente às **crenças de saúde**, estima-se que, em média, a diferença na probabilidade de acertar nos perfis entre aqueles que conhecem os SU e aqueles que não conhecem seja de -55,65 pontos percentuais, *ceteris paribus*. Esta situação poderá verificar-se pelo facto de todas as pessoas que recorrem ao SU serem atendidas e tratadas mediante as necessidades, não havendo distinções entre aqueles que vão por questões mais urgentes e aqueles que vão por situações menos urgentes, à exceção do tempo de espera.

No caso dos **fatores genéticos e características psicológicas**, que também foram adicionadas, existe evidência estatística, a um nível de 5%, de que as doenças crónicas afetam negativamente a probabilidade de acertar no grau de gravidade. Assim, estima-se que, em média, uma pessoa com doença crónica tenha uma menor probabilidade de acertar nos perfis de 36,08 pontos percentuais, comparativamente a quem não tem, *ceteris paribus*. Este fenómeno poderá ser explicado pelo facto da pessoa estar sempre a sofrer com uma doença permanente, tendo em mente que outra condição nova de saúde poderá degradar ainda mais o seu estado, levando a pessoa a pensar que certos perfis são mais graves do que realmente são.

Passando para os fatores que **habilitam** pela **comunidade**, o tempo que demoram a chegar ao hospital público parece afetar positivamente a probabilidade de acertar no grau de gravidade, a um nível de 1%. Estima-se assim que, em média, um minuto adicional no tempo que se demora até ao hospital proporciona um aumento na probabilidade de acertar nos perfis de cerca de 3,40 pontos percentuais, *ceteris paribus*. Este resultado vai de encontro a anteriores reportados na literatura, onde se afirmava que quem vive mais longe tem menos probabilidade de ir ao SU de forma desnecessária. Contudo, quando questionados se a distância ao hospital condicionava as suas visitas ao SU, nenhuma inquirido afirmou isso acontecer. Por outro lado, o

tempo de espera nos CSP parece afetar negativamente a probabilidade de acertar nos perfis, sendo que, em média, um minuto adicional no tempo de espera nos CSP leva a uma diminuição na probabilidade de acertar nos perfis de -1,20 pontos percentuais, *ceteris paribus*. Poderá dessa forma ser benéfico reestruturar o horário programado para as consultas dos CSP, de forma a que os utentes esperem menos no dia da sua consulta. Nos fatores que **habilitam pela própria pessoa**, estima-se que, em média, a diferença na probabilidade de acertar nos perfis entre aqueles que têm ADSE e aqueles que não têm seja de 51,01 pontos percentuais, *ceteris paribus*. Poderá assim ser benéfico ter ADSE por permitir aos utentes terem acesso a outros cuidados de saúde e dessa forma estarem mais informados.

No que diz respeito aos fatores de **necessidade de cuidados**, a variável adicionada parece explicar a probabilidade de acertar nos perfis clínicos. Estima-se que, em média, uma visita adicional ao médico de família proporciona um aumento na probabilidade de acertar no grau de gravidade nos perfis em de cerca de 12,71 pontos percentuais, *ceteris paribus*. Assim, quem é mais acompanhado pelo seu médico de família, estará à partida mais informado acerca do seu estado de saúde e obterá mais informação acerca de diversos estados de saúde, o que ajudará os utentes a distinguirem mais facilmente situações urgentes de não urgentes.

Por fim, verifica-se ainda um efeito positivo da variável satisfação relativa à utilização de equipamento médico nos CSP. Dessa forma, estima-se que, em média, uma pessoa satisfeita em utilizar os equipamentos nos CSP tenha uma maior probabilidade de acertar nos perfis de 33,85 pontos percentuais, comparativamente a quem não está satisfeito, *ceteris paribus*. Este resultado vai de encontro à revisão da literatura, dado que quem tem facilidade de utilizar diversos equipamentos médicos não terá necessidade de se dirigir ao SU.

Passando agora para o **modelo 6**, se comparado como modelo 4, verifica-se que regra geral as variáveis que afetam a probabilidade de acertar nos perfis clínicos são as mesmas, com os mesmos sinais, à exceção da satisfação de utilizar o equipamento médico nos CSP. A única diferença será a magnitude dos efeitos. Contudo, para não se tornar repetitivo não serão enunciados esses efeitos, podendo ser consultados na tabela anterior. Convém no entanto salientar as novas variáveis que têm impacto neste modelo. O facto da pessoa ter tido pelo menos um dos perfis afeta agora positivamente a probabilidade de acertar no grau de gravidade dos perfis, a um nível de 1%. Estima-se que, em média, a diferença na probabilidade de acertar nos perfis entre aqueles que já tiveram pelo menos um perfil e aqueles que não tiveram seja de

23,87 pontos percentuais, *ceteris paribus*. Desta forma, o conhecimento dos inquiridos perante os perfis apresentados parece ser um fator positivo para os sujeitos determinarem o grau de gravidade. Por fim, a introdução da variável perfis parece ter a sua significância estatística. O que se verifica é que a probabilidade média de acertar no perfil 3 (infecção urinária) é 54,12 pontos percentuais inferior à probabilidade média de acertar no perfil 1 (diarreia), algo que se tinha verificado já na análise do impacto das variáveis.

Apesar da reduzida amostra utilizada neste estudo, podem destacar-se algumas conclusões pertinentes, que apesar de não poderem ser generalizadas à população, podem perfeitamente ser um ponto de partida para futuras investigações. Sendo este um teste piloto demonstra a sua importância para os decisores políticos se debruçarem mais sobre as visitas aos SU de forma desnecessária, tendo como ponto de partida a má percepção do estado de saúde dos utentes. Tendo em consideração este último modelo analisado (modelo 6), parece que há vários fatores que afetam a probabilidade de acertar no grau de gravidade dos perfis e consequentemente podem afetar uma ida ao SU desnecessária. Apesar de ser necessário aplicar este estudo a uma amostra maior, salienta-se desde já um impacto da idade, do sexo, da escolaridade, do estatuto perante o trabalho, de conhecer os SU, de ter uma doença crónica, da distância até ao hospital, do tempo de espera nos CSP e das visitas ao MD, do subsistema de saúde e do conhecimento de diversas condições de saúde. Neste leque de fatores, tal como Andersen referia, há fatores mutáveis, ou seja, fatores que as autoridades têm a capacidade de influenciar. Desta forma, estando provada a utilização ineficiente dos SU e os altos custos em sustentar essa utilização, é de interesse público realizar as mudanças necessárias para que essa ineficiência desapareça e os recursos sejam alocados de forma a que beneficie toda a população.

8. CONCLUSÕES

Ao longo deste trabalho foi caracterizada a procura de cuidados de urgência através de uma revisão de literatura e através de um estudo empírico centrado na população de Braga. Um excesso de procura de cuidados de urgência, se associado a uma procura inapropriada, representa uma ineficiência para os sistemas nacionais de saúde por via de aumento injustificado dos seus custos. Por outro lado, afeta também a qualidade dos serviços prestados aos utentes que procuram esses serviços com condições de saúde que requerem atendimento urgente, caso exista já congestionamento nos serviços de urgência. Adicionalmente, a escassez de meios disponíveis requer o racionamento dos cuidados de saúde e consequentemente uma priorização no atendimento. Compreender e identificar os fatores determinantes da procura inapropriada dos serviços de urgência é desta forma fundamental.

Em Portugal, em particular, existe forte evidência de acesso excessivo aos SU, em particular dos hospitais. Verifica-se que, em muitas situações, os utentes que se dirigem ao SU hospitalar não apresentam verdadeiros casos de urgência/emergência médica, devendo por isso optar por outro serviço de saúde. O mais indicado seria estes utentes dirigirem-se aos CSP para consultarem o seu MF, consultarem a linha de saúde 24, entre outras. Contudo, se os utentes a quem seria atribuída a pulseira azul ou verde, de acordo com a triagem de Manchester adotada em Portugal, provocam congestionamento nos SU hospitalar, o atendimento das verdadeiras urgências, aqueles utentes a quem é atribuída uma pulseira vermelha, laranja ou amarela, fica comprometido. Por outro lado os custos de atendimento aumentam com o uso dos SU por parte dos utentes com pulseiras azuis e verdes.

A literatura existente sugere vários motivos que podem justificar essa procura inapropriada. O presente trabalho propôs-se testar uma das hipóteses levantadas pela literatura. Segundo a literatura, uma das principais causas de utilização abusiva dos SU é uma má avaliação do estado de saúde por parte dos utentes, isto é, uma perceção incorreta do real estado de gravidade (Bianco *et al.*, 2003; Rajpar *et al.*, 2000). Neste trabalho, aplicando a metodologia de economia experimental, eliciou-se o grau de gravidade associado a cinco perfis de saúde. Os perfis de saúde consistem num conjunto de sintomas que configuram 5 condições de saúde típicas, e foram elaborados por um médico especialista do SU. A realização da experiência decorreu em Braga e contou com a participação de 55 sujeitos. Adicionalmente, os sujeitos foram questionados sobre qual o serviço de saúde que utilizariam se sentissem aquele

conjunto de sintomas. Finalmente, foi testado se, após serem informados sobre o verdadeiro grau de urgência de cada perfil, os sujeitos mudariam a sua escolha de serviço de saúde. A finalizar a sessão experimental, foi pedido aos sujeitos o preenchimento de um questionário.

Numa primeira análise dos resultados, confirma-se uma percepção exagerada do grau de gravidade dos perfis apresentados, em especial no caso do perfil da infecção urinária. Este perfil apresentava um grau de gravidade 4 (pouco urgente) e foi avaliado pela maioria dos participantes com grau 3 (urgente), grau 2 (muito urgente) e ainda grau 1 (emergente). Por outro lado, os serviços de saúde escolhidos para os perfis relativamente aos quais não se justificava uma ida aos SU, foram uma deslocação à farmácia, ao CS, ou ligar para a linha saúde 24, o que está correto. Contudo, no perfil 3, a opção mais escolhida foi a ida ao SU, o que confirma a sobrestimação do grau de gravidade. Assim, como já foi descrito, verifica-se de facto uma sobreavaliação do estado de gravidade de diferentes perfis clínicos, sendo uns mais marcados do que outros. Nesses casos havia uma preferência clara pela utilização dos serviços de saúde urgentes. Quando confrontados com a realidade, verifica-se que 50% dos que escolhiam inapropriadamente estes serviços alteravam as suas escolhas. Desta forma, uma maior literacia acerca da saúde será bem-vinda para colmatar alguns problemas de percepção da população. Contudo, esta solução não será suficiente, pois ainda resta alterar as atitudes de 50% da amostra relativamente ao serviço de saúde que escolheriam em determinadas condições de saúde (não urgentes). Neste sentido, parece benéfico estudar outros motivos do acesso inapropriado aos SU, como é o caso do funcionamento dos CSP. Poderá ser necessário melhorar as condições de acesso aos CSP, ou até mesmo acelerar o processo de reencaminhamento de diversas situações clínicas para um especialista. Há desta forma ainda outras vertentes necessárias de serem exploradas e verificar qual o seu impacto para reduzir ainda mais o problema já citado.

