

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa



LINHA SAÚDE 24
UM CONTRIBUTO PARA A MELHORIA
DO FUNCIONAMENTO
DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Sílvia Maria Fernandes da Silva Oliveira

Relatório de Projecto
Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientador:

Professor Doutor Luís Martins, Professor Auxiliar, ISCTE Business School, Departamento de Ciências de Gestão

Co-Orientador

Prof. Dr. Victor Hugo Roque Craveiro Pereira,
Professor convidado pelo ISCTE para o Mestrado de Gestão de Serviços de Saúde,
Professor Adjunto Equiparado - Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal

Janeiro 2010

RESUMO

Este trabalho é um estudo sobre o Serviço de Atendimento Linha Saúde 24, procurando informação que possibilite entender qual o contributo que este serviço público aporta para a melhoria do funcionamento do Serviço Nacional de Saúde. A triagem e o perfil das situações que os utentes relatam, quando utilizam esta Linha.

O trabalho conclui que a sua criação contribuiu para a alteração da intenção dos Utilizadores. No início do contacto, os utentes manifestam uma intenção, que após a triagem e aconselhamento do Enfermeiro de serviço da Linha, se vê alterada.

O Serviço disponibiliza triagem, aconselhamento e encaminhamento, pois as pessoas procuram informação, coordenação e ajuda, para resolverem adequadamente problemas de saúde.

Pode-se inferir deste trabalho que a Linha Saúde 24 é um serviço que apoia a gestão dos cuidados de saúde dos Utilizadores, através do encaminhamento adequado para instituições de saúde da área mais próxima onde está o potencial doente, oferecendo um leque variado de hipóteses de cuidados de saúde, seguros e apropriados a cada situação apresentada.

É um serviço que auxilia e apoia a tomada de decisões informadas e conscientes dos Utilizadores, daqui decorrendo um conjunto de vantagens para o Serviço Nacional de Saúde, quer tornando-o um sistema mais próximo do Utilizador, na procura de cuidados de Saúde, quer racionalizando a oferta de recursos públicos, nomeadamente no que concerne às Urgências.

Palavras-chave: Serviço Nacional de Saúde, Linha Saúde 24, Triagem, Encaminhamento, Aconselhamento, Perfil dos utilizadores.

JEL Classification System

I.0 e I.12

ABSTRACT

This work is a study on the customer service Health Line 24, and he seeks to for information that will allow understanding which contribution it makes to improve the functioning of National Health Service. A screening and profile of the situations that users report when using this line.

The paper concludes that their creation has contributed to changing the intent of users: At the beginning of contact, users express an intention, and that after the screening and counseling of the nurse's service line, can be detected changes.

The service provides screening, counseling and referral, as people seek information, assistance and coordination, to adequately solve their health problems.

It can be inferred from this work, that the Health Line 24 is a service that supports the management of health of users, through the appropriate referral to health institutions, in the closest area, where be located the potential patient, by offering a wide range of hypotheses of health care, safe and appropriate for each situation presented.

It can be inferred from this work that the Health Line 24 is a service that supports the decision-making informed and aware of the users, hence a number of advantages for the National Health Service, like making it a system closer to the user, in their demand for health care, streamlining the provision of public resources, particularly in regard to emergencies.

Keywords: National Health Service, Health Line 24, Screening, Referral, Clinical Advice, Profile of Users.

JEL Classification System

I.0 and I.12

"Grande parte da saúde, é para o doente trabalhar para ser são."

Luís Vaz de Camões

Aos meus pais, ao meu irmão e ao João.

AGRADECIMENTOS

No final de todo este percurso de pesquisa e de desenvolvimento, chegou a altura de recordar todos aqueles que contribuíram para o meu crescimento pessoal, profissional e académico. Mais do que isso, chegou a altura de recordar todos os que estiveram ao meu lado, neste projecto de investigação, apoiando-me.

À DGS - Direcção Geral de Saúde e à LCS – Linha de Cuidados de Saúde, S.A., por terem acreditado em mim, concedido as autorizações que possibilitaram esta Tese, nomeadamente nos aspectos da investigação de campo. Só com este apoio seria possível levar a bom termo este estudo, que espero possibilite relevar a importância do que se faz na **Linha-de-Saúde-24** e seja um motivo de reflexão, sempre útil às organizações que procuram a performance, como é o caso.

Ao Orientador desta Tese, Prof. Doutor Luís Martins em quem encontrei o apoio, aconselhamento e saberes, quer ao longo da parte curricular do Mestrado, quer nos momentos da investigação.

Ao Co-orientador, Prof. Dr. Victor Hugo, pela forma sempre disponível e dedicada com que me orientou e se empenhou em diversas sugestões na realização deste trabalho.

Ao Director Geral Luís Alves, pela forma afirmativa e decidida como autorizou o pedido de investigação.

Ao “Patrão” Pedro Simões, por estar sempre do meu lado e por me dar a mão, sempre que eu precisei.

À Mãe, meu pilar e meu auxílio, sempre presente como ninguém: Principalmente obrigada por todas as horas que me dedicaste.

Ao meu Pai e ao meu Irmão, simplesmente porque estiveram sempre por perto.

Ao João, porque sempre acreditou em mim, porque sempre me incentivou a continuar e porque foi decisivo para a dar o passo em frente.

Aos meus Colegas e Amigos da Linha Saúde 24 e do Centro Hospitalar de Lisboa, por me incentivarem a construir este caminho.

Aos meus grandes amigos que perceberam as minhas ausências em alturas importantes.

A TODOS BEM HAJAM

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1. SISTEMAS DE SAÚDE.....	15
1.2 A INFLUÊNCIA DOS MODELOS DE SAÚDE DE BISMARCK E BEVERIDGE NA EUROPA	17
1.3 CARACTERÍSTICAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE.....	18
2. EVOLUÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE EM PORTUGAL.....	19
2.1 O SERVIÇO DE SAÚDE: NO PERÍODO DE ANTES DO 25 DE ABRIL DE 1974	19
2.2 O PÓS 25 DE ABRIL DE 1974 NA ÁREA DA SAÚDE	21
2.3 O SISTEMA DE SAÚDE AOS FINAIS DO SÉCULO XX.....	22
2.4 A ACTUALIDADE DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE: OS DESAFIOS DO SÉCULO XXI.....	25
3. OS CENTROS DE ATENDIMENTO	31
3.1 OS CENTROS DE ATENDIMENTO TELEFÓNICO: ORIGEM	32
3.2 CENTROS DE ATENDIMENTO EM SAÚDE: CONCEPTUALIZAÇÃO	35
3.3 EVOLUÇÃO DOS CENTROS DE ATENDIMENTO EM SAÚDE	35
3.4 OS CENTROS DE ATENDIMENTO EM SAÚDE NA ACTUALIDADE.....	39
4. OS CENTROS DE ATENDIMENTO EM PORTUGAL: ORIGEM, CONCEITO E PRINCÍPIOS E LINHAS ORIENTADORAS.....	46
5. CENTRO DE ATENDIMENTO SAÚDE 24	50
5.1 MISSÃO, VISÃO E VALORES DO CENTRO DE ATENDIMENTO SAÚDE 24	51
5.2 ORGANIZAÇÃO DO CENTRO DE ATENDIMENTO SAÚDE 24	53
5.3 OS SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS	56
III. METODOLOGIA.....	59
3.1 CONTEXTO DO ESTUDO.....	59
3.2 DESENHO DO ESTUDO	59
3.3 OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	59
3.4 VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	60

3.5 PROCEDIMENTOS	61
3.6 ELEMENTOS DO ESTUDO	61
3.7 INSTRUMENTOS.....	61
IV. RESULTADOS	62
4.1 NÚMERO DE CONTACTOS	62
4.2 MEIOS DE CONTACTO	62
4.3 CONTACTOS REALIZADOS AO LONGO DOS TURNOS.....	63
4.4 CONTACTOS POR CLASSE ETÁRIA	63
4.5 CONTACTOS POR GÉNERO	64
4.6 CONTACTOS POR DISTRITO.....	65
4.7 CONTACTOS POR ALGORITMO	67
4.8 INTENÇÃO INICIAL DOS UTILIZADORES.....	68
4.9 DISPOSIÇÃO FINAL.....	70
4.10 INTENÇÃO FINAL DOS UTILIZADORES	72
4.11 INTENÇÃO INICIAL, DISPOSIÇÃO FINAL E INTENÇÃO FINAL.....	73
V. CONCLUSÕES	80
5.1 DISCUSSÃO DE RESULTADOS	80
5.1 CONTINGÊNCIAS DO ESTUDO	84
5.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88

ÍNDICE DE QUADROS

	Página
Quadro 1: Linhas orientadoras para o centro de atendimento -----	36
Quadro 2: <i>Job description</i> dos enfermeiros do centro de atendimento -----	37
Quadro 3: Objectivos do Centro de atendimento em saúde -----	38
Quadro 4: Valores da Linha Saúde 24 -----	40
Quadro 5: Serviços disponibilizados pela Linha Saúde 24 -----	45

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1: Diagrama conceptual do centro de atendimento do SNS -----	35
Figura 2: Princípios orientadores do centro de atendimento do SNS -----	36
Figura 3: Plataforma de atendimento multi-canal -----	42
Figura 4: Modelo de actividade do centro de atendimento do SNS -----	43

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1: Número de contactos ao longo do ano (2008 – 2009) -----	62
Gráfico 2: Meios de contacto -----	63
Gráfico 3: Número de contactos realizados ao longo dos turnos -----	63
Gráfico 4: Número de contactos por classe etária -----	64
Gráfico 5: Número de contactos realizados por género -----	65
Gráfico 6: Percentagem de contactos da Linha Saúde 24 realizados por Género ---	65
Gráfico 7: Número de contactos realizados por Distritos e Regiões Autónomas----	66
Gráfico 8: Distribuição dos Distritos que contribuem com 80% da produção da Linha Saúde -----	66
Gráfico 9: Número total de contactos da Linha Saúde 24 realizados pelos utilizadores residentes nos diversos Distritos ao longo dos Turnos -----	67
Gráfico 10: Algoritmos mais percorridos -----	68
Gráfico 11: Algoritmos percorridos consoante a idade dos Utilizadores -----	68
Gráfico 12: Intenção inicial dos Utilizadores -----	69
Gráfico 13: Intenção inicial dos Utilizadores ao longo dos turnos-----	70
Gráfico 14: Intenção inicial consoante a idade dos Utilizadores -----	70
Gráfico 15: Disposição final do enfermeiro da Linha Saúde 24 -----	71
Gráfico 16: Disposição final do enfermeiro por percentagem -----	71
Gráfico 17: Disposição final assumida pelos enfermeiros ao longo dos turnos ----	72
Gráfico 18: Disposição final consoante a idade dos Utilizadores -----	72
Gráfico 19: Intenção final dos Utilizadores -----	73
Gráfico 20: Intenção final dos utilizadores após o aconselhamento ao longo dos turnos -----	73
Gráfico 21: Intenção final consoante a idade dos Utilizadores -----	74
Gráfico 22: Número total de contactos relativos à intenção inicial (Urgência Hospitalar) face à intenção final dos Utilizadores (Cuidados no Domicílio) -----	74
Gráfico 23: Número total de contactos relativos à intenção inicial e à intenção final dos Utilizadores -----	75

Gráfico 24: Número total de contactos da Saúde 24 quando a intenção inicial é Cuidados no domicílio e a disposição e intenção final passou a ser Urgência Hospitalar-----	75
Gráfico 25: Número total de contactos quando a intenção inicial e final eram a de recorrer à urgência hospitalar e a disposição final foi a de realizar cuidados no domicílio-----	76
Gráfico 26: Número total de contactos da Saúde 24 quando a intenção inicial e final eram cuidados no domicílio e a disposição final foi a de recorrer à urgência hospitalar -----	76
Gráfico 27: Número total de contactos da Saúde 24 quando a intenção inicial, final e a disposição final foram emergência médica -----	77
Gráfico 28: Número total de contactos da Saúde 24 quando a intenção inicial e final foi de recurso a emergência médica e a disposição final foi outra -----	77
Gráfico 29: Número total de contactos em que a intenção inicial não foi a de emergência médica e a disposição e intenção finais foram a de imediato recurso à emergência médica -----	78
Gráfico 30: Número total de contactos cuja intenção inicial e final não foram emergência médica mas a disposição final foi de recurso à emergência médica ----	78
Gráfico 31: Número total de contactos da Saúde 24 realizados pelos Utilizadores residentes nos diversos Distritos consoante a disposição final -----	79
Gráfico 32: Algoritmo percorrido em que a disposição final foi Cuidados no Domicílio -----	79
Gráfico 33: Algoritmo percorrido em que a disposição final foi Urgência Hospitalar -----	80

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
CA	Centro de Atendimento
CAS	Centro de Atendimento de Saúde
CIAV	Centro de Informação Antivenenos
CODU	Centro de Atendimento de Doentes Urgentes
CRM	<i>Customer Relationship Management</i>
CTI	Integração do Computador ao Telefone
DGS	Direcção-Geral da Saúde
EDP	Electricidade de Portugal
EITO	<i>European Information Technology Observatory</i>
EPE	Entidade Pública Empresarial
GP	<i>General Practitioner</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAS	Sistema de Acesso e Informação
IGS	Informação Geral em Saúde
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
LCS	Linha de Cuidados de Saúde
LPS	Linha de Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
NHS	<i>National Health Service</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Orçamento de Estado
OESS	Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações Sem Fins Lucrativos
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PECLEC	Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas
PPP	Parceria Público Privada
RCN	<i>Royal College of Nursing</i>
SA	Sociedade Anónima
SAC	Serviço de Apoio a Clientes
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TAE	Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento
UNAIDS	<i>Joint United Program for HIV/AIDS</i>
VMER	Viatura Médica Emergência e Reanimação

INTRODUÇÃO

A realização desta Tese surge no seguimento do término do primeiro ano do Curso de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde realizado no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

O desafio de realizar um trabalho na Linha Saúde 24 decorre do facto da autora não ter encontrado nenhum estudo sobre um organismo similar, em Portugal.