No que diz respeito à análise estatística dos resultados, foram realizadas regressões *probit* de forma a identificar e compreender quais os fatores que afetam a probabilidade de acertar no grau de gravidade dos perfis em conjunto. Dentro da limitação temporal para a realização do presente trabalho, a análise estatística aqui reportada é ainda preliminar, deixando-se para trabalho futuro uma análise mais completa. No entanto, de entre os resultados preliminares encontrados, verifica-se que a idade tem um efeito positivo na variável dependente no caso dos homens, mas tem um efeito negativo no caso das mulheres. Assim, a idade pode

funcionar como uma forma de experiência para os homens, mas não para as mulheres. As restantes variáveis com um efeito positivo são a distância ao hospital, o facto de terem ADSE, o número de visitas por ano ao MF e ainda se estão satisfeitos com a utilização de equipamento médico nos CSP. A se verificarem estes efeitos numa amostra maior, ou mesmo noutro contexto, será de interesse verificar como podem ser tomadas medidas pelos governantes, pois certos fatores são mutáveis, como refere Andersen (1995). Neste caso, seria importante ponderar o alargamento da ADSE, confrontando os custos com os ganhos, assim como motivar os utentes a visitarem mais o seu MF. No caso destes não se sentirem à vontade com o seu médico, informar os utentes da possibilidade de mudarem de MF, de forma a melhorar esta relação médico-paciente. Quanto às variáveis com impacto negativo surgem a escolaridade, o facto de conhecerem os SU, se têm doença crónica e ainda o tempo de espera por consulta nos CSP. O facto de a escolaridade afetar de forma negativa parece um pouco contra intuitivo, mas pode estar relacionado com as características próprias da amostra em particular, já que no estudo não se recrutaram pessoas relacionadas com a área da saúde, ou com colinearidade ainda não explorada entre esta e outras variáveis incluídas no modelo. Quanto ao conhecimento dos SU afetarem a variável dependente de forma negativa demonstra a relação e a confiança que os utentes depositam neste serviço. Quanto às pessoas que sofrem de uma doença crónica, será importante verificar o acompanhamento que recebem nos restantes serviços de saúde, e se este não for suficiente devem ser tomadas medidas que acompanhem de forma regular estes pacientes para que não sintam necessidade de se dirigirem ao SU por um problema de saúde que não é urgente/emergente. Quanto ao tempo de espera nos CSP, a afetar a perceção do grau de gravidade e dessa forma as visitas inapropriadas ao SU, será importante analisar de que forma esse pode ser diminuído.

Um outro modelo de interesse surge com a introdução da variável *Perfil*, parecendo explicar melhor como varia a probabilidade de se acertar nos graus de gravidade mediante o Perfil em questão. Os resultados mostram que muitas variáveis mantêm a influência que tiveram nos modelos anteriores. Destaca-se, neste modelo, o facto de os sujeitos já terem tido pelo menos um dos perfis clínicos, parecendo agora ter um efeito positivo na probabilidade de acertar nos perfis. Assim, se o conhecimento desses perfis facilita a perceção do grau de gravidade, e dessa forma os utentes não se dirigem de forma desnecessária ao SU, será importante investir na informação que chega à população relativamente a determinadas condições de saúde. Neste

caso, será importante intervir naquelas situações mais recorrentes ao SU e que na realidade não são urgentes/emergentes. De realçar que o efeito do Perfil 3 (infecção urinária) é estatisticamente significativo, demonstrando que a probabilidade de acertar neste é relativamente inferior à de acertar no Perfil 1 (diarreia). Mais uma vez se verifica a importância da análise e informação de determinadas situações clínicas, como é o caso deste perfil, onde a maioria dos sujeitos sobrestimou o grau de gravidade em questão.

Mesmo que estes resultados se assemelhem a estudos já efetuados, comparações com os mais recentes resultados de pesquisa internacionais obtidos tanto em países europeus como de fora da Europa devem ser interpretados com cautela, uma vez que vários fatores podem influenciar de forma diferente a prevalência de consultas não urgentes, até porque este é um estudo completamente diferente daqueles expostos ao longo do trabalho. A comparação com resultados em Portugal não é possível uma vez que este é um estudo pioneiro, tendo sido implementada pela primeira vez a economia experimental para estudar comportamentos de saúde em Portugal.

Apesar de esta ser uma metodologia dispendiosa em termos financeiros e de tempo, a aplicação da economia experimental permite eliciar preferências de uma forma controlada. Por esta razão, constitui uma forma de recolha de valiosa informação para a formulação de políticas na área da saúde.

Poderão contudo ser levantadas algumas questões ou limitações relativamente ao estudo realizado. Uma delas, tal como já foi abordada, é o facto de a experiência ter sido implementada numa zona urbana, recolhendo assim uma amostra muito específica da população. Dessa forma, uma possível réplica do estudo deve ter este fator em conta, para que as condições se mantenham. Contudo, uma vez que o estudo se enquadra numa área urbana servida por um único hospital público, a amostra recolhida é informativa. Outro ponto poderá ainda ser apontado relativamente às questões elaboradas para as experiências, nomeadamente a questão sobre qual o serviço de saúde que escolheriam em cada perfil. O facto de se ter optado por uma questão fechada foi para simplificar a codificação da mesma, tendo sido possível ao inquirido selecionar ainda outro serviço de saúde com a opção “outra”. Para além disso, poderá surgir a dúvida se a escolha do serviço de saúde deveria ser feita mediante uma hora em específico do dia. Isto porque durante a noite não haverá mais nenhum serviço de saúde aberto para além dos SU, e das farmácias de serviço. Contudo, a marcação de uma

consulta nos CSP não é sempre imediata, não basta aparecer durante o dia ao CS e pedir uma consulta com o MF. Como se verificou com as respostas nos inquéritos, há um período de espera para uma consulta, sendo que 50% dos inquiridos esperam 15 dias ou mais para obterem essa consulta. Dessa forma, verifica-se que referir o período do dia em que o perfil clínico acontece, e mediante essa hora ter que escolher qual o serviço, não parece ter impacto nessa escolha.

Por outro lado, estamos cientes de que este estudo apenas se debruça sobre uma dimensão do mau uso dos SU. Outras razões, tal como foi explicado na revisão da literatura, podem potenciar este uso desmedido, como por exemplo a experiência que os utentes têm relativamente aos CSP. Segundo Pereira *et al.* (2001), o problema não se encontra realmente no mau uso das urgências hospitalares, mas sim nos severos problemas de acesso aos CSP. E, de certa forma, os CSP também afetam a probabilidade de acertar no grau de gravidade, tal como se analisou. Será então importante perceber melhor esta realidade para ser possível, se necessário, melhorar esta vertente dos cuidados de saúde, proporcionando uma melhor ligação com os SU, tal como já referido na literatura. Como se verificou anteriormente, o inquérito fornecido aos sujeitos que participaram na experiência, continha questões relevantes que poderão ser utilizadas mais à frente numa extensão desta investigação. Assim, essas questões premeditavam a existência de outros fatores importantes a serem investigados no acesso ao SU. No entanto, devido ao curto período de tempo para implementação da experiência e análise dos resultados não foi possível abordar as restantes vertentes.

Para garantir uma maior confiança nos resultados obtidos, de futuro seria interessante alargar este projeto-piloto ao resto do País, estando cientes que os resultados encontrados num centro urbano podem ser diferentes de outro centro urbano, dadas as características de grupo inerentes a cada comunidade. O alargamento do estudo a áreas com características diferentes permitiria melhorar o conhecimento do tipo de acesso aos SU em Portugal, se é um acesso potencial, equitativo ou desigual (Andersen, 1995), tornando possível analisar e corrigir as variáveis mutáveis de forma a que afetassem a utilização do serviço de forma racional. Outro ponto de interesse para futuras investigações será perceber qual o impacto da divulgação dos tempos de espera nos SU, dado que essa informação está agora disponível online (ver: <http://tempos.min-saude.pt/#/instituicoes>).

Como nota final, é importante salientar que foram seguidos com rigor todos os procedimentos para garantir que a experiência nos revelasse de forma fiável as atitudes dos sujeitos, esperando assim que o mesmo sirva como guia para futuras investigações e até mesmo como base para possíveis mudanças do próprio sistema de saúde.

Os resultados deste estudo reforçam a importância do esforço aplicado na produção de informação fornecida ao paciente para que esta chegue ao máximo de pessoas, para que estas tenham conhecimento dos serviços que o SNS lhes proporciona, podendo dessa forma tomar decisões conscientes na hora de escolher um serviço de saúde. Só assim será possível manter e melhorar um sistema público de cuidados de saúde. Torna-se cada vez mais premente divulgar os serviços de atendimento telefónico que para além de ajudarem de imediato os utentes quanto às suas dúvidas, funcionam como triagem para situações urgentes, evitando assim que situações não urgentes se dirijam ao SU. Como foi verificado pela análise de dados, apesar de uma pequena percentagem utilizar este serviço, os que o utilizam demonstraram estar satisfeitos com o mesmo. Para além disso, caso seja necessário, poderão ser implementadas outras medidas sugeridas na literatura. Uma delas poderá passar por implementar uma via paralela de acesso aos SU para os casos de saúde não urgentes. Manter um médico de medicina geral e familiar para esses atendimentos poderá ser uma solução na contenção de custos dos SU. Verifica-se também que as necessidades de saúde das populações têm-se tornado cada vez mais exigentes, e nesse sentido é preciso acompanhar essa evolução, proporcionando à população os meios imprescindíveis à satisfação das suas necessidades. Para cumprir esse desafio surge a integração dos diversos serviços de saúde, como são exemplo disso os CSP e os SU. Na realidade, esta integração é já um assunto bastante debatido, sendo por isso já referido que é uma questão essencial ao bom funcionamento integrado dos serviços de saúde (CRRNEU, 2012; Ministério da Saúde, 2015c).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (s. d.). *Modelos organizacionais das USF*. Acedido a 16 de novembro, em: <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPrestSa%C3%BAde/CSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/USF/modelosorganizacionais/tabid/771/language/pt-PT/Default.aspx>
- ACSS. (2014). *Taxas Moderadoras - Atualização de dados a 1 de agosto de 2014*. Acedido a 16 de novembro, em: <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublica%C3%A7%C3%B5es/TabelaselImpressos/TaxasModeradoras/TaxasModeradorasAtualiza%C3%A7%C3%A3odedados/tabid/664/language/pt-PT/Default.aspx>
- ACSS. (2015a). *Monitorização do sistema nacional de saúde*. Acedido a 23 de dezembro de 2015, em: <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/monitormensal/groupprodracioseficiencia/prodracioseficiencia2014/prodracioseficiencia2014urgencia.aspx>
- ACSS. (2015b). *Publicação Periódica sobre o Número de Utentes Inscritos nos Cuidados de Saúde Primários. 16 de Fevereiro de 2015*. Acedido a 18 de novembro, em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Utentes-Inscritos-CSP_20150216_1955.pdf
- ACSS. (2015c). *Publicação Periódica sobre o Número de Utentes Inscritos nos Cuidados de Saúde Primários. Julho de 2015*. Acedido a 18 de novembro, em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Rel_CSP_Julho_21082015.pdf
- ADSE. (2015). *Quem é a ADSE?*. Acedido a 19 de novembro de 2015, em: <https://www.adse.pt/page.aspx?idcat=4>
- Afilalo, J., Marinovich, A., Afilalo, M., Colacone, A., Léger, R., Unger, B., & Giguère, C. (2004). Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Academic Emergency Medicine*, 11(12), 1302-1310. doi: 10.1197/j.aem.2004.08.032
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior*, 1-10.

- APS. (2012). *Panorama do mercado segurador 11/12*. Lisboa: APS. Acedido a 15 de novembro de 2015, em:
https://www.apseguradores.pt/CMS_BO/ResourceLink.aspx?ResourceId=1850
- APS. (2013). *Panorama do mercado segurador 12/13*. Lisboa: APS. Acedido a 15 de novembro de 2015, em:
https://www.apseguradores.pt/CMS_BO/ResourceLink.aspx?ResourceId=2091
- APS. (2015). *Panorama do mercado segurador 14/15*. Lisboa: APS. Acedido a 15 de novembro de 2015, em: <https://www.apseguradores.pt/Site/SiteMarket.aspx?FolderId=888>
- Baganha, M. I., Ribeiro, J., & Pires, S. (2002). O sector da Saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. *Policopiado, oficina do CES*(182).
- Baker, D. W., Stevens, C. D., & Brook, R. H. (1995). Determinants of Emergency Department Use by Ambulatory Patients at an Urban Public Hospital. *Annals of Emergency Medicine*, 25(3), 311-316. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0196-0644\(95\)70285-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0196-0644(95)70285-7)
- Barros, P. P. (2009). *Economia da saúde: conceitos e comportamentos* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Barros, P. P. (2013a). *Impacto das taxas moderadoras na utilização de serviços de saúde*. Nova School of Business and Economics. Lisboa. Acedido a 5 de novembro de 2015, em:
<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/impacto-taxas-moderadoras-v3.pdf>
- Barros, P. P. (2013b). *Pela Sua Saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Barros, P. P., Lourenço, A., Moura, A., Correia, F., Silvério, F., Gomes, J. P., Sousa, J., Matias, M., Cipriano, R. (2015). *Políticas Públicas em Saúde: 2011–2014. Avaliação do Impacto*. Nova Healthcare Initiative – Research / Universidade Nova de Lisboa. Acedido a 19 de novembro, em:
http://www.unl.pt/data/noticias/2015/estudo_impacto_saude/politicas_publicas_em_saude.pdf
- Barros, P., Machado, S., & Simões, J. (2011). Portugal Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(4), 1-156.
- Bianco, A., Pileggi, C., & Angelillo, I. F. (2003). Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public health*, 117(4), 250-255.

- Bittencourt, R. J., & Hortale, V. A. (2009). Interventions to solve overcrowding in hospital emergency services: a systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(7), 1439-1454.
- Botelho, A., & Pinto, L. C. (2004). Students' expectations of the economic returns to college education: results of a controlled experiment. *Economics of Education Review*, 23(6), 645-653.
- Brandts, J. (2009). La economía experimental y la economía del comportamiento. Em J. C. Garcia-Bermejo, *Sobre la economía y sus métodos* (Vol. 30, pp. 125-142). Madrid: Trotta.
- Campos, L. (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência*. Lisboa: DGS. Acedido a 24 de novembro de 2015, em: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_4_Cuidados_de_Emerg%C3%Aancia_e_Urg%C3%Aancia.pdf
- Carret, M. L. V., Fassa, A. G., & Kawachi, I. (2007). Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research*, 7(1), 131.
- Carrondo, C. (2015). Triagem nas urgências: o sistema de Manchester. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 15, 12-15.
- Carvalho, J. A. M. d. (2014). *Satisfação e cidadania organizacional no novo modelo de organização dos cuidados de saúde primários*. Dissertação de mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Cassar, A., & Friedman, D. (2004). *Economics lab: an intensive course in experimental economics*. Routledge.
- Coleman, E. A., Eilertsen, T. B., Kramer, A. M., Magid, D. J., Beck, A., & Conner, D. (2000). Reducing emergency visits in older adults with chronic illness. A randomized, controlled trial of group visits. *Effective clinical practice: ECP*, 4(2), 49-57.
- Coleman, P., Irons, R., & Nicholl, J. (2001). Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emergency Medicine Journal*, 18(6), 482-487.

- Correia, I., Veiga, P., Norwood, P., & Watson, V. (2014). What do patients want from primary care services?. *Final Report*. Comissioned by INSA-Ministry of Health.
- Croson, R., & Gächter, S. (2010). The science of experimental economics. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 73(1), 122-131.
- CRRNEU. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. Relatório CRRNEU*. Ministério da Saúde. Portugal. Acedido a 23 de junho de 2015, em: <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf>
- da Costa, J. T., Araújo, A., Madeira, J., Capela, J., Gandra, M. L., Quintas, M., Silva, A. O., Vitor, B., Guerra, D., & Lencastre, L. (2001). Serviço de Urgência e Serviço de Atendimento Permanente - Definição e requisitos mínimos. *Norte Médico* 2001, 7, 36-38.
- da Silva, A. M. (2009). *Triagem de prioridades / Triagem de Manchester*. Dissertação de Mestrado em Medicina de Catástrofe, ICBAS, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Dale, J., Lang, H., Roberts, J. A., Green, J., & Glucksman, E. (1996). Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: a comparison between general practitioners, senior house officers, and registrars. *BMJ*, 312(7042), 1340-1344.
- de Campos, A. C. (2007). SAP perverteram cuidados primários. *Jornal de Notícias*. Acedido a 4 de dezembro de 2015, em: http://www.jn.pt/PaginalInicial/Interior.aspx?content_id=695726&page=-1
- DECO. (2014). Serviços de urgência: hospitais absorvem faltas de centros de saúde. *Proteste*. Acedido a 11 de outubro de 2015, em: <http://www.deco.proteste.pt/saude/hospitais-servicos-saude/noticia/servicos-de-urgencia-hospitais-absorvem-faltas-de-centros-de-saude>
- Derlet, R. W., & Richards, J. R. (2000). Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Annals of emergency medicine*, 35(1), 63-68.
- Diogo, C. (2004). *The reform of the NHS in Portugal*. Working Paper. Department of Management Studies, University of York, York.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Os cidadãos no centro do Sistema. Os Profissionais no centro da mudança. *Relatório final do grupo técnico para a Reforma Hospitalar*. Lisboa.

- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 24 de novembro de 2015, em: <http://pns.dgs.pt>.
- Durand, A.-C., Gentile, S., Devictor, B., Palazzolo, S., Vignally, P., Gerbeaux, P., & Sambuc, R. (2011). ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *The American journal of emergency medicine*, 29(3), 333-345.
- Dwyer, D. S., & Liu, H. (2013). The impact of consumer health information on the demand for health services. *The Quarterly Review of Economics and Finance*, 53(1), 1-11.
- ERS. (2009a). *Avaliação do modelo de contratação de prestadores de cuidados de saúde pelos Subsistemas e Seguros de Saúde*. Porto: APS.
- ERS. (2009b). *Estudo de Acesso aos cuidados de saúde primários do SNS*. Porto: APS.
- Escrivá i Beltran, M. (2013). *Una aproximación experimental al estudio del rendimiento académico, la innovación y el valor de los bienes culturales*. Tesis doctoral, Facultat d'Economia, Departament d'Economia Aplicada, Universitat de València, Valencia.
- Fisher, S. R. A., Genetiker, S., Fisher, R. A., Genetician, S., & Généticien, S. (1960). *The design of experiments* (Vol. 12). Oliver and Boyd Edinburgh.
- Friedman, D., & Sunder, S. (1994). *Experimental methods: A primer for economists*. Cambridge University Press.
- Gomes, C. (2008). *Contacto com o enfermeiro da triagem do serviço de urgência: satisfação do utente*. Monografia, Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima, Portugal.
- Gomes, M. (2013). *O perfil do utilizador abusivo dos Serviços de Urgência Portugueses: um estudo no Hospital de São João*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico do Porto, Porto, Portugal.
- Guttman, N., Zimmerman, D. R., & Nelson, M. S. (2003). The many faces of access: reasons for medically nonurgent emergency department visits. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 28(6), 1089-1120
- Góis, A. (2015). Urgências do Amadora-Sintra chegaram a receber mais de 800 doentes por dia. *Rádio Renascença*. Acedido a 10 de outubro de 2015, em: http://rr.sapo.pt/informacao_detalhe.aspx?fid=31&did=175047

- Harrison, G. W., & List, J. A. (2004). Field experiments. *Journal of Economic literature*, 1009-1055.
- Hespanhol, A., Ribeiro, O., & Pereira, A. (2005). Preferências e motivações dos utentes do Centro de Saúde de São João no recurso a cuidados de saúde (2004 e comparação com 2002 e 2003). *Revista de saúde Pública*, 23(2), 99-104.
- Howard, M. S., Davis, B. A., Anderson, C., Cherry, D., Koller, P., & Shelton, D. (2005). Patients' perspective on choosing the emergency department for nonurgent medical care: a qualitative study exploring one reason for overcrowding. *Journal of Emergency Nursing*, 31(5), 429-435
- INE. (2015). *Destaque. Dia Mundial da Saúde - 7 de Abril. 2002-2013*. Lisboa: INE. Acedido a 18 novembro de 2015, em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_bo ui=226393315&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Jornal de Negócios. (2015). Portugueses são os que mais recorrem às urgências em 21 países. *Jornal de Negócios online*. Acedido a 21 de dezembro de 2015, em: http://www.jornaldenegocios.pt/economia/saude/detalhe/portugueses_sao_os_que_mais_recorrem_as_urgencias_em_21_paises.html
- Leal, A., Ferreira, J. P., & Carvalho, R. (2015). Repóter TVI na íntegra: caos nas urgências mesmo depois da gripe. *TVI24*. Acedido a 7 de outubro de 2015, em: <http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/reportagem/reporter-tvi-na-integra-caos-nas-urgencias-mesmo-depois-da-gripe>
- Lega, F., & Mengoni, A. (2008). Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. *Health Policy*, 88(2), 326-338.
- Levitt, S. D., & List, J. A. (2009). Field experiments in economics: the past, the present, and the future. *European Economic Review*, 53(1), 1-18.
- List, J. A., & Levitt, S. D. (2006). What do laboratory experiments tell us about the real world. *NBER Working Paper*.

- Lopes, H., Castro, J., Silva, N., & Ribeiro, V. (2014). Dinâmicas populacionais e as desigualdades de acesso em saúde em Portugal Continental. Em *XIV Colóquio Ibérico de Geografia*.
- Lowe, R. A., & Bindman, A. B. (1997). Judging who needs emergency department care: a prerequisite for policy-making. *The American journal of emergency medicine*, *15*(2), 133-136.
- Lusk, J. L., Pruitt, J. R., & Norwood, B. (2006). External validity of a framed field experiment. *Economics letters*, *93*(2), 285-290.
- Martins, S. (2014). *Desigualdades no acesso aos serviços de saúde: o caso dos cuidados primários*. Dissertação de mestrado em Economia Social, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Mason, S., Mountain, G., Turner, J., Arain, M., & Weber, E. J. (2014). Innovations to reduce demand and crowding in emergency care; a review study. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, *22*(1), 55.
- Ministério da Saúde. (2015a) *História do Serviço Nacional de Saúde*. Acedido a 19 Maio 2015, em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>
- Ministério da Saúde. (2015b). *Portal da Saúde. Prestadores*. Acedido a 19 de dezembro de 2015, em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=78436>
- Ministério da Saúde. (2015c). *Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas 2014*. Lisboa. Acedido a 19 de novembro de 2015, em: http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/novidades/Documents/2015%2007%2020-RA_Acesso_2014-VFinal.pdf
- Miro, O., Antonio, M. T., Jimenez, S., De Dios, A., Sanchez, M., Borrás, A., & Milla, J. (1999). Decreased health care quality associated with emergency department overcrowding. *European Journal of Emergency Medicine*, *6*(2), 105-107.