Pretende-se saber o número de contactos efectuados durante um ano, não contemplando o ano de implementação do serviço, nem os contactos relativos ao período de pandemia da Gripe A.

O objectivo principal da investigação é procurar informação que possibilite entender se o Serviço de Atendimento Saúde 24, a partir dos dados dos contactos estabelecidos, contribui e em que medida para a melhoria do funcionamento do SNS;

Um outro objectivo, que decorre do primeiro, visa traçar um perfil dos utentes no que respeita sobretudo às situações que relatam quando utilizam a Linha. A investigação procura saber e quantificar, se os Utilizadores, ao acederem ao Serviço, realmente precisam de cuidados de saúde e precisando, se a sua intenção final, que verbalizam, se mantém face à sua intenção inicial, ou se é alterada em função do aconselhamento efectuado.

Sendo o Serviço Nacional de Saúde, universal, equitativo e tendencialmente gratuito não acessível a todos os cidadãos portugueses por opção de alguns mas, na maior parte das situações, por questões de pura acessibilidade, quer pelos tempos de espera para cuidados de saúde, quer por outros factores como sejam a distância, dificuldades económicas, problemas de saúde e mobilidade, também pelo grau de educação ou de informação para a saúde e/ou de conhecimento sobre o próprio SNS, investigar um serviço como o da Linha de Saúde 24, é uma maneira de poder aumentar a acessibilidade a um custo baixo (chamada telefónica local, independentemente do local onde esteja o emissor e o receptor).

As alterações mundiais, que pessoas e organizações enfrentam nos nossos dias, vêm mostrar que inovar e recriar novas formas de tornar mais eficientes as prestações de cuidados de saúde são objectivos estratégicos de todos os Países, ainda que alguns, mais que outros, possam ou queiram trilhar o caminho da procura de dotar a sociedade de melhores condições de vida, e o planeta, de melhores condições de habitabilidade.

Neste Mundo ferozmente competitivo, a sustentabilidade depende das capacidades de boa governância, da gestão profissionalizada e da sua *accountability*, na procura constante de adaptação às necessidades dos cidadãos, quer sejam encarados como utentes, clientes ou prestadores, no quadro quer das entidades públicas quer das privadas (com ou sem fins lucrativos).

A capacidade de resposta dos Serviços de Saúde, é em larga medida entendida como desproporcional ao esforço económico, decorrente dos avanços tecnológicos registados na área, tornando importante levar a cabo uma reflexão profunda do registo actual e perspectivar estratégias de mudança para o futuro, focando-se este trabalho num serviço pouco divulgado que é o Serviço de Atendimento em Saúde.

Este Serviço, surge sob proposta governamental em 2004, com a fundação de um Centro de Atendimento em Saúde, inaugurado apenas em 2007, com o nome de Linha Saúde 24, sob a forma jurídica de uma Parceria Público-privada (PPP).

No âmbito do Curso de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, após vários caminhos de investigação na área da Gestão dos Serviços de Saúde, acabou por surgir a oportunidade de desenvolver este trabalho de investigação, sobre a Linha Saúde 24, sendo pertinente, dado o momento de reforma que o SNS atravessa e a necessidade de entender como e com que resultados os dinheiros públicos são gastos, nomeadamente se atingem os propósitos que na altura lhe eram subjacentes, no momento em que os decisores políticos decidiram avançar para a implementação de um serviço público de este tipo.

Neste sentido, este trabalho está dividido em cinco capítulos, em que no primeiro capítulo faz-se o enquadramento sobre o Sistema de Saúde, origem, evolução, focando-se o caso português; No segundo capítulo informa-se sobretudo os objectivos do trabalho e quais os métodos que a investigação trilhou; No terceiro capítulo explanam-se os resultados sempre que possível com recurso a gráficos. Finalmente, no quarto capítulo da Tese, interpretam-se os resultados, explana-se uma discussão sobre os mesmos, enunciam-se as limitações e num último momento tecem-se os considerandos finais.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. SISTEMAS DE SAÚDE

Neste capítulo abordar-se-á a evolução histórica dos Sistemas de Saúde na Europa e com particular atenção a Portugal e ao Serviço Nacional de Saúde.

Abordar-se-á também a acessibilidade aos cuidados de saúde, os centros de atendimento, os centros de atendimento de saúde e a Linha Saúde 24.

1.1 A ORIGEM DOS SISTEMAS DE SAÚDE: PERSPECTIVA HISTÓRICA

Os sistemas de saúde actuais surgem em finais do século XIX e já mais próximo de nós com a reconstrução da Europa no pós II Guerra Mundial. Duas iniciativas/perspectivas distintas influenciariam o futuro dos sistemas de saúde europeus:

A aprovação, na Alemanha (1883), de um modelo preconizado pelo Chanceler Otto Von Bismarck, para dar protecção aos trabalhadores e suas famílias;

O surgimento, na Grã-Bretanha (1946), da ideia de serviço nacional de saúde universal e gratuito, através das propostas do Relatório de Lord Beveridge. (Ribeiro, 2009)

Na génese dos sistemas de saúde estiveram factores sociais, económicos e políticos. A diminuição da produtividade laboral de trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho e de doenças transmissíveis. Também o número crescente de doenças nos militares em ambiente de guerra, levou à procura de implementação de melhores cuidados de saúde e historicamente, os finais do século XIX, ocorreram muitos conflitos como a Guerra da Crimeia (1853-1856), entre Rússia e uma coligação Franco-Italo-Turco-Britânica, a guerra da Secessão Americana (1861-1865) que opôs o Norte industrial (Federalistas e Abolicionistas) ao Sul rural (Confederados e Esclavagistas) nos EUA, a Guerra dos Boers (1880-1881 e 1899-1902), que opôs o Império Britânico aos nacionalistas sul-africanos de origem Franco-Holandesa e de língua bóer. A intervenção política em toda a Europa, particularmente na Alemanha, para retirar aos sindicatos a gestão dos seguros de saúde (Simões, 2005), também foram um importante contributo para o desenvolvimento da protecção social quer no desemprego, quer na saúde. Num momento posterior, o fim da Segunda Guerra Mundial foi propício para repensar a posição do Estado, aproveitando-se o conhecimento demonstrado pela organização dos cuidados de saúde durante a guerra. (Simões, 2005)

O modelo social bismarkiano assentava na obrigatoriedade de uma contribuição a partir do rendimento de trabalho, com o apoio e supervisão do Estado mas assente nas entidades patronais e nos seus trabalhadores. Objectivo de garantir que os trabalhadores e seus dependentes pudessem ter acesso aos cuidados médicos. Este seguro de doença abrangia os mineiros e os trabalhadores dos transportes, da construção e da indústria. (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007) Inicialmente, o Governo alemão obrigou os empregadores a contribuir para um seguro de doença a favor dos trabalhadores, mas posteriormente criou um sistema de seguros obrigatórios, que davam resposta a doenças temporárias, a invalidez prolongada ou permanente, velhice e morte prematura. Desta forma, os riscos incertos seriam prevenidos através de um seguro pago por trabalhadores e empregadores. Os trabalhadores adquiriram assim direitos através do trabalho e contribuições regulares, os quais geraram, por reciprocidade, benefícios imediatos ou diferidos. (Simões, 2005)

Para Beveridge, na Grã-Bretanha e no início da década de 40, o sistema alemão tinha várias limitações que resultavam do facto de as contribuições serem provenientes, apenas, dos rendimentos do trabalho. (Carvalho, 2009) Tendo em conta estas limitações, Beveridge propôs um sistema de saúde financiado a partir do Orçamento Geral do Estado. O sistema Britânico torna-se assim *“mais completo do que o de Bismark porque pretende cobrir uma gama completa de riscos, do berço à sepultura.”* (Ribeiro, 2009, 21 citando Simões, 2004)

O modelo de Beveridge baseou-se no princípio da universalidade do acesso aos cuidados de saúde e do financiamento destes cuidados ser com recurso aos impostos, sejam eles nacionais e/ou regionais. Desta forma, a gestão das instituições de saúde, que farão parte de um Sistema Nacional de Saúde, é pública, podendo a prestação de cuidados ser pública ou contratualizada com privados. Os sistemas de saúde que têm como base os pressupostos enunciados acima, são de carácter universal, podendo ser totalmente gratuitos ou tendencialmente gratuitos. Por outro lado, o local onde as instituições de saúde estão implementadas é propriedade pública e quando isso não acontece, a renda de instalação é assegurada por verbas do Orçamento do Estado (OE). A contribuição dos cidadãos é feita de acordo com os rendimentos que auferem. Existe uma preocupação explícita em assegurar a redistribuição entre diferentes níveis quer de rendimento, quer de estado de saúde. (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007)

Quer o modelo bismarkiano, quer o modelo beveridgiano, têm como princípios base de que a utilização dos serviços de saúde depende apenas da necessidade de cuidados de

saúde e que o acesso a esses cuidados não deve depender do rendimento, uma vez que, a contribuição é feita de acordo com o rendimento de cada um. (Ribeiro, 2009)

1.2 A INFLUÊNCIA DOS MODELOS DE SAÚDE DE BISMARCK E BEVERIDGE NA EUROPA

Actualmente, embora com algumas modificações, sistemas de saúde europeus como os da Alemanha, Áustria, Bélgica, França e Holanda têm por base o modelo bismarkiano. Estes sistemas de saúde assentam num seguro social e têm várias características em comum nomeadamente pelo facto de os seguros sociais serem obrigatórios, pagos quer pelos trabalhadores, quer pelos empregadores e baseando-se sobretudo no salário. Não existe análise de risco de doença individual. A acessibilidade aos cuidados no entanto não é plenamente universal. Neste caso o Estado responsabiliza-se apenas por um restrito grupo de pessoas como os desempregados e alguns grupos mais vulneráveis e especifica um conjunto básico de benefícios. As contribuições, a gestão e o acesso aos cuidados de saúde ficam à responsabilidade de um número variável de fundos de doença públicos. Estes fundos de doença públicos cobrem a população com base ou na área geográfica ou na profissão. Existindo as duas possibilidades, é ao utente que compete decidir a forma de cobertura. Em alguns países são feitas transferências de recursos entre os fundos para compensação de níveis de risco. Estes sistemas de saúde, cuja inspiração foi o modelo de segurança social bismarkiano, têm enfrentado problemas desde os anos oitenta. As reformas têm sido realizadas, no sentido de tornar a acessibilidade aos cuidados de saúde com maior qualidade e eficiência, aumentando a equidade, a justiça e universalidade, o que se espera permita uma melhor escolha do tipo de contribuição financeira, como forma da estabilização dos sistemas de saúde, sem prejudicar o mercado de trabalho e a qualidade de vida dos cidadãos.

Outra realidade é a dos sistemas de saúde beveridgianos, de que são exemplo o Reino Unido, a Irlanda, a Suécia, a Dinamarca, a Espanha e Portugal, que têm procurado colmatar as dificuldades de financiamento com novas formas de intervir na sociedade, pelo que têm estado em constante evolução nas últimas décadas.

O sistema de saúde inglês baseia-se em três princípios fundamentais: “*o Estado disponibiliza cuidados gratuitos aos cidadãos que deles necessitem; o financiamento é assegurado pelos impostos, proporcionais ao rendimento; os profissionais de saúde têm possibilidade de exercer no domínio privado, no público (com contracto com SNS) ou em ambos.*” (Béresniak, e Duru, 1999, 24)

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) considerou que até 1991 este sistema era muito centralizado. A acessibilidade aos cuidados faz-se através dos cuidados de saúde primários, excepto em casos de urgência clínica. A remuneração dos profissionais de saúde é diferente consoante o contrato que existe entre estes e o Serviço Nacional de Saúde. Fora do horário de trabalho, no serviço público, os profissionais de saúde podem trabalhar no sector privado, se assim o quiserem. Entre 1991 a 1995 surgiram os “*trusts*” onde são assegurados cuidados de saúde secundários e terciários. Estas ilhas do sector da saúde são livres de decidir a sua dimensão, os preços praticados e as condições de trabalho dos seus profissionais de saúde. Os cuidados de saúde são gratuitos, no entanto os Utentes têm que ter um clínico geral (general practitioner - GP) e é este que gere o acesso aos cuidados. Os Utentes têm ainda acesso a cuidados de saúde no sector privado. (Béresniak, e Duru, 1999)

O modelo de *beveridgin*o que constituiu a base do Serviço Nacional de Saúde surgiu em 1948 no Reino Unido, na Itália em 1978, em Portugal em 1979, na Grécia em 1983 e em Espanha em 1986. (OPSS, 2003)

Em síntese, a grande diferença apresentada entre estes dois modelos é a forma de financiamento, pois que no modelo alemão, o financiamento é realizado através do rendimento dos “trabalhadores/empregadores e estado”, enquanto que no modelo inglês o financiamento é realizado através da riqueza total do país (Carvalho, 2009), entenda-se através dos impostos.

1.3 CARACTERÍSTICAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Pode-se caracterizar os sistemas de saúde quanto ao financiamento, à cobertura, à acessibilidade e ao tipo de organizações.

No que diz respeito ao financiamento, pode ser público, privado ou misto.

A cobertura pode ser universal como acontece nos países com SNS e pode ser selectiva dependendo do tipo de cuidados de saúde, o que ocorre é modelos onde existe sistemas de saúde mais próximo do sistema de mercado, significa que existe um sector privado mais agressivo, de prestação de cuidados de saúde, mais actuante e com maior presença na sociedade, o que leva a que a performance do sistema como um todo (público e privado) dependa da capacidade financeira de cada indivíduo.

Pode existir gratuidade na acessibilidade, quer nos cuidados preventivos, quer nos curativos, como é o caso dos países que têm SNS; pode existir gratuidade apenas para os

cuidados preventivos, caso se trate de um sistema mais de mercado e pode existir acessibilidade aos cuidados, apenas se cobertos por seguros de saúde. Em sistemas preponderantemente de mercado (oferta e a procura de cuidados encontram-se livremente), a escolha livre de quem precisa de cuidados e a oferta de quem os fornece fica dependente das variáveis preço relativos dos cuidados de saúde, qualidade e informação.

As organizações de prestação de cuidados de saúde podem ser menos descentralizadas (locais e regionais) como acontece nos países com SNS, ou muito descentralizadas como ocorre nos outros sistemas.

Na Europa, nenhum sistema de saúde tem características eminentemente privadas como ocorre nos EUA. (Carvalho, 2009) À data da escrita desta tese, a lei que cria a extensão de cuidados de saúde a cerca de 30 milhões de americanos que os não tinham, já foi aprovada no Senado, mas ainda não foi regulamentada.

2. EVOLUÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE EM PORTUGAL

Neste capítulo abordar-se-á a evolução do sector da saúde, reportando-se aos meados do século passado e prosseguindo no período do pós 25 de Abril de 1974 até à actualidade.

2.1 O SERVIÇO DE SAÚDE: NO PERÍODO DE ANTES DO 25 DE ABRIL DE 1974

O sector da saúde há muito que adquiriu um papel importante na agenda política, sendo considerado estratégico relativamente aos outros sectores económicos, devido à sua especificidade. (Ribeiro, 2009) De facto, a análise da evolução do sistema de saúde, em Portugal, permite encontrar referências de cariz ideológico, que influenciaram as constantes mudanças na sua organização ao longo do tempo.

A organização dos serviços de saúde em Portugal, fez-se sob a influência religiosa, era de carácter caritativo, sendo crescentemente influenciada pelos ventos de mudanças políticas e sociais de cada época e tinha por objectivo dar resposta ao surgimento de novas enfermidades, novas exigências sociais, epidemias, doenças quer de carácter agudo quer de carácter crónico.

A organização dos “*Serviços de Saúde e Beneficência Pública*” foi iniciada pelo Dr. Ricardo Jorge em 1899, regulamentada em 1901 mas só entra em vigor em 1903. A prestação dos cuidados de saúde era de índole privada, sendo que o sector social e particularmente as Misericórdias tiveram um papel preponderante. Ao Estado cabia apenas a assistência aos

pobres e indigentes. Em Abril de 1946 é definida a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde: Hospitais das Misericórdias, Hospitais do Estado, Serviços Médico-Sociais, de Saúde Pública e Privados. (Simões, 2005)

O Ministério da Saúde só foi criado em 1958, como reconhecimento de que a saúde era uma área autónoma da governação, mas esse facto não trouxe alterações à prestação de serviços em Portugal. Na realidade, os serviços de saúde continuaram a ser prestados quer por instituições privadas quer por instituições oficiais e semioficiais, coexistindo sem qualquer coordenação entre si. (Dahlin *et al*, 2002)

Na década de 70, o sector da saúde era caracterizado por um conjunto fragmentado de serviços de saúde de natureza diversa, tais como Hospitais do Estado, Misericórdias, postos médicos dos serviços médico-sociais da previdência, serviços de saúde pública, médicos municipais, serviços especializados dirigidos para determinadas situações de saúde, sector médico privado, (OPSS 2001, 2002) particularmente na área dos cuidados ambulatoriais, todos insuficientemente dotados das condições necessárias para suprir a crescente necessidade de cuidados de saúde que a sociedade ansiava. Esta dispersão de serviços, não acrescentava qualidade ao sistema de saúde, antes pelo contrário, a cobertura era insuficiente e a acessibilidade aos cuidados, limitada. Por outro lado, as políticas de saúde pública dessa altura estavam apenas orientadas para prevenção e controle de doenças específicas (como a tuberculose), muito influenciada pela doutrina do sanitarismo, corrente ideológica que entendia a saúde pública como uma tarefa do Estado na defesa da sociedade. O Estado centrava a sua atenção no desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. (Sakellarides *et al*, 2006)

Em 1971, na denominada primavera Marcelista, através de um diploma legal que ficou mais tarde conhecido por “*Reforma Gonçalves Ferreira*”, surge um esboço de um Serviço Nacional de Saúde. Alguns dos seus princípios base foram o reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses (o Estado através de uma política unitária de saúde passa a ser responsável deste direito); integração de todas as actividades de saúde e assistência tendo em vista a rentabilização dos recursos utilizados; a descentralização na prestação de serviços e a consequente dinamização dos serviços locais. (Ministério Saúde, 2005)

Só 1971 é que é reconhecido que o Estado passa a ser responsável pela política de saúde e pela sua execução. (Dahlin *et al*, 2002)

2.2 O PÓS 25 DE ABRIL DE 1974 NA ÁREA DA SAÚDE

A política de saúde em Portugal sofre várias modificações a partir de 1974. As alterações não foram apenas organizacionais mas também ideológicas, o que levou a rupturas e a novos modelos de actuação, entre os quais surge a que a criação do Serviço Nacional de Saúde, não como um processo linear e claro, (Carvalho, 2009) mas como um processo de mudança influenciado pelo agentes políticos.

Em 1974 fala-se de um SNS ao qual todos os cidadãos poderiam aceder. (Carvalho, 2009). No entanto, o direito à saúde só foi consagrado no primeiro texto constitucional de 1976. (Ribeiro, 2009). É em 1976, na Constituição da República Portuguesa, que se define que “*o direito à protecção da saúde é realizado por um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e gratuito*” (Canais, 2005, 77). Apesar de o Serviço Nacional de Saúde ser referido no texto da Constituição de 1974, só em 1978 surgem condições políticas e sociais que permitiram a efectiva criação do Serviço Nacional de Saúde. Assim, todos os portugueses, trabalhadores por conta de outrem, por conta própria, beneficiários da segurança social, em suma todos os cidadãos, puderam passar a ser assistidos de forma universal e gratuita nos hospitais públicos (maioritariamente antigos hospitais das Misericórdias - nacionalizados em 1975) e nos Serviços Médico-Sociais de Previdência. (Campos, 2008). Nesta altura colocou-se em prática, o acesso aos postos de previdência social, para todos os portugueses, fosse qual fosse a sua capacidade contributiva, tal como já tinha sido referido em 1976, através da denominada “*Lei Arnault*”.

Em Portugal, até este momento, a prestação de cuidados de saúde tinha pouca expressão e um alcance reduzido. (Ribeiro, 2009)

A Lei de Bases do SNS é aprovada em Setembro de 1979. O Governo seguinte revogou vários diplomas da Lei de Bases, mas voltaram a ser aprovados outros em 1980 e mais tarde em 1982. Na primeira revisão constitucional, em 81, é acrescentado o artigo 64º da Lei nº 1/81 onde é referido que “*a gestão do Serviço Nacional de Saúde deve ser descentralizado e participado.*” (Artigo 64º da Lei nº 1/81)

Em 1985 Portugal entrava na Comunidade Económica Europeia e atravessava um período de crescimento económico e de estabilidade política (Sakellarides *et al*, 2006), facto que se reflectiu na implementação de medidas para melhorar o sector da saúde. É a partir desta altura que se prepara uma reforma do sector, criando-se novos mecanismos de orientação estratégica e de responsabilização: iniciou-se a contratualização e a remuneração

associada ao desempenho, deu-se maior atenção às doenças crónicas e constituíram-se sistemas de qualidade e centros regionais de saúde pública. (OPSS, 2009)

A Lei nº 1/89 determinou que o acesso aos cuidados de saúde passasse a ser tendencialmente gratuito, deixando para trás a gratuidade total do Serviço Nacional de Saúde. (Canais, 2005)

Ao longo de anos as alterações políticas reflectiram-se, também na legislação do sector da saúde com tentativas de revogação da Lei de Bases do SNS, travada primeiro pela apreciação da constitucionalidade e depois pelo Tribunal Constitucional. (Campos, 2008)

No período de tempo que decorre entre 1985 a 1990 procuram delimitar os campos de actuação dos sectores público e privado, sendo que este último estaria fora do Serviço Nacional de Saúde quer pela propriedade quer pelo financiamento e actuaria na sociedade de acordo com as regras do mercado. (Sakellarides, *et al*, 2006)

2.3 O SISTEMA DE SAÚDE AOS FINAIS DO SÉCULO XX

Pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto o SNS é *“um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministério da Saúde e tem como objectivo a protecção da saúde individual e colectiva.”* O SNS *“tem como missão garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.* (Dahlin *et al*, 2002, 35) e isso independentemente das condições sócio-económicas e da localização geográfica. A acessibilidade aos cuidados de saúde passa a ser definida como *“a possibilidade de obter cuidados de saúde que em qualquer momento sejam considerados necessários, nas condições mais convenientes e favoráveis. Esta possibilidade deverá pautar-se pelo princípio da equidade, tendo em conta as características de cada comunidade.”* (Baleiras, 1992, 9). O acesso aos cuidados de saúde pode ser mensurado em função da medida de proporção dos cidadãos que utilizam os serviços de saúde, de forma apropriada. (OESS, 2004)

O SNS visa dois grandes objectivos: promover o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde e a eficiência económica, de forma a obter uma maior disciplina orçamental e controle da despesa pública. (Simões, 2005)

O SNS abrange um sector público cujas despesas crescentes contribuem para os deficits orçamentais e para o desequilíbrio das contas públicas, pois o Estado afecta crescentemente mais recursos ao sector, uma vez que a sociedade exige cada vez mais, uma

resposta aos seus anseios nesta área. Por outro lado, existe um sector privado que se encontra pujante e vê na saúde uma actividade económica extremamente rentável, em que a procura não cessa de aumentar e os cidadãos, desapontados nas expectativas que tinham ver os seus problemas de saúde resolvidos em tempo útil ou atendidos como maior dignidade, acabam por não usufruir plenamente do SNS (para o qual contribuem através dos impostos que pagam) e num gesto de fuga ao sistema arcam com maiores encargos com a saúde recorrendo quer aos seguros privados, quer à medicina liberal.

O SNS engloba cuidados primários, cuidados secundários e terciários. Os profissionais de saúde que não estão em situação de Exclusividade, situação contratual que os obriga a trabalhar em exclusivo para o SNS, podem trabalhar também sector privado ou no sector social e nas ONG'S.