- Morgans, A., & Burgess, S. J. (2011). What is a health emergency? The difference in definition and understanding between patients and health professionals. *Australian Health Review*, 35(3), 284-289.
- Munro, J., Nicholl, J., O'Cathain, A., & Knowles, E. (2000). Impact of NHS Direct on demand for immediate care: observational study. *Bmj*, 321(7254), 150-153.
- Murphy, A. W. (1998). 'Inappropriate' attenders at accident and emergency departments I: definition, incidence and reasons for attendance. *Family Practice*, 15(1), 23-32.
- Northington, W. E., Brice, J. H., & Zou, B. (2005). Use of an emergency department by nonurgent patients. *The American journal of emergency medicine*, 23(2), 131-137
- Novo, L. (2011). *A Procura de Cuidados de Saúde no Distrito de Viana do Castelo*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde, Faculdade de Economia Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Nunes, R. (2011). *Caracterização da utilização da urgência pediátrica num hospital da área metropolitana de Lisboa*. Dissertação de Mestrado em Gestão da Saúde, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- OECD. (2001). *Health at a Glance 2001*. Paris: OECD Publishing.
DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2001-en
- OECD. (2003). *Health at a Glance 2003: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2003-en
- OECD. (2015). *Health at a Glance 2015: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing.
DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
- Pasarín, M. I., Fernández de Sanmamed, M. J., Calafell, J., Borrell, C., Rodríguez, D., Campasol, S., Torné, E., Tornas, M. G., Guanga, A., & Plasència, A. (2006). Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios: La población opina. *Gaceta Sanitaria*, 20(2), 91-99.
- Pereira, S., e Silva, A. O., Quintas, M., Almeida, J., Marujo, C., Pizarro, M., Angélico, V., Fonseca, L., Loureiro, E., Barroso, S., Machado, A., Soares, M., da Costa, A. B., & de Freitas, A. F. (2001). Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Annals of emergency medicine*, 37(6), 580-586.

- Plott, C. R. (1982). Industrial organization theory and experimental economics. *Journal of Economic Literature*, 1485-1527.
- Rajpar, S. F., Smith, M. A., & Cooke, M. W. (2000). Study of choice between accident and emergency departments and general practice centres for out of hours primary care problems. *Journal of accident & emergency medicine*, 17(1), 18-21.
- Ramos, A. R., & Silva, C. (2009). Evolução do seguro de saúde em Portugal. *Fórum : revista semestral do Instituto de Seguros de Portugal*, 27, 32-43.
- Razzak, J. A., & Kellermann, A. L. (2002). Emergency medical care in developing countries: is it worthwhile? *Bulletin of the World Health Organization*, 80(11), 900-905.
- Remoaldo, P. C. A. (1995). Aspectos sociodemográficos e nosológicos da população do serviço de urgência do hospital distrital de Guimarães (um estudo de geografia humana). *Cadernos do Noroeste*, 8(2), 201-214.
- Santos, A. P., Freitas, P., & Martins, H. M. G. (2014). Manchester triage system version II and resource utilisation in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 31(2), 148-152.
- Santos, P. (2015). Caos nas urgências hospitalares tem responsáveis - o Governo e a política de direita. *Setúbal na Rede*. Acedido a 4 de dezembro de 2015, em: <http://setubalnarede.pt/opiniao/caos-nas-urgencias-hospitalares-tem-responsaveis-o-governo-e-a-politica-de-direita/>
- Sarver, J. H., Cydulka, R. K., & Baker, D. W. (2002). Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Academic Emergency Medicine*, 9(9), 916-923.
- Sempere-Selva, T., Peiró, S., Sendra-Pina, P., Martínez-Espín, C., & López-Aguilera, I. (2001). Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons – an approach with explicit criteria. *Annals of Emergency Medicine*, 37(6), 568-579
- Shesser, R., Kirsch, T., Smith, J., & Hirsch, R. (1991). An analysis of emergency department use by patients with minor illness. *Annals of emergency medicine*, 20(7), 743-748.
- Sic Notícias. (2015a). Portugueses são os europeus que mais recorem às urgências. *Sic Notícias*. Acedido a 22 de dezembro de 2015, em:

<http://sicnoticias.sapo.pt/pais/2015-11-30-Portugueses-sao-os-europeus-que-mais-recorrem-as-urgencias>

- Sic Noticias. (2015b). *Recurso às urgências na OCDE. Portugueses são os que vão mais às urgências [Programa de televisão]*.
- Silva, A. (2009a). *A qualidade do serviço de urgência: percepções dos utentes e dos prestadores*. Dissertação de Mestrado em Gestão Pública, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Silva, S. (2009b). O sistema de saúde Português. Em APS. *Os seguros de saúde privados no contexto do sistema de saúde Português* (pp. 6-15). APS.
- Smith, V. L. (1976). Experimental economics: Induced value theory. *The American Economic Review*, 274-279.
- Turner, J., O'Cathain, A., Knowles, E., & Nicholl, J. (2013). Impact of the urgent care telephone service NHS 111 pilot sites: a controlled before and after study. *BMJ open*, 3(11), e003451.
- Uscher-Pines, L., Pines, J., Kellermann, A., Gillen, E., & Mehrotra, A. (2013). Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. *The American journal of managed care*, 19(1), 47-59.
- Veitch, C., Crossland, L., & Hays, R. (1999). Consumers' after hours health care decisions. Comparison between those who did and those who did not seek care in an Australian provincial city. *Australian family physician*, 28(10), 1078-1083.
- Winkler, R. L. (1967). The quantification of judgment: Some methodological suggestions. *Journal of the American Statistical Association*, 62(320), 1105-1120.
- Wolinsky, F. D., Liu, L., Miller, T. R., Hyonggin, A., Geweke, J. F., Kaskie, B., Wright, K. B., Chrischilles, E. A., Pavlik, C. E., Cook, E. A., Ohsfeldt, R. L., Richardson, K. K., Rosenthal, G., & Wallace, R. B. (2008). Emergency department utilization patterns among older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 63(2), 204-209.
- WHO. (1978). Declaration of Alma-Ata. *International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, 6-12.

WHO. (2014). *Basic documents*. World health Organisation. Acedido a 3 de março de 2016, em: <http://apps.who.int/gb/bd/>

Williams, R. (2012). Using the margins command to estimate and interpret adjusted predictions and marginal effects. *Stata Journal*, 12(2), 308.

Williams, R. (2015). *Scalar Measures of Fit: Pseudo R2 and Information Measures (AIC & BIC)*. Acedido a 29 de fevereiro de 2016, em: <https://www3.nd.edu/~rwilliam/stats3/L05.pdf>

Legislação

Circular Normativa n.º1/2015, de 15 de janeiro de 2015. Atualização do valor de taxas moderadoras de acordo com índice de inflação. *Nº 1/2015/DPS/ACSS*, em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circular.pdf>

Decreto de Aprovação da Constituição, de 10 de Abril. Constituição da República Portuguesa. *Diário da República n.º86/1976, Série I de 1976-04-10*. Acedido em: http://www.cne.pt/sites/default/files/dl/crp_1976.pdf

Decreto-Lei n.º 41825/58, de 13 de Agosto. *Diário do Governo n.º 177/1958, Série I de 1958-08-13*. Presidência do Conselho.

Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro. *Diário do Governo n.º 228/1971, Série I de 1971-09-27*. Ministério da Saúde e Assistência.

Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de Junho. *Diário da República n.º 147/1982, Série I de 1982-06-29*. Ministério dos Assuntos Sociais.

Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de Agosto. *Diário da República n.º 177/1982, Série I de 1982-08-03*. Ministérios das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa.

Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de Abril. *Diário da República n.º 86/1992, Série I-A de 1992-04-11*. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro. *Diário da República n.º 12/1993, Série I-A de 1993-01-15*. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 286/99, de 27 de Julho. *Diário da República n.º 173/1999, Série I-A de 1999-07-27*. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro. *Diário da República n.º 219/1999, Série I-A de 1999-09-18*. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio. *Diário da República n.º 108/1999, Série I-A de 1999-05-10*. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio. *Diário da República n.º 108/1999, Série I-A de 1999-05-10*. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho. *Diário da República n.º 109/2006, Série I-A de 2006-06-06*. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto. *Diário da República n.º 161/2007, Série I de 2007-08-22*. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro. *Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22*. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro. *Diário da República n.º 229/2011, Série I de 2011-11-29*. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de junho. *Diário da República n.º 119/2012, Série I de 2012-06-21*. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 253/2012, de 27 de novembro. *Diário da República n.º 229/2012, Série I de 2012-11-27*. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 110/2014, de 10 de julho. *Diário da República n.º 131/2014, Série I de 2014-07-10*. Ministério da Saúde.

Decreto-lei n.º 117/2014, de 5 de agosto. *Diário da República n.º 149/2014, Série I de 2014-08-05*. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 61/2015, de 22 de abril. *Diário da República n.º 78/2015, Série I de 2015-04-22*. Ministério da Saúde.

Despacho n.º 17736/2006, de 31 de Agosto. *Diário da República n.º 168/2006, Série II de 2006-08-31*. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro.

Despacho n.º 18459/2006, de 12 de Setembro. *Diário da República n.º 176/2006, Série II de 2006-09-12*. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro.

Despacho n.º 727/2007, de 15 de Janeiro. *Diário da República n.º 10/2007, Série II de 2007-01-15*. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro.

Despacho n.º 5414/2008, de 28 de Janeiro. *Diário da República n.º 42/2008, Série II de 2008-01-28*. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro.

Despacho n.º 13377/2011, de 6 de Outubro. *Diário da República n.º 192/2011, Série II de 2011-10-06*. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. *Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11*. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

Despacho n.º 13427/2015, de 20 de novembro. *Diário da República n.º 228/2015, Série II de 2015-11-20*. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro.

Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro. *Diário da República n.º 22/2015, Série II de 2015-02-02*. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de Abril. *Diário da República n.º 93/1983, Série I de 1983-04-22*. Ministério dos Assuntos Sociais - Secretaria de Estado da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado.

Despacho Normativo n.º 10/98, de 5 de Fevereiro. *Diário da República n.º 30/1998, Série I-B de 1998-02-05*. Ministério da Saúde.

Despacho Normativo n.º 11/2002, de 6 de Março. *Diário da República n.º 55/2002, Série I-B de 2002-06-06*. Ministério da Saúde.

Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro. *Diário da República n.º 34/2006, Série I-B de 2006-02-16*. Ministério da Saúde.

Despacho Normativo n.º 10/2007, de 26 de Janeiro. *Diário da República n.º 19/2007, Série II de 2007-01-26*. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro.