São características do SNS:

- “Ser universal e prestar integralmente cuidados globais, ou garantir a sua prestação;”
- “Ser tendencialmente gratuito, tendo em conta as condições económicas dos cidadãos;”
- “Procurar garantir a equidade, atenuando os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras, no acesso aos cuidados;”
- “Ter como objectivo a efectivação, por parte do Estado, da responsabilização que lhe cabe na prestação de cuidados de saúde aos indivíduos, à família e à comunidade.” (Dahlin *et al*, 2002, 35)

As circunstâncias políticas, sociais e económicas nas quais o SNS foi implementado contribuíram para a existência de debilidades funcionais.

Há algumas dessas debilidades no SNS tais como:

- Uma base financeira débil;
- Uma gestão de natureza essencialmente administrativa, portanto, sem uma cultura de gestão apropriada ao sector da saúde;
- Um desequilíbrio entre os interesses públicos e privados;
- Acessibilidade limitada aos cuidados e uma inexistência de qualidade de cuidados ou pelo menos essa informação não existia. (Sakellarides *et al*, 2006)

É em 1993 que é aprovada a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e é publicado o Decreto-Lei nº 11/93 onde são criadas as unidades integradas, ultrapassando a incorrecta dicotomia cuidados de saúde primários e diferenciados (quer do ponto de vista clínico, quer

organizacional). É através da criação das unidades integradas que se pretende não só a articulação entre os centros de saúde e hospitais mas também, uma gestão dos recursos existentes, adequados à população a que se destina.

A partir de 1993 o Governo incentiva o financiamento privado no sistema de saúde, como forma de diminuir a pressão no serviço público e assim poder retirar do SNS muitos milhares de cidadãos, deixando espaço livre para aqueles que por uma razão ou outra (financeira, técnica ou de convicção), podem deixar de recorrer ao SNS.

Também nesta altura surge a ideia de entregar unidades hospitalares públicas à gestão de grupos privados, como forma de procurar que estes grupos pudessem trazer conhecimentos, práticas e modelos de gestão mais eficazes, contribuindo para a eficiência económica das instituições e deter a escalada de crescimento dos custos.

Aparecem também mais unidades privadas de prestação de cuidados de saúde, no entanto, foi esquecida a área dos recursos humanos e os profissionais de saúde e a sua progressão profissional uma vez que os privados procuraram utilizar os recursos humanos do sector público, de forma a rentabilizar os investimentos realizados sobretudo em instalações e equipamentos. O paradoxal é que tal teve um efeito de sobre-utilização dos recursos no sector privado e em muitos casos levou a uma sub-utilização no público, com os inerentes custos para o SNS e as extrenalidades negativas nas Famílias que passaram a pagar mais pela saúde que procuravam manter.

Tendo em vista a participação social, a promoção da saúde e a racionalização da utilização dos recursos, em 1999 foi estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde, que preconizavam um conjunto de recursos articulados na base da complementaridade e organizados de forma geográfica e populacional. Neste seguimento foram idealizados os Centros de Responsabilidade Integrada, que se constituíram como órgãos de gestão intermédia, dotados de poder de decisão e que com uma honrosa excepção em Coimbra, do Serviço de Cirurgia Cardiorácica, dirigido pelo Professor Dr. Manuel Antunes, acabaram por não vingar como solução uma vez que o seu financiamento dependia da produtividade e maior produtividade significava uma escalada nos custos.

Simultaneamente, em alguns países da Europa, procurava-se reformar os serviços nacionais de saúde considerando ser *“necessário reformular profundamente os aparelhos que gerem os regimes de bem-estar; (Carvalho, 2009) atendendo às especificidades da saúde – o Serviço Nacional de Saúde não poderia ser gerido como organismos desconectados, caóticos com graus de desperdício elevados, sem atender às necessidades da população que devia servir, mas também não poderia ser gerido sobre critérios meramente financeiros, em que o*

controlo dos custos se sobrepusesse às missões que lhe estavam confiadas. Nesta linha de pensamento, em 1994, a OCDE refere que os grandes objectivos de todas as reformas de saúde deveriam ser a equidade, a eficiência e o aumento da responsabilidade perante o utilizador. (Carvalho, 2009)

A não implementação ou a implementação muito incipiente das propostas de Enthoven (serviço de saúde inglês), de Dekker (na Holanda) e de Martorell (em Espanha), retiraram importância às ideias mais liberalizantes. Permaneceram, no entanto, “*alguns dos dispositivos ensaiados durante o período (por exemplo, uma melhor distinção entre o financiador e o prestador, contratualização), mas agora num contexto diferente.*” (Carvalho, 2009: 84)

2.4 A ACTUALIDADE DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE: OS DESAFIOS DO SÉCULO XXI

No final do século XX e inícios do século XXI, a política de saúde teve metas definidas no documento “*Saúde, um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)*”. Este documento tinha várias preocupações, entre as quais, a acessibilidade aos serviços de saúde. Mas em 2000, perdeu o apoio político e deixaram de ser consideradas essas metas.

Durante o período de 2002 a 2005 várias foram as alterações realizadas no sector da saúde: em 2002 surge a figura dos Hospitais SA, a regulamentação das parcerias público-privadas, a criação do Programa Especial de Combate às listas de espera cirúrgicas (PECLEC), a introdução dos genéricos como medicamentos dentro dos sistemas de participações do Estado, o preço de referência e a receita única e renovável. Também neste período é aprovado, através da Lei nº 27/2002, o novo regime de gestão hospitalar, onde são introduzidas diversas e profundas alterações na Lei de Bases da Saúde e o Decreto-Lei sobre a reorganização dos cuidados de saúde primários, que nunca foi implementado. (OPSS, 2009). Nasce, então, um novo modelo de gestão hospitalar, através da gestão realizada por gestores a maioria provindos fora do Ministério da Saúde e até do sector público acreditando-se que tal iria tornar mais eficientes os hospitais, e ainda tornando os hospitais públicos em sociedade anónimas de capital integralmente público como forma de retirar os custos destas entidades do Orçamento de Estado (desorçamentação), permitindo assim que estes custos não figurassem como peso financeiro nas contas públicas, para dar cumprimento às metas de contenção do défice do Estado, variável que era necessária atender dado que o País se encontra na zona euro e é obrigado a cumprir um conjunto de critérios de rácios de bom desempenho orçamental.

Outras ideias presidiram à criação dos Hospitais S.A. nomeadamente porque a sua coordenação passaria por uma entidade criada para o efeito denominada Estrutura de Missão dos Hospitais S.A. e que era uma entidade autónoma dentro do Ministério da Saúde, que coordenava os vários Conselhos de Administração desses Hospitais. Na prática, a suposta autonomia de cada Hospital S.A., não existia, porque dependia desta macro-estrutura que interferia em todos os processos, inclusive na nomeação dos presidentes dos Conselhos de Administração. A preconizada gestão empresarial acabou por ser apenas mais uma experiência que fez disparar custos, criou um clima de insegurança na população, uma falta de aderência dos profissionais de saúde à reforma e uma conflitualidade, que até então se encontrava bastante esbatida no sector da saúde.

Em 2004 nasce o “Plano Nacional de Saúde (2004 - 2010)” como consolidação de um compromisso de estratégia de saúde. (Sakellarides et al, 2006),

Em Março de 2005, com o novo Governo, inicia-se nova reforma.

Nesta altura, ocorreram modificações no SNS, das quais há a destacar: a reforma dos cuidados de saúde primários, criando as Unidades de Saúde Familiar - USF e os Agrupamentos de Centros de Saúde - ACES; alteração da rede de cuidados, com o encerramento de vários blocos de partos, formulação de uma rede de emergência pré-hospitalar, com a requalificação dos serviços de urgência; criação de centros hospitalares, onde foram agrupados vários hospitais da mesma área geográfica; a transformação dos Hospitais SA em Hospitais - EPE (Entidades Publicas Empresariais); a aplicação de taxas moderadoras para internamentos e cirurgias de ambulatório, entretanto erradicadas a partir de 1 de Janeiro de 2010 por pressão da sociedade civil e a criação de uma rede de cuidados continuados. Para além destas alterações, outras medidas foram colocadas em prática, como a liberalização da propriedade das farmácias, permissão da venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora destas, o nascimento de farmácias hospitalares dentro dos hospitais públicos e o incentivar das farmácias sociais. Também nesta altura procurou-se a optimização de sistemas de informação que auxiliassem quer os hospitais, quer os centros de saúde, na gestão de informação clínica, administrativa e de interface entre hospitais, centros de saúde, segurança social, bem como de acompanhamento ao programa de combate às listas de espera.

Em 2008, o Ministério da Saúde, assume como principal preocupação o acesso facilitado e adequado aos cuidados de saúde.

No final de 2008 surge o Decreto de Lei 28/2008, que estabelece a criação, estruturação e funcionamento dos ACES. É através dos novos ACES e da nova rede de cuidados continuados que o Governo pretende, por um lado, aumentar a acessibilidade e o

envolvimento activo da comunidade nos cuidados de saúde e por outro ajustar a oferta de cuidados de saúde e apoio social às necessidades dos cidadãos com dependência temporária ou prolongada. Paralelamente a estas alterações surgem o Plano de Acesso à Cirurgia Oftalmológica por pressão social, quando o Ministério da Saúde foi confrontado com o facto de várias Câmaras Municipais enviarem os seus doentes oftalmológicos em lista de espera para cirurgia, para Cuba, para aí serem operados a expensas do erário público português. (OPSS, 2009).

Ao longo de todos estes anos constata-se que várias foram as reformas realizadas no Serviço Nacional de Saúde que se regeram por quatro grandes princípios: procura de mais equidade/igualdade de oportunidades de acesso, maior solidariedade no financiamento, maior efectividade das intervenções e mais eficiência na utilização dos recursos. (Nunes, 2009).

As alterações do SNS permitiram um enorme passo no progresso da saúde dos portugueses, principalmente na acessibilidade aos cuidados de saúde. Neste sentido, acessibilidade é sinónimo de possibilidade de os cidadãos obterem cuidados de saúde de qualidade, apropriados às suas necessidades de forma terem ganhos em saúde. (Justo, 2002) Todos os cidadãos têm direito e livre acesso aos cuidados de saúde, livre de encargos no local de prestação de cuidados, excepto no que respeita ao pagamento de uma taxa moderadora (caso não estejam isentos), e o pagamento dos cuidados prestados são responsabilidade do Estado. (Moura, 2006)

O atributo constitucional da universalidade significa que todos os portugueses passam a ter direito à saúde sem qualquer discriminação (sexo, idade, religião, profissão, classe ou sistema de protecção social): Todos os cidadãos podem ser assistidos em todos os hospitais, centros de saúde da “*primeira geração*” e postos dos Serviços Médico-Sociais. (Campos, 2008)

No que se refere ao financiamento existem duas dimensões diferentes de financiamento dos cuidados de saúde: uma consiste em conseguir mobilizar os recursos financeiros necessários para assegurar aos cidadãos o acesso a cuidados de saúde e a outra diz respeito à utilização dos recursos disponíveis para conseguir os melhores resultados possíveis. (Sakellarides et al, 2006)

A todos os cidadãos passa a haver idêntico acesso aos cuidados de saúde e a todos devem ser facultadas idênticas circunstâncias de partida, nos planos biológico e social, de forma a desenvolver os seus talentos e capacidades. (Nunes, 2009)

A acessibilidade aos cuidados é nada mais que a correspondência entre quão acessível um serviço está em relação à capacidade de utilização por potenciais consumidores (Cunha, 2007).

Os países mais desenvolvidos enfrentam vários problemas comuns nos seus sistemas de saúde: custos elevados, ineficiência e queixas de falta de qualidade. Esta é uma realidade deveras preocupante quando se pretende que estes sistemas respondam às necessidades da comunidade, sem esquecer os princípios de equidade e solidariedade, para que todos os cidadãos recebam de igual modo cuidados de saúde de excelência. (Pisco *et al*, 2006). Por outro lado, na maior parte dos países europeus, a procura de cuidados de saúde tende a aumentar fruto das contingências demográficas, da exigência dos cidadãos e dos avanços tecnológicos, científicos sobretudo na área médica. O aumento da esperança de vida e consequentemente o envelhecimento populacional que ocorre preponderantemente na Europa criou novas necessidades em cuidados de saúde por parte dos cidadãos. Para além disso, as novas tecnologias de informação e dos elevados padrões de vida os cidadãos exigem e permitam uma maior e melhor acessibilidade aos cuidados. (OPSS, 2003)

Na sociedade portuguesa também há maior exigência sendo por isso necessário que o SNS acompanhe as expectativas da população sendo para isso necessário uma gestão eficiente e racional, mas que não coloque em causa os ganhos em saúde já obtidos. Desta forma, além de aumentar a despesa para cobrir carências, é necessário racionalizar os gastos, melhorar a acessibilidade, promover a equidade, combater o desperdício e fomentar a qualidade dos cuidados prestados (Silva *et al*, 2006), já que as expectativas dos cidadãos são cada vez maiores quando se fala em cuidados de saúde. (Pisco *et al*, 2006) A acessibilidade pilar fundamental de qualquer sistema de saúde, é também o principal factor que condiciona a procura de cuidados de saúde.