Lei Constitucional n.º1/89, de 8 de Julho. Segunda Revisão da Constituição. *Diário da República n.º155/1989, Série I de 1989-07-08.* Acedido em: http://www.cne.pt/sites/default/files/dl/crp_1989.pdf

Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro. Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República n.º 214/1990, Série I de 1979-09-15.*

Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. Lei de Bases da Saúde. *Diário da República n.º 195/1990, Série I de 1990-08-24.*

Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro. Orçamento do Estado para 2013. *Diário da República n.º 252/2013, Série I de 2012-12-31.*

Lei n.º 51/2013, de 24 de julho. Procede à primeira alteração à Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro. *Diário da República n.º 141/2013, Série I de 2013-07-24.*

Portaria n.º 338/92, de 11 de Abril. *Diário da República n.º 86/1992, Série I-B de 1992-04-11.* Ministério da Saúde.

Portaria n.º 985/2003, de 13 de Setembro. *Diário da República n.º 212/2003, Série I-B de 2003-12-13.* Ministério da Saúde.

Portaria n.º 103/2004, de 23 de Janeiro. *Diário da República n.º 19/2004, Série I-B de 2004-01-23.* Ministério da Saúde.

Portaria n.º 219/2006, de 7 de Março. *Diário da República n.º 47/2006, Série I-B de 2006-03-07.* Ministério da Saúde.

Portaria n.º 395-A/2007, de 30 de Março. *Diário da República n.º 64/2007, Série I de 2007-03-30.* Ministério da Saúde.

Portaria n.º 1637/2007, de 31 de Dezembro. *Diário da República n.º 251/2007, Série I de 2007-12-31.* Ministério da Saúde.

Portaria n.º 34/2009, de 15 de Janeiro. *Diário da República n.º 10/2009, Série I de 2009-01-15.* Ministério da Saúde.

Portaria n.º 1320/2010, de 28 de Dezembro. *Diário da República n.º 250/2010, Série I de 2010-12-28.* Ministério da Saúde.

Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de Dezembro. *Diário da República n.º 242/2011, Série I de 2011-12-20*. Ministério das Finanças e da Saúde.

Portaria n.º 408/2015 de 25 de novembro. *Diário da República n.º 231/2015, Série I de 2015-11-25*. Ministério das Finanças e da Saúde.

ANEXO 1

Apresentação do estudo

A aluna Tânia Fernandes, inscrita no mestrado em Economia da Universidade do Minho, sob orientação das Professoras Doutoradas Lúgia Pinto e Anabela Botelho, está a desenvolver a sua tese no âmbito dos cuidados de saúde. O propósito desta tese é perceber como o sistema nacional de saúde funciona, e quais as atitudes dos utentes mediante os serviços disponíveis, nomeadamente nos cuidados de saúde não programados ou urgentes. Só assim será possível no futuro encontrar um equilíbrio e melhorar a qualidade dos mesmos.

Para tornar possível a realização deste estudo precisamos de voluntários para participar numa sessão que tomará no máximo uma hora e trinta minutos. Nessa sessão, aos participantes será pedido que tomem algumas decisões e preencham um questionário. Pela participação de cada membro, a instituição receberá 5 euros. Cada participante poderá ganhar até 10 euros dependendo das suas decisões. Toda a informação recolhida será tratada de forma confidencial, nunca expondo a identidade dos voluntários.

Sem nada mais acrescentar, os responsáveis por este estudo agradecem que as pessoas interessadas se inscrevam na folha de registos disponibilizada no final. A sessão irá decorrer durante o mês de Novembro. O vosso contacto telefónico será usado apenas para marcação e confirmação da sessão. Obrigada pela atenção.

Folha de registos Igreja _____

Data e hora da realização da experiência: _____

1.

Nome: _____

Idade: _____

Género: Masculino Feminino

Profissão: _____

Contacto telefónico: _____

2.

Nome: _____

Idade: _____

Género: Masculino Feminino

Profissão: _____

Contacto telefónico: _____

3.

Nome: _____

Idade: _____

Género: Masculino Feminino

Profissão: _____

Contacto telefónico: _____

4.

Nome: _____

Idade: _____

Género: Masculino Feminino

Profissão: _____

Contacto telefónico: _____

5.

Nome: _____

Idade: _____

Género: Masculino Feminino

Profissão: _____

Contacto telefónico: _____

6.

Nome: _____

Idade: _____

Género: Masculino Feminino

Profissão: _____

Contacto telefónico: _____

7.

Nome: _____

Idade: _____

Género: Masculino Feminino

Profissão: _____

Contacto telefónico: _____

8.

Nome: _____

Idade: _____

Género: Masculino Feminino

Profissão: _____

Contacto telefónico: _____

9.

Nome: _____

Idade: _____

Género: Masculino Feminino

Profissão: _____

Contacto telefónico: _____

10.

Nome: _____

Idade: _____

Género: Masculino Feminino

Profissão: _____

Contacto telefónico: _____

ANEXO 2

Desenho experimental

Material:

- a. Projetor
- b. Portátil
- c. Formulários de consentimentos informados,
- d. Instruções,
- e. Cartão tabela de ganhos, cartão níveis de gravidade e cartão perfis
- f. Canetas,
- g. Folhas de respostas,
- h. Agrafador,
- i. Inquéritos,
- j. Folhas para cálculos de ganhos – computador
- k. Recibos para sujeitos e instituições
- l. Dinheiro

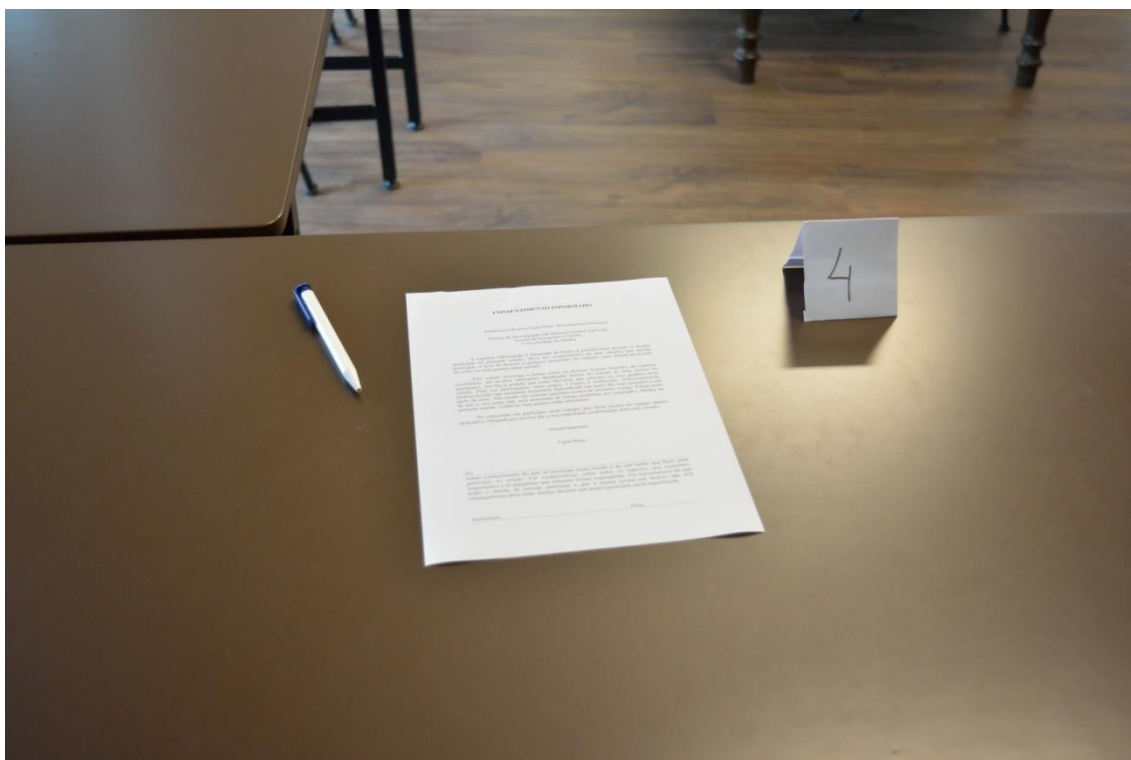
Procedimentos – ordem cronológica

1. Preparar o local onde se realizará a experiência colocando o material necessário, garantindo que as mesas estão separadas pela distância suficiente para que os sujeitos não comuniquem e seja de fácil acesso para os investigadores.
 - a. Material inicial a colocar nas mesas: **Consentimento informado, canetas**
 - b. Montar o projetor
2. Aquando da chegada dos indivíduos ao local explicar o que é o formulário de consentimento informado e pedir para os sujeitos preencherem.
3. Recolher os formulários de consentimentos e verificar se estão devidamente assinados
4. Entregar o seguinte material:
 - a. **Introdução, Parte 1, Cartão tabela de ganhos**

5. Proceder com a experiência.
6. Para iniciar com as instruções:
 - a. Porta-voz: “Peguem por favor na folha que têm em cima da mesa intitulada Introdução”
7. Ler as instruções da experiência: **Introdução** e **PARTE 1**
8. Ler as perguntas dos ganhos monetários e mostrar as soluções, uma a uma.
9. Entregar o seguinte material:
 - a. **Folha de respostas – parte 1, Cartão níveis de gravidade**
10. Avançar para a **Tarefa 1**, projetar ao mesmo tempo como têm que fazer e esperar que a realizem.
11. Entregar a **PARTE 2** e adicionar as **Folhas de Respostas-Parte 2**
 - a. Porta-voz: “Peguem por favor na folha que têm em cima da mesa intitulada PARTE 2”
 - b. Projetar ao mesmo tempo o que têm que fazer.
12. Quando todos terminarem, entregar a **PARTE 3** e adicionar as Folhas de respostas – **Parte 3**
 - a. Porta-voz: “Peguem por favor na folha que têm em cima da mesa intitulada PARTE 3”
 - b. Projetar ao mesmo tempo o que têm que fazer.
13. Projetar as soluções dos graus de gravidade
14. Avançar e projetar o que têm que fazer nas **Tarefas 4 e 5**
15. Esperar que acabem e recolher as folhas de cada sujeito. VERIFICAR QUE RESPONDERAM A TUDO
16. Entregar:
 - a. **Folhas dos questionários e Cartão dos perfis**
17. Calcular os ganhos por indivíduo
18. Recolher os questionários. VERIFICAR SE RESPONDERAM A TUDO
19. Efetuar os pagamentos e pedir para assinarem o recibo.

ANEXO 3

Fotos da preparação do local



ANEXO 4

CONSENTIMENTO INFORMADO

Professora Doutora Lúgia Pinto, Investigadora Principal

Núcleo de Investigação em Microeconomia Aplicada

Escola de Economia e Gestão

Universidade do Minho

A seguinte informação é fornecida de forma a permiti-lo(a) decidir se deseja participar no presente estudo. Deve ter conhecimento de que, mesmo que decida participar, é livre de desistir a qualquer momento. No entanto, caso desista prescinde de todos os seus ganhos neste estudo.

Este estudo investiga a forma como as pessoas tomam decisões de carácter económico. Irá receber instruções detalhadas acerca do estudo de hoje dentro de momentos. Ser-lhe-á pedido que tome decisões que afectam os seus ganhos neste estudo. Pela sua participação serão pagos 5 Euros à instituição. Adicionalmente, poderá receber um montante monetário dependendo em parte das suas decisões e em parte da sorte. Não hesite em colocar questões acerca do presente estudo. Esteja certo de que o seu nome não será associado de forma nenhuma aos resultados obtidos no presente estudo. Todas as suas acções serão anónimas.

Se concordar em participar neste estudo, por favor assine no espaço abaixo indicado e obrigada por aceitar dar a sua importante contribuição para este estudo.

Atenciosamente,

Lúgia Pinto

Eu, _____, tomei conhecimento do que se investiga neste estudo e do que tenho que fazer para participar no estudo. Fui esclarecido(a) sobre todos os aspectos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado(a) de que tenho o direito de recusar participar e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim. Assim, declaro que aceito participar nesta experiência.

Assinatura _____ Data _____

ANEXO 5

Introdução

A sessão de hoje visa conhecer como as pessoas se relacionam com os serviços de saúde em geral e com os cuidados de saúde não programados ou urgentes, em particular.

Pela sua participação a organização a que pertence irá receber 5 euros e dependendo das suas decisões e respostas cada um de vós poderá receber até 10 euros. O valor será pago no final da sessão individualmente a cada participante.

A sessão está dividida em várias partes. Para cada parte serão dadas algumas instruções.

Todas as folhas de resposta estão identificadas com um número que serve apenas para facilitar a recolha e organização do material. A sua participação é voluntária, podendo abandonar a sala a qualquer momento; contudo se isso acontecer não será pago qualquer montante a si ou à organização. Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais.

Vamos então dar início à 1ª parte da sessão.

Por favor preste atenção às instruções que serão lidas de seguida e que pode acompanhar lendo as instruções que se encontram na sua mesa com a designação PARTE 1.

ANEXO 6

PARTE 1

Os serviços de saúde não programados ou urgentes, para definirem a ordem de atendimento dos seus utentes, classificam a necessidade de cuidados de saúde em cinco níveis de gravidade ou urgência em função dos sintomas (ou das queixas) dos utentes, a que por vezes se fazem corresponder cores. Assim, um utente que esteja com uma condição de saúde muito grave é dado o grau de gravidade 1, que corresponde à cor vermelha e é designado por Emergente; Com sintomas ligeiramente menos graves mas ainda graves, é atribuído nível 2, representado com a cor Laranja e designado de Muito Urgente; descendo na escala da gravidade, o nível 3, cor amarela, é atribuído a situações consideradas urgentes. A utentes com sintomas menos graves, designados de Pouco urgentes é atribuído o nível 4, ou a cor verde. Finalmente o nível 5 é atribuído a utentes com sintomas não urgentes, correspondendo-lhe a cor azul. Em resumo:

Nível 1: Vermelho, designado de Emergente, significa uma condição de saúde muito grave

Nível 2: Laranja, designado de Muito Urgente, corresponde a uma situação muito grave também, mas menos do que a situação vermelha de nível 1.

Nível 3: Amarelo, designado de Urgente, corresponde a uma situação menos grave que a de nível 2.

Nível 4: Verde, designado de Pouco Urgente, corresponde a uma situação de saúde ainda menos grave.

Nível 5: Azul, designado de Não Urgente, corresponde a uma situação de saúde não grave.

De seguida vamos apresentar 5 conjuntos de sintomas/queixas a que chamamos de perfis. O que lhe vamos pedir é que classifique cada um dos perfis quanto à sua gravidade usando a escala dos 5 níveis que lhe explicamos anteriormente, em que 1 corresponde ao maior grau de gravidade/urgência e 5 corresponde ao menor. No final de avaliar e classificar o grau de gravidade/urgência de cada perfil vamos revelar-lhe o verdadeiro grau. Se a sua classificação coincidir com a classificação verdadeira, ganhará 2 euros, se errar por uma unidade receberá 1,5 euros, se errar por duas unidades receberá 1 euro, se errar por três unidades receberá 50 cêntimos e se errar por 4 unidades não receberá nada. Assim, se a sua classificação não coincidir com a verdadeira os seus ganhos serão tão menores quanto mais a sua resposta se afastar da classificação correta, de acordo com a seguinte tabela.

		O verdadeiro grau de urgência				
		1	2	3	4	5
A sua resposta	1	2	1,5	1	0,5	0
	2	1,5	2	1,5	1	0,5
	3	1	1,5	2	1,5	1
	4	0,5	1	1,5	2	1,5
	5	0	0,5	1	1,5	2

(Valores em euros)

Lembre-se que por cada classificação de perfil que acertar será remunerado de acordo com esse acerto. Quanto mais se distanciar do grau de urgência verdadeiro menos ganhará, tal como apresentado na tabela de ganhos anterior. Por exemplo, se considerar que o grau de urgência de um determinado perfil é 3 e quando confrontado com a realidade se este for mesmo 3, então terá a pontuação máxima e ganhará 2€ por essa resposta. Por exemplo, se assinalar que o grau de urgência é 3 e na realidade for 1 apenas ganhará por essa resposta 1 euro. Assim, por cada valor que se distanciar da realidade receberá menos 50 cêntimos. Lembre-se que o grau de urgência é apenas um por perfil.

Uma vez que terá que responder a 5 perfis, poderá ganhar no máximo 10€. Apenas saberá o verdadeiro grau de urgência e o valor monetário que vai receber pelas suas decisões no final da parte 3, e o montante ganho por si ser-lhe-á entregue no final da sessão de hoje.

Tenha em atenção que os graus de urgência poderão repetir-se ou não. Note que é do seu interesse assinalar o grau de gravidade que acredita ser o correto, pois se pensar que o grau de urgência é um valor mas referir outro, e o que pensava era o correto, então pela sua escolha irá receber menos do que se nos revelasse o seu verdadeiro pensamento.

Para assegurarmos que compreendeu como se calculam os ganhos monetários por favor responda às seguintes questões circundando a opção que pensa ser correta. Para o auxiliar na sua resposta use o cartão com a tabela de ganhos que lhe entregamos.

Quando todos terminarem faremos a revelação das respostas corretas.

1. Imagine que o verdadeiro grau de urgência do perfil é de 5, ou seja, não urgente, e respondeu 4, ou seja, pouco urgente. Qual seria o seu ganho com essa escolha?

- 2
- 1,5
- 1
- 0,5
- 0

- 2. Imagine que o verdadeiro grau de urgência do perfil é de 2, ou seja, muito urgente, e respondeu 5, ou seja, não urgente. Qual seria o seu ganho com essa escolha?**
- a. 2
 - b. 1,5
 - c. 1
 - d. 0,5
 - e. 0
- 3. Imagine que o verdadeiro grau de urgência do perfil é de 2, ou seja, muito urgente, e respondeu 1, ou seja, emergente. Qual seria o seu ganho com essa escolha?**
- a. 2
 - b. 1,5
 - c. 1
 - d. 0,5
 - e. 0
- 4. Imagine que o verdadeiro grau de urgência do perfil é de 4, ou seja, pouco urgente, e respondeu 4. Qual seria o seu ganho com essa escolha?**
- a. 2
 - b. 1,5
 - c. 1
 - d. 0,5
 - e. 0
- 5. Imagine que o verdadeiro grau de urgência do perfil é de 5, ou seja, não urgente, e respondeu 1, ou seja, emergente. Qual seria o seu ganho com essa escolha?**
- a. 2
 - b. 1,5
 - c. 1
 - d. 0,5
 - e. 0

Procederemos agora à projeção das respostas para as questões apresentadas.

Alguma questão?

Se não existir nenhuma questão podemos dar início às suas decisões. Na sua mesa encontra uma folha com o título **Folha de respostas – Parte 1**. Por favor, assinale o grau de urgência que corresponde a cada um dos perfis e indique na sua folha de respostas, na segunda coluna (**Tarefa 1 – grau de urgência**), que grau de urgência corresponde, na sua opinião, a cada perfil. Para se auxiliar utilize o cartão níveis de gravidade.

Quando todos tiverem terminado prosseguiremos.

ANEXO 7**Cartão tabela de ganhos**

		O verdadeiro grau de urgência				
		1	2	3	4	5
A sua resposta	1	2	1,5	1	0,5	0
	2	1,5	2	1,5	1	0,5
	3	1	1,5	2	1,5	1
	4	0,5	1	1,5	2	1,5
	5	0	0,5	1	1,5	2

(Valores em euros)

ANEXO 8

1. Imagine que o verdadeiro grau de urgência do perfil é de 5, ou seja, não urgente, e respondeu 4, ou seja, pouco urgente. Qual seria o seu ganho com essa escolha?

- a. 2
b. 1,5
c. 1
d. 0,5
e. 0

O verdadeiro grau de urgência

	1	2	1,5	1	0,5	0
1						
2	1,5	2	1,5	1	0,5	
3	1	1,5	2	1,5	1	
4	0,5	1	1,5	2	1,5	1
5	0	0,5	1	1,5	2	1,5

(Valores em euros)

2. Imagine que o verdadeiro grau de urgência do perfil é de 2, ou seja, muito urgente, e respondeu 5, ou seja, não urgente. Qual seria o seu ganho com essa escolha?

- a. 2
b. 1,5
c. 1
d. 0,5
e. 0

O verdadeiro grau de urgência

	1	2	1,5	1	0,5	0
1						
2	1,5	2	1,5	1	0,5	
3	1	1,5	2	1,5	1	
4	0,5	1	1,5	2	1,5	1
5	0	0,5	1	1,5	2	1,5

(Valores em euros)

3. Imagine que o verdadeiro grau de urgência do perfil é de 2, ou seja, muito urgente, e respondeu 1, ou seja, emergente. Qual seria o seu ganho com essa escolha?

- a. 2
b. 1,5
c. 1
d. 0,5
e. 0

O verdadeiro grau de urgência

	1	2	1,5	1	0,5	0
1						
2	1,5	2	1,5	1	0,5	
3	1	1,5	2	1,5	1	
4	0,5	1	1,5	2	1,5	1
5	0	0,5	1	1,5	2	1,5

(Valores em euros)

4. Imagine que o verdadeiro grau de urgência do perfil é de 4, ou seja, pouco urgente, e respondeu 4, ou seja, pouco urgente. Qual seria o seu ganho com essa escolha?

- a. 2
b. 1,5
c. 1
d. 0,5
e. 0

O verdadeiro grau de urgência

	1	2	1,5	1	0,5	0
1						
2	1,5	2	1,5	1	0,5	
3	1	1,5	2	1,5	1	
4	0,5	1	1,5	2	1,5	1
5	0	0,5	1	1,5	2	1,5

(Valores em euros)

5. Imagine que o verdadeiro grau de urgência do perfil é de 5, ou seja, não urgente, e respondeu 1, ou seja, emergente. Qual seria o seu ganho com essa escolha?