Os estudos realizados em Portugal sobre a acessibilidade indicam que embora sendo um país de pequena superfície, a distância/tempo do utente ao serviço de saúde do SNS mais próximo é um dos factores mais de distorção da procura. (Ribeiro, 2009) e as políticas de saúde devem responder aos desafios actuais decorrentes das alterações demográficas, onde o envelhecimento é um factor de aumento da procura dos cuidados, o aumento dos problemas de saúde mental, o aumento das patologias relacionadas com estilo de vida, que levam a doenças como a diabetes, cancro do pulmão, acidentes de viação, entre muitos outros. O número de cidadãos residentes nas cidades, tem vindo a aumentar constantemente nos últimos anos, (Pisco *et al*, 2006) e isso cria também um tipo diferente de problemas sociais e de saúde, que não existiam há 30 anos, por exemplo.

Em 2006, o relatório da OCDE é peremptório: *“os gastos com a saúde continuam a aumentar e se as tendências perdurarem, os Governos terão de aumentar impostos, cortar nas despesas em outras áreas, ou aumentar as contribuições dos cidadãos para manter os sistemas de saúde.”*

Após 30 anos de implementação e expansão, o SNS enfrenta um dilema natural em relação à sua sustentabilidade. Depois de ter dado provas de grandes benefícios para os cidadãos é necessário garantir que o SNS continue a corresponder às características de universalidade e qualidade que os cidadãos desejam. (Silva *et al*, 2006) Algumas das preocupações com que se debate o SNS português é saber se é ou não possível, manter os atributos com que o Serviço foi estruturado e se é necessário proceder a alterações no modelo, adequando o financiamento e a organização de forma a garantir os valores e os princípios essenciais, tais como, o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde de qualidade e excelência, equitativamente distribuídos, tendo em conta a capacidade económica do Estado e comunidade. Desde a criação do SNS, os Governos não têm alterado a forma de financiamento do SNS, receando afectar o acesso aos cuidados de saúde. (Martins *et al*, 2006)

O Sistema Nacional de Saúde apresenta uma enorme falha no acesso aos cuidados e cada vez menos a acessibilidade é universal e justa. De acordo com António Arnault (2008, 1) *“quando o SNS começou a funcionar cobria 90 por cento da população, mas foram degradando o SNS e nunca se viram tantos privados, como agora. Hoje o SNS cobre, na prática só 70 por cento da população.”* Na mesma linha de pensamento, Campos (2002) refere que *“apesar de potencialmente utilizado por toda a população, é na prática o serviço de saúde de cerca de três quartos dos portugueses, os restantes dispõem de cobertura cumulativa por outro subsistema de saúde.”* Segundo o mesmo autor, o *“funcionamento público dos cuidados de saúde é fortemente complementado por encargos suportados pelas famílias ou empresas e serviços (cerca de 40% dos gastos totais).”*

A gestão da saúde deve garantir quer a acessibilidade e equidade aos cuidados de saúde, quer quanto aos recursos necessários ao óptimo funcionamento dos serviços de saúde para a prestação de cuidados de saúde de qualidade (efectividade), quer quanto a implementação de um sistema de saúde que responda às expectativas e necessidades de todos os cidadãos. Além disso, os cidadãos devem ser esclarecidos e ajudados a tomarem decisões sobre a sua saúde e a aderirem aos cuidados de saúde de forma livre e consciente, bem como a utilizar os recursos disponibilizados apenas quando necessário. Por outro lado, as organizações de saúde devem ter em atenção a utilização desses mesmos recursos de forma a considerar a relação custo/benefício. (Prémio de Boas Práticas no Sector da Saúde, 2008)

O aumento da acessibilidade baseia-se na expansão do sistema de saúde tendo em conta a articulação entre os serviços de saúde. (Sakellarides *et al*, 2006)

Actualmente no nosso País existem várias formas de aceder ao Serviço Nacional de Saúde: Consulta e atendimento de urgência nos centros de saúde e recurso às consultas externas e urgências hospitalares. Os cidadãos podem ainda ter acesso a cuidados de saúde através unidades móveis, centros de atendimento e consultas ao domicílio.

Os resultados de um estudo relativo à satisfação do utente (2001, 78) referem que para *“os utentes mais satisfeitos com os serviços recebidos são também aqueles que revelam um nível mais elevado de atitudes positivas e têm uma melhor percepção da qualidade técnica e das relações interpessoais com os profissionais de saúde. É interessante notar que os utentes que utilizam mais os serviços de saúde apresentam avaliações significativamente mais satisfatórias ao nível da comunicação e relações interpessoais. Essa tendência também se verifica ao nível das despesas e coordenação da equipa. Na dimensão Qualidade Técnica verifica-se que são os utentes que utilizam os serviços 1-2 vezes que se encontram significativamente mais satisfeitos. Esta tendência verifica-se também ao nível da acessibilidade aos serviços.”*. (Pereira, 2001)

Os resultados de um inquérito sobre os comportamentos e atitudes da população portuguesa em relação ao sistema nacional de saúde revelam que 49,4% dos inquiridos referem que *“o sector mais importante onde o Governo emprega o dinheiro”* sobrepondo-se a outros sectores ministeriais. (Cabral, 2002)

Segundo o relatório da OCDE sobre Portugal algumas áreas da saúde registaram resultados positivos muito significativos, no entanto o sistema de saúde continua a apresentar desigualdade no acesso aos cuidados, despesa privada elevada e descoordenação entre as instituições de saúde. (Simões, 2002),

São vários os factores que dificultam a gestão do Serviço Nacional de Saúde: *“autonomia médica, hierarquias profissionais, muitas pressões externas, competição interna pelos recursos, falta de incentivos, diferentes disciplinas todas com diferentes objectivos internos e uma enorme falta de informação.”* (Moura, 2006: 105)

Alguns autores, tais como Pisco, Sakellarides e George referem que dificilmente se consegue gerir um Serviço Nacional de Saúde com vista à eficiência e à qualidade, numa situação de total dependência da função pública e de cada vez mais absoluta centralização estatal.

Tendo em conta as várias lacunas do SNS, aqueles autores enunciaram soluções para o futuro. O empreendedorismo tem levado a diferentes formas de gerir e organizar os serviços

de saúde, procurando promover a utilização dos recursos de forma correcta e eficiente, incentivar a qualidade dos cuidados prestados, procurando satisfazer os utilizadores e colaboradores.

Em Portugal, várias têm sido as reformas que procuram implementar o empreendedorismo no sector público da saúde, tais como: a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) e a criação de Centros de Responsabilidade, levando a uma gestão por objectivos e a uma maior racionalidade económica. (OPSS, 2009).

A informação de saúde deve estar mais acessível ao cidadão por via telefónica ou por internet. Além disso, esta informação deve estar associada a um único registo individual para cada cidadão. Os sistemas de informação de saúde devem ser organizados pelos próprios cidadãos e deverão ter em conta a sua opinião, as suas necessidades e as suas expectativas. (Sakellarides *et al*, 2006)

Devido à ineficiência do sector público, a solução tem passado pela contratação de gestores ou profissionais de saúde que tenham a excelência e a competência dos empresários do sector privado nacional (Moura, 2006).

Para Frederico e Leitão (1999: 183) citando Pereira, “*a qualidade dos cuidados de saúde tem a ver com critérios de eficácia, efectividade, equidade, aceitabilidade, adequação, qualidade técnico-científica, continuidade, coordenação dos cuidados*”.

A OMS (2001) recomenda várias medidas estratégicas aos países europeus:

- Assegurar os princípios de solidariedade, equidade e participação;
- Envolver e facilitar o investimento multisectorial em áreas que influenciem a saúde;
- Promover a eficiência na utilização dos recursos e a transparência;
- Tornar os sistemas de saúde mais sensíveis às necessidades e expectativas dos cidadãos e estimular a sua participação na elaboração e implementação das políticas;
- Favorecer a aprendizagem e a cooperação entre países;
- Garantir que os sistemas de saúde são capazes de responder a crises.

3. OS CENTROS DE ATENDIMENTO

A origem e evolução dos centros de atendimento e dos centros de atendimento em Saúde em Portugal é longa e aqui faz-se uma pequena resenha para enquadramento da temática.

3.1 OS CENTROS DE ATENDIMENTO TELEFÓNICO: ORIGEM

As alterações nos mercados permitiram que surgissem novos e inovadores mecanismos de venda e apoio a clientes através do telefone, diminuindo os problemas associados à acessibilidade e à rapidez de tempo, na angariação dos serviços. (Durr, 1998)

O primeiro registo empresarial de centro de atendimento surge em 1880, quatro anos após Alexander Graham Bell ter patenteado o seu invento, quando em Inglaterra, um pasteleiro, mantinha uma lista de clientes com cerca de 180 pessoas, para as quais vendia os produtos por telefone.

Após a II Guerra Mundial, surge a necessidade de revitalizar a economia. A década de 50 ficou marcada por formas mais eficientes de organização das empresas, nomeadamente pela sectorização por funções: produção, comercial, financeira, contabilidade, gestão e segurança. (Castro, 2008)

O Objectivo é criar acréscimos de rentabilidade, melhorando áreas como o marketing, formas comercialmente mais agressivas, esperando aumentar o número de clientes, indo ao encontro da procura. (Mancini, 2006) Nesta altura vários eram os anúncios que davam a possibilidade de os clientes contactarem um número de telefone, solicitando produtos ou serviços publicitados.

Foi a partir de então que as organizações passaram a fazer um esforço específico para que a sua resposta à pressão, da tecnologia e do mercado, ocorresse em tempo real. (Castro, 2008)

A empresa Electropaulo publicou, pela primeira vez, em 1954 uma foto onde é visível uma mesa com cerca de dez telefones, atendidos por homens que prestavam serviços aos consumidores da então “Light”. Seria portanto a primeira fotografia de um centro de atendimento. (Mancini, 2006)

A década de 70, o aparecimento de produtos Japoneses que aliaram a qualidade ao baixo preço.

A primeira crise petrolífera, em 1973, levou a quebras de produção e à descida drástica dos índices de crescimento de produtividade. (Castro, 2008)

Tendo em conta todo o historial de sucesso dos vários sectores que utilizaram os centros de atendimento, também a Ford formou um centro de atendimento, para que junto dos consumidores, se definisse o mercado potencial de compradores de carros.

Nos anos 70, muitos americanos eram consultados através do telefone para pesquisas, ofertas ou vendas (marketing directo) o que fez disparar as vendas e os lucros das empresas que exploram esta nova forma de contacto. (Mancini, 2006)

Tendo em conta o sucesso inegável da indústria japonesa da década de 70, os países ocidentais começaram a preocupar-se com a qualidade, como factor de competitividade das empresas.

Na década de 80, o factor qualidade dizia respeito não só ao produto final, mas também a todas as fases e factores de produção e conseqüentemente, às organizações. (Castro, 2008). Foi também nos anos 80 e nos EUA que nasceu o termo *telemarketing*, associado ao conceito de vendas por telefone.

Na década de 90, as empresas tinham registado crescimentos elevados mas de uma forma pouco estruturada e recorrendo a processos morosos e complexos, pouco virados para a performance. Surge nesta altura a necessidade de as empresas se desfazerem dos activos que não constituíssem o seu *core business*, concentrando o seu esforço e atenção nas actividades em que realmente poderiam dar maior rentabilidade. Esta forma de actuar denominou-se *downsizing*, uma tentativa de diminuir custos, tempo de resposta e melhorar Serviços e trouxe um novo termo que é o da reengenharia de processos.

Por essa surge o conceito de “*centro de atendimento*” e foi empregue nos mais diversos segmentos do mercado: indústria, comércio e serviços. Ao cliente foi permitido manifestar as suas preferências e exercer as suas opções. O cliente passou a ser o centro da atenção e razão da existência das empresas. (Castro, 2008)

Uma nova fase iniciou-se em meados da década de 90. A globalização, acompanhada de uma desregulamentação dos mercados e de maior concorrência que foi reforçada com a utilização da Internet (através da World Wide Web ou www). A informação para além de abundante e fácil de obter, começou a chegar em tempo real aos potenciais clientes.