- a. 2
b. 1,5
c. 1
d. 0,5
e. 0

O verdadeiro grau de urgência

	1	2	1,5	1	0,5	0
1						
2	1,5	2	1,5	1	0,5	
3	1	1,5	2	1,5	1	
4	0,5	1	1,5	2	1,5	1
5	0	0,5	1	1,5	2	1,5

(Valores em euros)

ANEXO 9**Nº de identificação:___ Folha de respostas – Parte 1**

	Tarefa 1 Grau de urgência (1 a 5)	
Perfil 1 - Diarreia - História de sangue ocasional nas fezes - Tem dor de barriga		1
		2
		3
		4
		5
Perfil 2 - Dor nos músculos (mialgias) - Arrepios - Pingos no nariz - Tosse		1
		2
		3
		4
		5
Perfil 3 - Problemas urinários - Dor ao urinar (na micção) e ardência - Vestígios/gotinhas de sangue na urina		1
		2
		3
		4
		5
Perfil 4 - Picada de um inseto - Dor intensa - Falta de ar		1
		2
		3
		4
		5
Perfil 5 - Dor nas costas/ dor lombar - Sem trauma - Sem febre - Com dificuldade da marcha		1
		2
		3
		4
		5

ANEXO 10**Cartão níveis de gravidade**

	Nível	Cor	Caracterização da situação
	1	Vermelho	Designado de Emergente , significa uma condição de saúde muito grave
	2	Laranja	Designado de Muito Urgente , corresponde a uma situação muito grave também, mas menos do que a situação vermelha de nível 1.
	3	Amarelo	Designado de Urgente , corresponde a uma situação menos grave que a de nível 2.
	4	Verde	Designado de Pouco Urgente , corresponde a uma situação de saúde ainda menos grave.
	5	Azul	Designado de Não Urgente , corresponde a uma situação de saúde não grave.

ANEXO 11

PARTE 2

Considerando as suas respostas anteriores, gostaríamos agora que se colocasse na situação do utente com os sintomas descritos em cada perfil e nos diga qual (de entre as escolhas dadas) o serviço a que se dirigia em cada uma das situações.

Alguma questão?

Por favor respondam então assinalando a vossa resposta na terceira coluna (**Tarefa 2 - serviços de saúde**) para cada um dos 5 perfis. Quanto todos tiverem terminado prosseguiremos.

ANEXO 12

Nº de identificação: _____

Folha de respostas – Parte 2

Tarefa 2 Serviço de saúde	Tarefa 3 Grau de urgência verdadeiro
<input type="radio"/> Não fazia nada	1
<input type="radio"/> Ia ao Centro de Saúde marcar uma consulta	2
<input type="radio"/> Ia à Farmácia	3
<input type="radio"/> Ia à urgência hospitalar pública	4
<input type="radio"/> Ia a um serviço particular	5
<input type="radio"/> Ligava para o 112	
<input type="radio"/> Ligava para a linha saúde 24h	
<input type="radio"/> Outra. Qual? _____	
<input type="radio"/> Não fazia nada	1
<input type="radio"/> Ia ao Centro de Saúde marcar uma consulta	2
<input type="radio"/> Ia à Farmácia	3
<input type="radio"/> Ia à urgência hospitalar pública	4
<input type="radio"/> Ia a um serviço particular	5
<input type="radio"/> Ligava para o 112	
<input type="radio"/> Ligava para a linha saúde 24h	
<input type="radio"/> Outra. Qual? _____	
<input type="radio"/> Não fazia nada	1
<input type="radio"/> Ia ao Centro de Saúde marcar uma consulta	2
<input type="radio"/> Ia à Farmácia	3
<input type="radio"/> Ia à urgência hospitalar pública	4
<input type="radio"/> Ia a um serviço particular	5
<input type="radio"/> Ligava para o 112	
<input type="radio"/> Ligava para a linha saúde 24h	
<input type="radio"/> Outra. Qual? _____	
<input type="radio"/> Não fazia nada	1
<input type="radio"/> Ia ao Centro de Saúde marcar uma consulta	2
<input type="radio"/> Ia à Farmácia	3
<input type="radio"/> Ia à urgência hospitalar pública	4
<input type="radio"/> Ia a um serviço particular	5
<input type="radio"/> Ligava para o 112	
<input type="radio"/> Ligava para a linha saúde 24h	
<input type="radio"/> Outra. Qual? _____	

ANEXO 13

PARTE 3

Vamos de seguida informar qual o grau de severidade/gravidade que seria atribuído a cada perfil por uma qualquer unidade de saúde. Por favor preencha a coluna 4 (**Tarefa 3 - Grau de urgência verdadeiro**) conforme a projeção.

Tendo em conta a informação agora dada relativamente ao verdadeiro grau de urgência, gostaríamos que respondesse às seguintes questões:

- Alterava a sua resposta quanto ao que faria perante cada perfil? Para responder a esta questão por favor preencha a coluna 5 (**Tarefa 4 – Mudaria?**).
- Se alterava, para onde se dirigia? Para responder a esta questão preencha a coluna 6 (**Tarefa 5 – Qual escolhia?**) selecionando o respetivo serviço.

Após ter terminado por favor levante o braço para que possamos recolher as suas folhas e entregar-lhe um questionário para preenchimento. Com esta tarefa terminamos a sessão e procederemos ao pagamento individual.

ANEXO 14

Nº de identificação: _____

Folha de respostas – Parte 3

Tarefa 4 Mudaria?	Tarefa 5 Qual escolhia?
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não fazia nada <input type="radio"/> Ia ao Centro de Saúde marcar uma consulta <input type="radio"/> Ia à Farmácia <input type="radio"/> Ia à urgência hospitalar pública <input type="radio"/> Ia a um serviço particular <input type="radio"/> Ligava para o 112 <input type="radio"/> Ligava para a linha saúde 24h <input type="radio"/> Outra. Qual? _____
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não fazia nada <input type="radio"/> Ia ao Centro de Saúde marcar uma consulta <input type="radio"/> Ia à Farmácia <input type="radio"/> Ia à urgência hospitalar pública <input type="radio"/> Ia a um serviço particular <input type="radio"/> Ligava para o 112 <input type="radio"/> Ligava para a linha saúde 24h <input type="radio"/> Outra. Qual? _____
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não fazia nada <input type="radio"/> Ia ao Centro de Saúde marcar uma consulta <input type="radio"/> Ia à Farmácia <input type="radio"/> Ia à urgência hospitalar pública <input type="radio"/> Ia a um serviço particular <input type="radio"/> Ligava para o 112 <input type="radio"/> Ligava para a linha saúde 24h <input type="radio"/> Outra. Qual? _____
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não fazia nada <input type="radio"/> Ia ao Centro de Saúde marcar uma consulta <input type="radio"/> Ia à Farmácia <input type="radio"/> Ia à urgência hospitalar pública <input type="radio"/> Ia a um serviço particular <input type="radio"/> Ligava para o 112 <input type="radio"/> Ligava para a linha saúde 24h <input type="radio"/> Outra. Qual? _____
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não fazia nada <input type="radio"/> Ia ao Centro de Saúde marcar uma consulta <input type="radio"/> Ia à Farmácia <input type="radio"/> Ia à urgência hospitalar pública <input type="radio"/> Ia a um serviço particular <input type="radio"/> Ligava para o 112 <input type="radio"/> Ligava para a linha saúde 24h <input type="radio"/> Outra. Qual? _____

ANEXO 15

Projeção das soluções da tarefa 3

	Tarefa 1 Grau de urgência (1 a 5)	Tarefa 2 Serviço de saúde	Tarefa 3 Grau de urgência verdadeiro
Perfil 1 - Diarreia - História de sangue ocasional nas fezes - Tem dor de barriga	1	<input type="radio"/> Não fazia nada	1
	2	<input type="radio"/> Ia ao Centro de Saúde marcar uma consulta	2
	3	<input type="radio"/> Ia à Farmácia	3
	4	<input type="radio"/> Ia à urgência hospitalar pública	4
	5	<input type="radio"/> Ia a um serviço particular	5
Perfil 2 - Dor nos músculos (mialgias) - Arrepios - Pingos no nariz - Tosse	1	<input type="radio"/> Não fazia nada	1
	2	<input type="radio"/> Ia ao Centro de Saúde marcar uma consulta	2
	3	<input type="radio"/> Ia à Farmácia	3
	4	<input type="radio"/> Ia à urgência hospitalar pública	4
	5	<input type="radio"/> Ia a um serviço particular	5
Perfil 3 - Problemas urinários - Dor ao urinar (na micção) e ardência - Vestígios/gotinhas de sangue na urina	1	<input type="radio"/> Não fazia nada	1
	2	<input type="radio"/> Ia ao Centro de Saúde marcar uma consulta	2
	3	<input type="radio"/> Ia à Farmácia	3
	4	<input type="radio"/> Ia à urgência hospitalar pública	4
	5	<input type="radio"/> Ia a um serviço particular	5
Perfil 4 - Picada de um inseto - Dor intensa - Falta de ar	1	<input type="radio"/> Não fazia nada	1
	2	<input type="radio"/> Ia ao Centro de Saúde marcar uma consulta	2
	3	<input type="radio"/> Ia à Farmácia	3
	4	<input type="radio"/> Ia à urgência hospitalar pública	4
	5	<input type="radio"/> Ia a um serviço particular	5
Perfil 5 - Dor nas costas/ dor lombar - Sem trauma - Sem febre - Com dificuldade da marcha	1	<input type="radio"/> Não fazia nada	1
	2	<input type="radio"/> Ia ao Centro de Saúde marcar uma consulta	2
	3	<input type="radio"/> Ia à Farmácia	3
	4	<input type="radio"/> Ia à urgência hospitalar pública	4
	5	<input type="radio"/> Ia a um serviço particular	5

ANEXO 16

Nº de identificação: _____

**Questionário**

1. **Género:** Feminino | Masculino
2. **Idade (anos):** _____
3. **Estado civil:**
 - Solteiro(a)
 - Casado(a)
 - Divorciado(a)
 - Viúvo(a)
 - União de facto
 - Outra situação. Qual? _____
4. **Residência:** _____ **Código Postal:** _____ - _____;
Freguesia: _____ **Concelho:** _____;
5. **Qual o seu nível de escolaridade?**
 - Nenhum 1º ciclo 2º ciclo 3º ciclo
 - Secundário Graduação Mestrado Doutoramento
6. **Se já concluiu os estudos, indique por favor em que área ou curso se formou:**

7. **Por favor indique a sua situação perante o trabalho (por favor assinale o que mais se adegue a si):**
 - Estudante | Curso: _____
 - Trabalhador/estudante | Profissão/ Curso: _____
 - Trabalhador assalariado | Profissão: _____
 - Desempregado | Antiga Profissão: _____
 - Doméstico (a).
 - Reformado(a) | Antiga Profissão: _____
 - Outra | Qual: _____
8. **Recebe algum apoio social?** Sim. Se sim, qual? _____ | Não
9. **Por favor indique em que intervalo de situa o seu Rendimento Mensal Líquido, em Euros:**
 - <350 701-900 1501-2000
 - 351-500 901-1200 2001-5000
 - 501-700 1201-1500 >5000
10. **Possui veículo de transporte próprio?** Sim Não

11. Por favor indique com quantas pessoas vive assinalando o número de pessoas pelas suas idades (não se inclua a si)?

Crianças (< 12 anos) _____

Jovens (12-18 anos) _____

Adultos (>18 anos) _____

12. Qual é o seu subsistema de saúde?

- Apenas SNS (Sistema Nacional de Saúde)
- ADSE (Assistência na Doença dos Servidores do Estado)
- ADM (Assistência na Doença aos Militares)
- SAMS (Serviços de Assistência Médico-Social)
- PT-ACS (Portugal Telecom – Associação de Cuidados de Saúde)
- SAD (GNR/PSP)
- SSMJ (Serviços Sociais do Ministério da Justiça)
- CTT (Correios de Portugal, S.A.)
- Outro. Qual? _____