O uso da *Internet* vulgarizou-se e se por um lado tal facilitou ao cliente novas formas de manifestar as suas preferências e de exercer as suas opções por outro lado, permitiu às empresas criar novas formas de comunicação com o cliente.

O atendimento telefónico não se cingiu somente à venda de serviços e bens e angariação de clientes (*outbound*) passou também a ser uma importante estratégia de marketing para resolução de dúvidas e apoio à distância (*inbound*). Vários centros de atendimento surgiram em áreas como o serviço de apoio a clientes (SAC), pesquisa, cobrança, agendamento de visitas de vendedores, retenção, *help-desk* e pós-venda.

Alguns anos depois do atendimento telefónico, soma-se a informática ao telefone. e o aparecimento do CTI - Integração do Computador ao Telefone (Mancini, 2006 citando Wyman, 1982) que permite às empresas uma missão mais ampla e assim melhorar o seu desempenho através da sua base de dados, sendo possível agregar fax, fazer ligação à *web* e

oferecer melhores serviços e ofertas mais direccionadas e pertinentes aos clientes. (Mancini, 2006)

Para além de todas as aplicações tecnológicas e de software, a informatização dos centros de atendimento permitiu que os trabalhadores de serviço telefónico tivessem acesso a um nível de qualificação superior pois deveriam ter conhecimentos informáticos, capacidade de comunicação e domínio de várias línguas. (EITO, 2001)

Estas novas tecnologias permitiram que para além da angariação de novos clientes ocorresse uma muito importante fidelização destes, pois o contacto passou a ser muito mais interactivo, podendo o cliente também participar quer na qualidade do serviço/produto quer na definição do próprio serviço/produto que as empresas procuravam comercializar.

Associado a este facto, surge o conceito de gestão pela Qualidade Total, que trouxe alterações profundas e fundamentais à forma de atendimento ao cliente. Foi dada uma grande importância e atenção à satisfação do cliente e por isso, maior visibilidade na resolução de processos de forma dinâmica. As empresas, na sua constante procura de optimização dos recursos, para além das alterações na dimensão, também tiveram que criar os meios, que permitissem afectar a cada momento do ciclo produtivo os recursos humanos e materiais necessários, criando a flexibilidade e a agilidade para responder a novas situações, adequando-se e contribuindo para a expansão do mercado.

O mercado apresentou rápidas e constantes alterações a que as empresas tiveram de corresponder com a mesma celeridade, de forma poderem manter-se no mercado. (Castro, 2008). A tecnologia associada às constantes mudanças de design e à crescente exigência dos clientes levou a que o tempo de vida dos produtos e a produção em série diminuíssem vertiginosamente. Surge nesta altura um novo conceito – produção personalizada.

As organizações sob a forma de centro de atendimento ganharam terreno nesta reorganização empresarial. “*A empresa prestadora de serviços de centro de atendimento enforma ao estereótipo de empresa da sociedade da informação.*” (Marques e Santos 2006: 67) Este tipo de organização é estruturada em rede, utiliza tecnologias de informação e comunicação, possui grande flexibilidade e integra-se numa lógica de utilização intensiva de tecnologia, um dos principais factores de sucesso no mundo contemporâneo.

Os centros de atendimento têm uma elevada flexibilidade e adaptam-se a vários tipos de actividades, podendo deslocalizar-se facilmente, principalmente para locais onde existam vantagens competitivas e recorrendo a trabalho temporário, podem ajustar-se às variações da procura. “*A empresa de centro de atendimento, enquanto prestadora de serviços, enquadra-*

se perfeitamente na lógica e nas dinâmicas contemporâneas de reorganização dos tecidos produtivos.” (Marques e Santos, 2006)

Actualmente os centros de atendimento fazem parte da nossa vida diária.

3.2 CENTROS DE ATENDIMENTO EM SAÚDE: CONCEPTUALIZAÇÃO

Um centro de atendimento de saúde é um dispositivo de gestão de informação e comunicação em saúde acessível a todos os cidadãos. (OPSS, 2005)

Um centro de atendimento direccionado para a área da saúde tem como objectivo a prestação de cuidados de saúde por intermédio de um meio de comunicação.

A informação é transmitida através de telefone ao cliente, que contacta a linha do centro de atendimento. Esta chamada é atendida por profissionais de saúde, em regra enfermeiros que direccionam a sua actuação de acordo com a sintomatologia referida pelo utente. Estes profissionais de saúde são apoiados por protocolos clínicos, realizam triagens, orientam e aconselham os utentes para que estes tomem decisões conscientes e informadas.

Um centro de atendimento em saúde oferece à comunidade um complemento ao sistema de saúde proporcionando ao indivíduo a capacidade de tomar decisões, relacionadas com a sua saúde. O serviço de centro de atendimento pode abranger várias áreas da saúde, como por exemplo, a promoção e educação para a saúde, aconselhamento e informação sobre sintomas, patologias e tratamentos e encaminhamento para instituições de saúde (Filho, 2005).

A acessibilidade contínua aos cuidados de saúde e a tomada de decisões conscientes apoiadas por profissionais de saúde é facilitada através da triagem clínica telefónica. Além da triagem clínica, pode ser realizado o aconselhamento e a monitorização de cuidados. (Nogueira, 2004).

3.3 EVOLUÇÃO DOS CENTROS DE ATENDIMENTO EM SAÚDE

Historicamente, Bell foi considerado o inventor do telefone, no entanto, Meucci consegue demonstrar a utilização do telefone 1849 tornando-o assim merecedor da patente da invenção do telefone. O escocês Bell ajudou a fundar várias empresas telefónicas como a companhia “*Bell Telephone Company*”.

Rapidamente esta ideia difundiu-se nos consultórios médicos, permitindo que os utentes realizassem contactos telefónicos onde exporiam as suas angústias, dúvidas. É a partir

deste momento que se inicia o aconselhamento telefónico. O aconselhamento poderia ir desde o aconselhamento de simples cuidados de saúde, à recomendação de uma ida ao serviço de urgência ou uma recomendação para futuros contactos quando necessário. (Wolcott *et al*, 1995)

Além dos consultórios, muitos serviços de urgência também realizavam aconselhamentos. Muitos utentes contactavam estes serviços por considerarem que nestes locais havia acesso facilitado a informações seguras 24 horas por dia. (Briggs, 2000)

Durante a Primeira Guerra Mundial, em França surge um novo conceito que se manteve até aos nossos dias, que é o conceito de Triagem. Triagem telefónica é definida como “o processo de recolha e interpretação de informação ao telefone para determinar a urgência de um problema e a necessidade de intervenção médica.” (Smith, 1999)

A triagem surge como uma forma de não desperdiçar recursos com vítimas de ferimentos graves e possivelmente fatais.

O doente ou quem os está a auxiliar, pode ser aconselhado a decidir sobre as medidas a tomar sobre saúde com o apoio de um profissional competente.

Foi na década de 60 e nos Estados Unidos que surgiram linhas telefónicas de atendimento para facilitar a acessibilidade das populações mais desfavorecidas aos programas de acção social.

O primeiro serviço de triagem telefónica clínica a ser criado denominou-se “*First Help*”, foi também nos Estados Unidos e abrangia as queixas agudas mais comuns. Os utentes estavam divididos por grupos de doentes (adultos, crianças, mulher e doentes de saúde mental).

Este conceito foi replicado a países onde se passou a fazer aconselhamento por telefone.

Os trabalhos regulares de prestação de cuidados realizados pelos enfermeiros nas unidades de saúde, pois eram a eles os profissionais que estavam na linha da frente para responder a estes telefonemas, eram assim frequentemente interrompidos por estes telefonemas de pedido de ajuda, o que em alguns casos levava a aconselhamentos menos reflectidos e por vezes prejudiciais aos utentes.

Nos anos 70 os centros de atendimento não estavam organizados e não estavam vocacionados para a saúde e embora já existissem protocolos de orientação dos enfermeiros para encaminhar os doentes, o aconselhamento era pouco seguro e os próprios protocolos eram pouco desenvolvidos. (Briggs, 2000). Esta situação não impediu a formação de serviços de triagem e aconselhamento telefónico de saúde realizado por pessoal de enfermagem.

É nesta altura que hospitais e clínicas passaram a utilizar os centros de atendimento para otimizar recursos e dar maior apoio ao doente e familiares. Os clientes que utilizavam o aconselhamento telefónico, diminuían os gastos das seguradoras e evitavam procuras desnecessárias das urgências, pois maioria dos casos os cuidados podiam ser realizados no domicílio. (Briggs, 2000)

Os primeiros centros de atendimento em saúde tinham como objectivos fundamentais:

Prevenir visitas desnecessárias aos consultórios e urgências;

Promover medidas de auto-cuidado;

Encaminhar o doente para o local mais adequado, quando era necessária a intervenção médica. (Canais, 2005)

Em 1984, nos EUA, surge a primeira linha de aconselhamento *24 horas*, que evoluiu mais tarde para o primeiro sistema com protocolos computadorizados. A partir desse momento surgiram muitos serviços similares.

Ainda na década de 80, em Cleveland, surgiu o denominado “hospital electrónico” e a “biblioteca de saúde” para utilizadores da *Internet*. Acedendo a esta *Biblioteca* e a este *Hospital* os utentes colocavam de forma anónima todas as dúvidas de saúde às quais os médicos respondiam, sem contudo realizarem diagnósticos ou sugerirem métodos de tratamento. (Milio, 1996)

Várias linhas telefónicas dedicadas a temas específicos foram criadas ao longo dos anos. Exemplos disso foram as linhas de apoio a adolescentes sobre a sexualidade, criadas de forma a controlar o VIH/SIDA. Estas linhas de apoio mostraram ser muito eficazes e aportaram benefícios aos utentes, pois podiam ser utilizadas sem condicionamento de horários. Desta forma, a qualidade de vida da população sai favorecida. Nos Estados Unidos foram vários os projectos em que se aplicaram as novas tecnologias ao serviço de saúde, como por exemplo o da monitorização de idosos e de vários grupos de risco. Um estudo realizado por Walcoh, com militares, permitiu o desenvolvimento de algoritmos para triagem clínica. (Rice, 1987)

A Companhia IAS of Boulder (Sistema de Acesso a Informação) formou uma equipa de médicos e enfermeiros que através dos algoritmos encaminhavam os utentes.

Em 1998, a American Accreditation Health Care Commission certificou os algoritmos do “*First Help*”.

Nos anos 90 surge o “*Managed Care*” que permitiu uma maior capacidade de resposta com menos custos, assegurando um controlo de qualidade e além disso redefinindo o papel dos prestadores num sistema integrado de prestação de cuidados de saúde.

Os esforços administrativos incutidos pelo “*Managed Care*” foram intensos tornando a prestação dos serviços mais dispendiosos, levando ao aparecimento de outros serviços administrativos de apoio. Estes serviços melhoraram o acesso aos cuidados, o acesso a um maior leque de informações de saúde, permitiram ainda acompanhar quer a adesão ao tratamento prescrito pelo médico, quer a saúde dos consumidores, através de contactos posteriores e visitas domiciliárias. (Wolcott, 1996)

O “*Managed Care*” tentou reduzir os custos sem diminuir a qualidade dos cuidados de saúde e sem descurar a satisfação do cliente. Estas organizações conseguiram diminuir as consultas clínicas sem aumentar os recursos humanos e materiais (Honeycutt e Burke, 2000).

Os centros de atendimento em saúde tornaram-se numa actividade empresarial forte e fundamental para os programas de gestão em saúde.” (Briggs, 2000).

Estes centros ajudam os utentes a tomarem decisões informadas de forma a proporcionar cuidados de saúde adequados, no tempo certo e com uma boa relação de custo/benefício. (Walcott, 1996)

Antes de se dirigir a uma instituição de saúde o utente contacta o centro de atendimento e é atendido por um enfermeiro, que de acordo com as informações disponibilizadas, dá orientação ao cliente tendo em conta as suas necessidades, aconselhando o utente, a deslocar-se a uma unidade de saúde, ou a realizar os cuidados em casa, ou marcando consulta no seu médico de família, ou fazendo o reencaminhando a chamada para um centro de atendimento de emergência.