13. Tem seguro de saúde? Sim. Se sim, qual? _____ | Não

14. Está isento no sistema nacional de saúde? Sim | Não

15. Como considera o seu estado de saúde?

- Muito bom
- Bom
- Razoável
- Mau
- Muito mau

16. Como considera o seu grau de conhecimento relativamente aos seguintes tópicos? Assinale com uma cruz o quanto está de acordo com as seguintes afirmações relativamente ao seu conhecimento:

	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo plenamente
Conheço os Serviços de saúde primários				
Conheço os Serviços de urgência				
Sei como aceder aos cuidados de saúde do sistema nacional de saúde				
Sei que serviços são disponibilizados pelo sistema nacional de saúde				

17. Mais ou menos quantas vezes por ano costuma ir a um médico especialista?**18. Tem médico de família do sistema nacional de saúde?**

- Não, mas gostaria de ter
 Não
 Sim, mas gostaria de mudar de médico
 Sim, mas preferia não ter
 Sim, mas não vou às consultas
 Sim, e gostaria de continuar com o mesmo

18.1) Se respondeu sim, indique o quão satisfeito(a) está com o seu médico de família

- Nada satisfeito Satisfeito
 Pouco satisfeito Bastante satisfeito
 Muito satisfeito

19. Costuma ir ao médico de família:

- No público No privado A ambos A nenhum

20. Assinale com uma cruz a satisfação que atribui às seguintes características nos cuidados de saúde primários, como é o caso do centro de saúde, sendo 1- nada satisfeito, 2- pouco satisfeito, 3- satisfeito, 4- bastante satisfeito e 5- muito satisfeito.

	Nada	Pouco	Satisfeito	Bastante	Muito
	1	2	3	4	5
Possibilidade de usar o serviço em horas e dias convenientes					
Tempo de espera para ser atendido					
Tempo da consulta					
Possibilidade de obter a partir daí uma consulta num especialista					
Competência e capacidade do médico					
Capacidades dos profissionais de saúde aliviarem as dores e o desconforto do paciente					
Capacidade de tranquilizarem o paciente					
Dedicação e organização do pessoal médico					
Capacidade do médico dar prioridade às necessidades, de entre as expostas, as que o paciente sente serem mais importantes					
Possibilidade de perturbar/contactar o médico sem prejudicar a relação					
Atenção dada ao paciente perante as suas necessidades					
Explicações claras fornecidas pelo pessoal médico					
Explicações exaustivas fornecidas pelo médico					
Possibilidade de usar equipamento médico que oferece resultados mais precisos					
Custo para obter todos os serviços necessários					

21. Dado o seu horário laboral, tem facilidade em marcar consultas no centro de saúde a que pertence? Sim | Não

22. Quantos dias costuma demorar desde que marca consulta até ao dia em que é atendido?

23. No dia da consulta no centro de saúde para o médico de família, quantas horas costuma esperar para ser atendido(a)? _____

24. Mais ou menos quantas vezes por ano costuma ir ao médico de família?

25. Qual o seu grau de satisfação para com os serviços públicos de cuidados de saúde primários (nomeadamente onde tem acesso ao seu médico de família)?

- | | |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nada satisfeito | <input type="checkbox"/> Satisfeito |
| <input type="checkbox"/> Pouco satisfeito | <input type="checkbox"/> Bastante satisfeito |
| | <input type="checkbox"/> Muito satisfeito |

26. Costuma frequentar a urgência (por favor seleccione a opção que mais se adequa a si):

- | | |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> do hospital público | <input type="checkbox"/> do hospital particular |
| <input type="checkbox"/> de ambos os hospitais | <input type="checkbox"/> de nenhum hospital |

27. Mais ou menos quantas vezes por ano costuma ir ao serviço de urgência de um hospital público? _____

28. Quando vai á urgência do hospital público, quantas horas mais ou menos costuma esperar para ser visto(a) por um médico? _____

29. Relativamente à disponibilidade de serviços, indique se algum dos motivos indicados o(a) levou a recorrer ao serviço de urgência do hospital público, colocando uma cruz em todas as situações que já ocorreram:

- Não tinha médico de família
- O meu médico de família não estava disponível
- Não existia outro local para além das urgências com atendimento 24h
- Era mais fácil ir à urgência do que marcar uma consulta no médico de família
- Nenhuma das anteriores

30. Relativamente ao conhecimento de outros serviços, indique se algum dos motivos indicados o(a) levou a recorrer ao serviço de urgência do hospital público, colocando uma cruz em todas as situações que já ocorreram:

- Não sabia mais onde ir
- Não tinha conhecimento de mais nenhum serviço que me pudesse ajudar
- Não sabia que outro serviço estivesse aberto
- Não sabia se o meu médico de família estava disponível
- Nenhuma das anteriores

31. Relativamente às suas preferências, indique se algum dos motivos indicados o(a) levou a recorrer ao serviço de urgência do hospital público, colocando uma cruz em todas as situações que já ocorreram:

- Não queria ver o meu médico de família
- Não tinha oportunidade de ser atendido (a) pelo médico de família que pretendia
- Não queria incomodar o médico de família
- Queria ver um(a) enfermeiro(a)
- Nenhuma das anteriores

32. Relativamente à sua experiência com os serviços de saúde e tempo disponível para aceder aos mesmos, indique se algum dos motivos indicados o(a) levou a recorrer ao serviço de urgência do hospital público, colocando uma cruz em todas as situações que já ocorreram:

- Fui anteriormente ao serviço de urgência e fiquei satisfeito
- Confiança no serviço de urgência
- O meu médico de família iria encaminhar-me para a urgência de qualquer forma
- Tinha que esperar por uma marcação no médico de família
- Pensava que seria atendido(a) mais rapidamente no serviço de urgência
- O serviço de urgência ficava mais perto de minha casa
- Era mais fácil ir ao serviço de urgência do que a outro serviço qualquer
- Nenhuma das anteriores

33. Relativamente ao estado da sua saúde, indique se algum dos motivos indicados o(a) levou a recorrer ao serviço de urgência do hospital público, colocando uma cruz em todas as situações que já ocorreram:

- Precisava de ver um especialista
- Considerava a situação uma urgência/emergência
- Queria ver um médico o mais rápido possível
- Pensava que necessitava de ir ao hospital
- Não sabia se alguma coisa estava partida ou não
- Precisava de confirmar que não era sério
- Queria uma segunda opinião
- Nenhuma das anteriores

34. Relativamente a situações de referenciação e procura de serviços, indique se algum dos motivos indicados o(a) levou a recorrer ao serviço de urgência do hospital público, colocando uma cruz em todas as situações que já ocorreram:

- Fui referenciado(a) por um amigo/familiar
- Fui referenciado(a) pelo farmacêutico
- Fui referenciado(a) pelo médico de família
- Fui referenciado(a) por outros
- Pensava que precisava de uma radiografia
- Pensava que precisava de soro

- Pensava que precisava de uma análise de sangue
- Pensava que precisava de pontos
- Nenhuma das anteriores

35. No seu entendimento, o que considera ser uma situação urgente/emergente com necessidade de recorrer ao serviço de urgência?

36. Se se lembra da última vez que foi ao serviço de urgência por favor indique

a) **O motivo da ida:** _____

b) **a cor da pulseira que obteve:**

c) Vermelha Laranja Verde Amarelo Azul

37. Assinale com uma cruz a satisfação que atribui às seguintes características nos serviços de urgência do hospital, sendo 1- nada satisfeito, 2- pouco satisfeito, 3- satisfeito, 4- bastante satisfeito e 5- muito satisfeito.

	Nada 1	Pouco 2	Satisfeito 3	Bastante 4	Muito 5
Possibilidade de usar o serviço em horas e dias convenientes					
Tempo de espera para ser atendido					
Tempo da consulta					
Possibilidade de obter a partir daí uma consulta num especialista					
Competência e capacidade do médico					
Capacidades dos profissionais de saúde aliviarem as dores e o desconforto do paciente					
Capacidade de tranquilizarem o paciente					
Dedicação e organização do pessoal médico					
Capacidade do médico dar prioridade às necessidades, de entre as mais importantes, as que o paciente sente serem mais importantes					
Possibilidade de perturbar/contactar o médico sem prejudicar a relação					
Atenção dada ao paciente perante as suas necessidades					
Explicações claras fornecidas pelo pessoal médico					
Explicações exaustivas fornecidas pelo médico					
Possibilidade de usar equipamento médico que oferece resultados mais precisos					
Custo para obter todos os serviços necessários					

38. Costuma procurar ajuda a outro profissional de saúde antes de se dirigir ao serviço de urgência hospitalar? Sim | Não

39. Quanto tempo demora a chegar ao Hospital Público?

_____ horas e _____ minutos

40. Quanto tempo demora a chegar ao Hospital Privado?

_____ horas e _____ minutos

41. O que aprecia, ou o que pensa que é o ponto mais positivo do serviço de urgência do hospital? _____

42. Conhece a linha saúde 24h? Sim | Não

43. Se conhece a linha saúde 24h já alguma utilizou esse sistema? Sim | Não

43.1 Se já utilizou a linha saúde 24h, ficou satisfeito? Sim | Não

44. Tem diabetes? Sim | Não

45. Tem cancros ativos neste momento? Sim | Não

46. Tem cirrose? Sim | Não

47. Tem doenças reumáticas ativas para as quais está a fazer medicação?

Sim | Não

48. Tem história de alergias graves? Sim | Não

49. Está a ser seguido para alguma doença no hospital? Sim | Não

50. Já teve algum dos casos que lhe foram apresentados nos perfis clínicos? Utilize o cartão perfis clínicos para o(a) auxiliar nesta questão. Sim | Não

50.1) Se sim quais?

Perfil 1

Perfil 2

Perfil 3

Perfil 4

Perfil 5

51. Tem alguma doença crónica (são doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados)? Sim | Não

52. Tem alguma doença/patologia neurológica e/ou psiquiátrica? Sim | Não

53. Fuma regularmente? Sim | Não

54. Bebe bebidas alcoólicas regularmente? Sim | Não

Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO 17**Cartão Perfis**

Perfil 1 <ul style="list-style-type: none">• Diarreia• História de sangue ocasional nas fezes• Tem dor de barriga
Perfil 2 <ul style="list-style-type: none">• Dor nos músculos (mialgias)• Arrepios• Pingo no nariz• Tosse
Perfil 3 <ul style="list-style-type: none">• Problemas urinários• Dor ao urinar (na micção) e ardência• Vestígios/gotinhas de sangue na urina
Perfil 4 <ul style="list-style-type: none">• Picada de um inseto• Dor intensa• Falta de ar
Perfil 5 <ul style="list-style-type: none">• Dor nas costas/ dor lombar• Sem trauma• Sem febre• Com dificuldade da marcha

ANEXO 18

RECIBO

Eu, _____ com número de contribuinte: _____, declaro que, pela minha participação neste estudo, recebi o montante de _____ Euros pago pela Professora Doutora Lígia Pinto.

Assinatura _____ Data _____