Estes serviços permitiram “*controlar o acesso, cruzando as necessidades do cliente com os serviços de melhor relação custo/benefício no local adequado, enquanto encoraja a participação do cliente no processo e com o objectivo a longo prazo de aprendizagem do conceito de auto cuidado.* (Honeycutt e Burke, 2000: 9)

As linhas telefónicas associadas a vários meios tecnológicos e principalmente a meios informáticos e que têm objectivos predeterminados e específicos, dão corpo ao conceito de *helpline* ou de *hotline*. A sua utilização aumentou na década de 70 disponibilizando informações em temas como violações, toxicodependência e suicídio. Nos anos 80, estas linhas telefónicas já estavam muito desenvolvidas e implementadas no mercado de saúde. Actualmente as linhas telefónicas servem de suporte e de meio de informação para os primeiros casos de participação clínica do HIV. Normalmente as *helplines* são semelhantes

quer nos objectivos a serem alcançados, quer na sua função, embora se diferenciem no design de cada operador. (UNAIDS, 2002)

As funções centrais destas linhas são: “*disponibilizar informação; proporcionar apoio e aconselhamento; fazer referenciação para outros organismos ou instituições; fornecer elementos de avaliação do funcionamento das organizações e seu impacto nos públicos alvo.*” (Gomes, 2009, 29)

A partir da década de 90 as tecnologias de informação têm sido utilizadas no tratamento de dados administrativos, em vez de no desenvolvimento e da inovação dos serviços de saúde. (Milio, 1996)

3.4 OS CENTROS DE ATENDIMENTO EM SAÚDE NA ACTUALIDADE

Inovação pode ser definida como “*uma nova ideia, uma nova prática ou um novo material a ser utilizado num dado processo.*” (Rogers e Shoemaker, 1971)

Inovação também pode ser definida como “*um conjunto de ideias, bens e serviços novos e com utilidade, que resultam de um processo criativo onde o conhecimento é o ingrediente chave para a produção de crescimento económico.*” (OPSS, 2008). Neste sentido, pode considerar-se, inovador, tudo o que seja original, novo, relevante e único.

Ora na área da pesquisa de mercados, definiu-se um novo conceito de *marketing* denominado - *Customer Relationship Management* (CRM) “que reflecte uma visão dinâmica, que optimiza as relações entre as marcas e as pessoas, pois em todos os momentos o consumidor pode contactar a Marca (Brand) para assim ajudar a definir o produto final. O CRM estabelece-se em quatro etapas: identificação, diferenciação, interacção e personalização.” (Gomes, 2009, 60).

Este novo conceito aplicado aos *contact centers* e ao sector da saúde possibilita uma especificidade dos centros de atendimento em saúde, pois ao utente torna-se mais simples e interactivo o acesso a cuidados de saúde e as informações de saúde e em última análise é ao utente que compete definir o que o serviço deve proporcionar e preparar para satisfazer as suas necessidades do utente/cliente.

A associação da gestão da procura ao aparecimento de sistemas clínicos informatizados permitiu a mudança e a inovação nos sistemas de saúde. Os sistemas de informação permitiram desenvolver uma forma poderosa de triagem, aconselhamento e encaminhamento clínico dos utentes.

A acessibilidade contínua aos cuidados de saúde e a tomada de decisões conscientes, apoiadas por profissionais de saúde, foi muito facilitada através da triagem clínica telefónica. Além da triagem clínica, pode ser ainda realizado o aconselhamento e a monitorização de cuidados. (Nogueira, 2004).

É através da triagem telefónica que se promovem os cuidados adequados, no local adequado e em tempo adequado, ou seja, os três “erres”: *right care, right provider, right time*. (Marek, 2000).

A triagem clínica telefónica tem por base protocolos ou algoritmos, “*existe concordância dos médicos para os protocolos com uma variação entre 49% a 84% e para os algoritmos, a concordância sobe para os 92,8%.*” (Wolcott, 1996)

A triagem realizada através do telefone assegura a identificação de chamadas de emergência podendo ser estas encaminhadas para a clínica, hospital ou serviço que melhor possa dar cobertura a tais situações.

Num outro plano, os centros de atendimento telefónico devem assegurar a avaliação dos seus colaboradores e da prestação dos seus cuidados e encaminhamentos, para que os algoritmos possam ser avaliados, revistos e conseqüentemente melhorados. “*A triagem de enfermagem é um modo eficaz a ser utilizado num centro de atendimento em saúde*”, mas o mesmo autor adverte que a escolha dos enfermeiros deve ser cuidada e rigorosa. (Gilman, 2000)

Na opinião de Briggs (2000, 6) “*a equipa tem que ser formada por enfermeiros treinados; a documentação tem que existir ou em papel ou em suporte informático e podem gravar as chamadas; devem estabelecer práticas que assegurem a qualidade, tais como, revisão da documentação, estudo e revisão dos dados, “follow-up” de observação, gravações e medições de dados.*” Neste sentido, Rick Serafino (2000, 1) refere que os centros de atendimento “*devem contratar pessoas com capacidade de adaptação, com treino na comunicação verbal e com capacidade de desenvolver meios de aperfeiçoamento da performance, avaliação e aumento da satisfação do consumidor.*”

Um estudo realizado pela Universidade de *Southampton*, em *Hampshire* EUA, comparou dois serviços de atendimento telefónico de horário alargado, um deles prestado por pessoas não ligadas à saúde e o outro por enfermeiros com formação especial.

Os resultados deste estudo revelaram que o serviço prestado pelo atendimento dos enfermeiros foi o seguinte:

Reduziu em cerca de 40% as visitas dos doentes ao serviço de urgência;

Diminuiu em 50% a carga de trabalho dos prestadores de saúde;

Mostrou ser seguro e eficaz com menos admissões nas urgências;

Não aumentou o número de óbitos;

Permitiu um acesso mais adequado aos cuidados fora de horas;

Possibilitou que, 50% das chamadas, fossem geridas apenas com cuidados e aconselhamento do enfermeiro. (Royal College of Nursing, 1999).

Por outro lado, no relatório Primavera do OPSS (2008, 74) é indicada a *“Implementação e exploração de um centro de atendimento para o público do SNS, através de um contrato em regime parceria público-privada (PPP), entre a Direcção-Geral de Saúde (DGS) e um consórcio privado para a instalação de um centro de atendimento para o público, a cobrir todos os residentes em Portugal”*, como uma medida que iria contribuir para a inovação no sector da saúde em Portugal.

Segundo Simões (2002, 1) *“As parcerias entre os sectores públicos e privado constituem um importante instrumento estratégico dos programas governamentais de reforma de Administração Pública e de modernização dos serviços públicos. Através das parcerias público-privadas, numerosos Governos têm expandido a cobertura dos serviços públicos, economizado meios e melhorado a eficiência e a qualidade da prestação dos serviços públicos assegurando a sua viabilidade futura em termos de sustentabilidade financeira.”* Estas parcerias primam pela inovação e pela gestão e visam mobilizar o *“know-how”* do sector privado e colocam-se ao serviço do sector público de forma a maximizar os projectos existentes ou desenvolver novos projectos.

Tendo em conta a recomendação do relatório de Primavera de 2008 baseado no *NHS Direct* surge o centro de atendimento do Sistema Nacional de Saúde com os seguintes objectivos:

- *“Ampliar e melhorar o acesso dos utentes ao serviço de saúde;*
- *Melhorar e simplificar o acesso a informações de saúde;*
- *Racionalizar a utilização dos recursos existentes;*
- *Aumentar a eficácia e eficiência operativa do sector da saúde;*
- *Operar a modernização e inovação do SNS;*
- *Contribuir para uma maior consistência dos sistemas de informação.”*
(Ministério da Saúde).

O objectivo central do *NHS Direct* é aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde. Através de um programa de software faz-se uma avaliação clínica eficaz levando a uma aproximação de uma uniformização de actuação. (RCN, 1999).

O *NHS Direct* surge no Reino Unido, em 1999, durante a denominada “*Reforma da reforma*” e foi uma das intervenções propostas pelo Partido Trabalhista. No início o *NHS Direct* era uma linha telefónica de apoio, operada por enfermeiros que garantiam informações de saúde e/ou o encaminhamento para instituições do *NHS*. Em pouco tempo se percebeu que esta linha trazia ganhos em qualidade dos serviços de saúde e redução nos custos. Em consequência, a longo prazo a utilização deste serviço iria diminuir a frequência da urgência hospitalar. (Lattimer *et al*, 2000)

Actualmente o *NHS Direct* é considerado um dos maiores serviços mundiais de triagem de enfermagem telefónica. Prevê-se que muitos dos primeiros contactos com o Serviço Nacional de Saúde se realizem através dos encaminhamentos feitos pelos enfermeiros destas linhas telefónicas de saúde.

Vários foram os projectos desenvolvidos e que posteriormente deram origem ao *NHS Direct*. No final do ano 2000 toda a população inglesa tinha acesso ao *NHS Direct*.

No desenvolvimento deste projecto vários estudos comprovam a sua utilidade:

“Em 1/5 das chamadas recebida os utentes precisavam de cuidados mais urgentes do que pensavam;

Em 1/3 dos utentes, estes necessitavam de cuidados menos urgentes;

A ambulância do serviço de emergência foi enviada a cerca de 1.500 utentes que, na sua grande maioria, não tinha intenção de o fazer;

Em 2/5 dos casos das chamadas, no período de Outubro a Dezembro de 1998, foram solucionadas apenas com o conselho do enfermeiro, dos quais, em apenas 1/10 existia a intenção inicial de cuidados em casa, em que os clientes pensavam que poderiam cuidar deles próprios.” (Canais, 2005, 29)

Este tipo de linhas de saúde há muito que são utilizadas nos Estados Unidos. Na década de 90, cerca de 2 milhões de cidadãos americanos utilizava os centros de atendimento para triagem clínica telefónica. Estes números foram aumentando, à medida que o tempo foi passando.

Em 1994 foi realizado nos Estados Unidos da América um estudo que revelou que foram efectuadas 90 milhões de idas ao serviço de urgência e dessas 55% foram desnecessárias. Perante estes resultados os serviços de saúde começaram a procurar estratégias para redução de custos. De forma a evitar a frequência indevida aos serviços de urgência todas as organizações de saúde começaram a promover, junto dos cidadãos, a utilização dos cuidados de saúde primários e a estimularem a adopção de estilos de vida

saudáveis. É nesta altura que os centros de atendimento ganham terreno nos Estados Unidos da América. (Canais, 2005)

No início do ano 2000, foi previsto que cerca de 100 milhões de americanos iriam recorrer a estes serviços, no entanto, este número foi ultrapassado antes do final desse mesmo ano. (Briggs, 2000)

Considerando que nos Estados Unidos da América, os serviços de urgência são dos serviços mais caros, cada uma das idas à urgência evitadas, representa um ganho de cerca de 200 dólares às seguradoras. (Walcott, 1996)

Vários estudos realizados mostraram que cerca de 30% a 40% das consultas de cuidados primários são desnecessárias e que os motivos que levam os cidadãos a estas consultas podem ser facilmente resolvidos com cuidados no domicílio prestados por telefone. Estas consultas, realizadas de forma desnecessária, impedem a possibilidade de existirem consultas mais rápidas. Prevê-se que um dólar gasto na constituição de um centro de atendimento de saúde poupa cerca de 4,75 dólares ao sistema de saúde.

Os centros de atendimento surgem, essencialmente, devido a:

- “Aumento da população sem acesso a seguros de saúde;
- Acesso limitado aos cuidados primários de saúde;
- Internamentos mais curtos;
- População mais idosa;
- Aumento da população materno – infantil;
- Aumento dos planos de “Managed Care”;
- Aumento dos custos dos cuidados de saúde.” (Briggs, 2000)

O desenvolvimento dos centros de atendimento de triagem clínica telefónica está directamente relacionado com a crescente falta de resposta do sistema de saúde e em que muitos dos serviços procurados poderão ser prestados pelos centros de atendimento, tais como:

- “Informação sobre cuidados de saúde;
- Triagem telefónica;
- Aconselhamento fora de horas;
- Referenciação médica;
- Marcação de consultas;
- Confirmação de consultas;
- Entrega de resultados laboratoriais;

- “*Follow-up*” pós-operatório e pós procedimento;
- Avaliação da satisfação do consumidor;
- Gestão da doença;
- Consultas e educação para a saúde, monitorização e telemetria;
- “*Follow-up*” do departamento de urgência ou de clínicas.” (Briggs, 2000)

O aparecimento dos centros de atendimento evitou a presença física junto do prestador de saúde para obter informações e respostas às dúvidas e preocupações do utente. Os centros de atendimento contribuíram para que a qualidade de vida aumentasse significativamente, uma vez que os utentes deixaram de ter que fazer deslocações desnecessárias aos serviços de urgência ou em consultórios médicos e descobriram que poderiam tratar dos seus problemas de saúde e retirar as suas dúvidas de saúde após um telefonema. Os utentes evitam as idas desnecessárias aos serviços de urgência, até porque as seguradoras se recusam a pagar estes cuidados quando considerados desnecessários, pelo que os utentes procuram ter ganhos de qualidade nos cuidados e assim reduzir os custos. (Briggs, 2000)

Na opinião de Walcott (1996) os programas de gestão da procura de saúde não devem mudar cuidados mas devem aconselhar os utentes para que estes tomem as suas decisões em saúde, pensadas e informadas e assim atingir o grande objectivo dos centros de atendimento, “*proporcionar cuidados adequados, no tempo adequado e com melhor relação custo/benefício.*” (Canais, 2005, 26)

A estratégia para uma gestão da procura da saúde adequada é “controlar o acesso, cruzando as necessidades do cliente com os serviços de melhor relação custo/benefício no local adequado, enquanto encoraja a participação do cliente no processo, com o objectivo a longo prazo, de aprendizagem do conceito de auto-cuidado do cliente.” (Honeycutt e Burke, 2000)

Estes autores referem que dos utentes que contactam os centros de atendimento de saúde:

Cerca de 50 a 60% decidem-se pelos cuidados no domicílio;

Cerca de 20 a 25% resolvem marcar uma consulta para o dia seguinte no seu médico de família.

A aplicação das novas tecnologias em saúde serve os intentos de uma reforma de saúde centrando-se no cidadão e na sua capacidade de tomada de decisões de saúde. Neste sentido,

em 1998, o *Royal College of Nursing* elaborou um “*Guia de Boas Práticas*” com os seguintes objectivos:

- Melhorar a acessibilidade à informação e encaminhamento médico;
- Promover a tomada de decisão informada pelos utentes;
- Fornecer informação e aconselhamentos de saúde através da associação de políticas de saúde, sistemas de informação, auditorias de qualidade, monitorização, avaliação e formação;
- Integrar outros serviços, instituições e organizações de saúde;
- Formar enfermeiros em consultas de enfermagem por telefone, promovendo políticas de recrutamento, formação e condições de emprego que maximizem estas condições.

Segundo Briggs (1997, 1) “*a utilização adequada dos recursos de cuidados de saúde é um dos maiores desafios no contexto da prestação de cuidados.*”

A utilização correcta dos centros de atendimento de saúde se por um lado permite que os utentes recorram aos serviços de saúde apenas quando é de facto necessário, por outro lado favorece estilos de vida saudáveis através de informação e conselhos sobre a prevenção da doença.

Actualmente vários serviços telefónicos apoiam os cidadãos em matéria de saúde. Estes são uma parte integral de um sistema de gestão em evolução, porque este contribui para a promoção de uma vida baseada em estilos de vida saudáveis, através do aconselhamento e prevenção da doença. (Gouveia, 2006).

Os centros de atendimento em saúde transformaram a área dos cuidados de saúde permitindo a diminuição do tempo de internamento, a redução do consumo de recursos e aumento dos serviços de ambulatório.

Lattimer (2000) refere que os centros de atendimento trazem ganhos na qualidade dos cuidados de saúde e que estes serão mais visíveis se existir o envolvimento de enfermeiros com experiência e treino específicos.

Em síntese, uma das vantagens dos centros de atendimento reside no facto de os utentes terem “*acesso à informação necessária para tomar decisões, de como, quando e onde procurar os cuidados de saúde.*” (Canais, 2005)

4. OS CENTROS DE ATENDIMENTO EM PORTUGAL: ORIGEM, CONCEITO E PRINCÍPIOS E LINHAS ORIENTADORAS

O Serviço Nacional de Saúde é universal e tendencialmente gratuito, o que significa que todos os cidadãos podem aceder a cuidados de saúde de qualidade. Contudo, como os cuidados primários são muitas vezes desvalorizados pelos utentes que os recusam, verifica-se um aumento significativo na recorrência aos serviços de urgência hospitalar como solução para todo o tipo de cuidados. Este facto é apontado por muitos responsáveis de serviços de urgência, que referem a dificuldade em prestarem de cuidados de saúde de excelência às verdadeiras urgências e emergências clínicas, por existirem um grande número de utentes. (Canais, 2005)

Nos últimos vinte anos, vários estudos comparativos realizados em Portugal apresentam um aumento dos custos com os cuidados de saúde. (Gaspar 1998, 54) Este autor refere, que Portugal *“é o país da União Europeia onde os cuidados de saúde pagos, são os mais elevados, cerca de 40%, contra a média europeia de 25%. Este aumento da despesa com a “cuidadores privados de saúde” coincide com o aumento rápido da despesa pública.”*

De forma a tornar o Serviço Nacional de Saúde universal e tendo em conta a relação custo/benefício, é criada pela primeira vez, uma *helpline* de saúde. Esta linha, inaugurada em 1999, tinha por base os sistemas montados no Reino Unido e na Suécia, cujo objectivo era responder ao difícil acesso aos cuidados pediátricos, pela existência de uma afluência aos serviços de urgência exagerada.

Este serviço ficou conhecido pelo *“Doi-Doi-Trim-trim”* com atendimento realizado por enfermeiros, que baseados nas solicitações telefónicas e com a ajuda de um sistema informático, determinavam o encaminhamento mais correcto, tornando-se muito popular entre os Utentes.

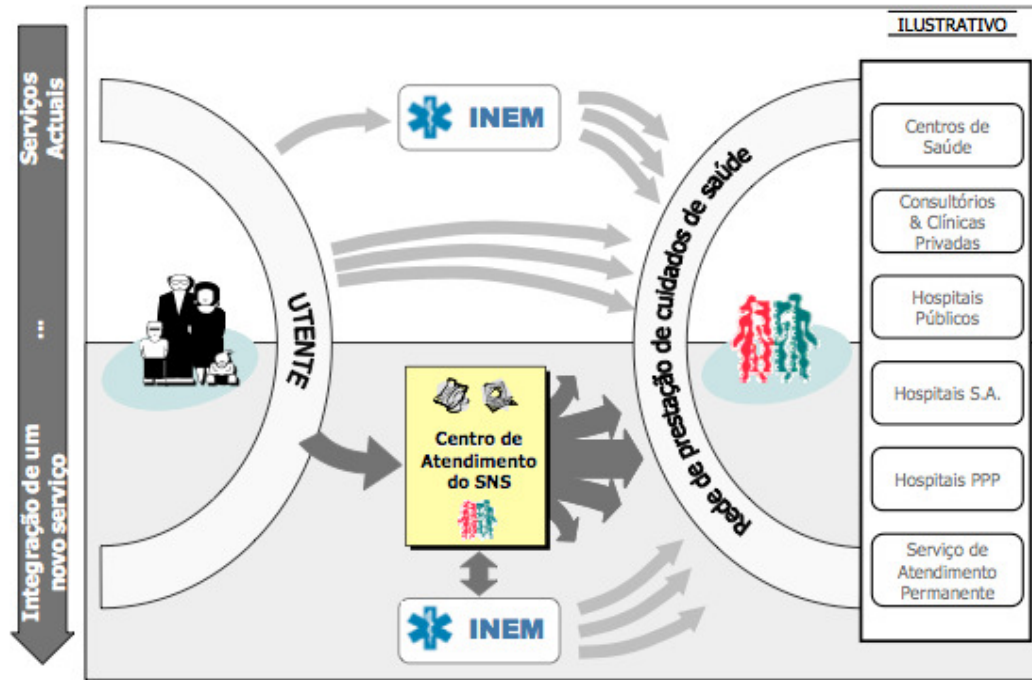
Tendo por base o exemplo de popularidade da linha de saúde *“dói-dói-trim-trim”* o Governo propôs um construção de um centro de atendimento, que abrangesse toda a população portuguesa.

Desta forma, em Fevereiro de 2004 o Ministério da Saúde efectuou uma auscultação de mercado para o lançamento de um novo serviço de saúde baseado nos centros de atendimento *NHS Direct* e *Varguiden* (inglês e sueco respectivamente), visando responder às necessidades sentidas pela população portuguesa em matéria de saúde. O grande objectivo deste serviço é contribuir para a ampliação e melhorar a acessibilidade aos serviços,

racionalizando a utilização dos recursos existentes através do encaminhamento da população para as instituições de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde.

Para tornar possível, estes objectivos, o Serviço englobaria ainda dois serviços já existentes no Serviço Nacional de Saúde: a linha de saúde pediátrica (*dói-doi-trim-trim*) e a linha de saúde pública, tal como se pode verificar na Figura 1.

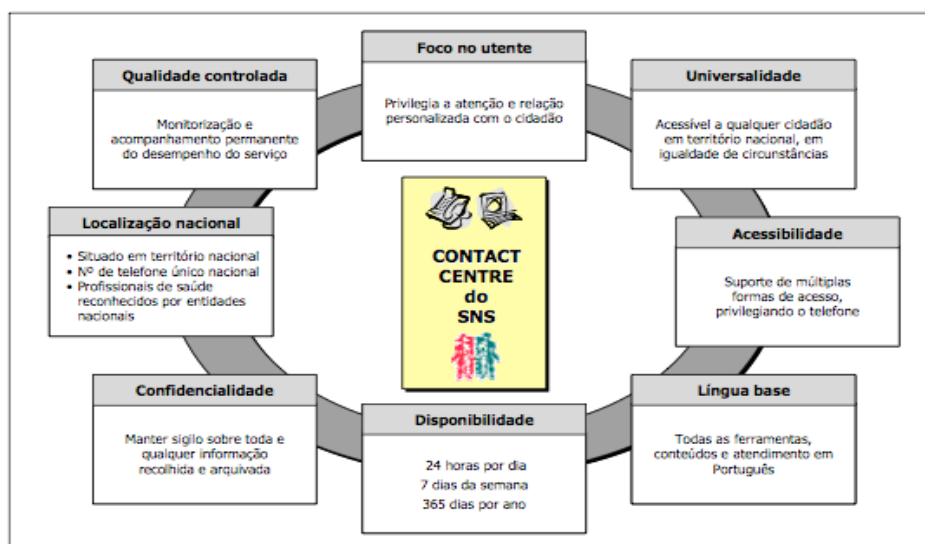
Figura 1: Diagrama conceptual do centro de atendimento do SNS



Fonte: Portugal. Ministério da Saúde, 2007

Uma vez que o SNS se rege por princípios de universalidade, gratuidade, equidade, efectividade e justiça, procurando prestar ou garantir cuidados de saúde globais e de excelência (Dahlin *et al*, 2002), um Centro de Atendimento, enquanto serviço integrado no Serviço Nacional de Saúde, regendo-se pelos mesmos princípios, conforme ilustração na Figura 2 seria fundamental para promover as missões do SNS.

Figura 2: Princípios orientadores do Centro de atendimento SNS



Fonte: Portugal. Ministério da Saúde. 2007

O Centro de atendimento integrado do SNS apresenta várias linhas “orientadoras que resultam de quatro vectores” (Gomes, 2009:34). O quadro 1 sintetiza as linhas orientadoras para o Centro de Atendimento em Saúde e apresenta ainda os objectivos operacionais.

Quadro 1: Linhas orientadoras para o centro de atendimento

Linhas Estratégicas	Objectivos Operacionais
Níveis de Serviço	Definir formas que interiorizem com rigor os níveis de serviço desejados e que garantam a sua avaliação, monitorização, acompanhamento e orientação centradas no utente;
Validação de Conteúdos Clínicos	Realizar protocolos e algoritmos, baseados na realidade portugueses, derivando desta forma a aceitação dos profissionais de saúde levando a um bom desempenho dos serviços prestados.
Articulação com outras instituições integradas no Sistema de saúde	Organizar formas de articulação entre o centro de atendimento e outras instituições integradas no sistema nacional de saúde tendo em conta que este processo é intermediário entre a procura e a oferta de cuidados de saúde.
Consistência dos Sistemas de Informação	Disponibilizar um serviço moderno, fácil e rápido baseado na optimização da Tecnologia e sistemas de informação de saúde.

Fonte: Gomes, 2009 (adaptado)

Os profissionais que operam nos centros de atendimento devem ser enfermeiros com várias competências, habilitações técnicas e profissionais estabelecidas no quadro 2.

Quadro 2: Job Description dos enfermeiros do centro de atendimento**Competências, habilitações técnicas e profissionais**

- Profissionais de enfermagem com grau académico reconhecido pelas entidades competentes;
- Condição preferencial: especialistas, pós graduados ou com outra formação complementar;
- Dois terços dos enfermeiros deverão ter no mínimo de 5 anos de exercício e os restantes no mínimo com 2 anos de experiência profissional;
- Conhecimento no tratamento e recuperação de doenças, bem com na prevenção e promoção da saúde;
- Conhecimento da organização do SNS;
- Capacidade de comunicar de forma clara e eficaz com os utentes revelando simpatia e cortesia;
- Capacidade de condução de contactos de um modo calmo, claro e profissional, lidando com os utentes com dignidade e respeito;
- Capacidade de saber ouvir, revelando disponibilidade e transmitindo segurança;
- Boa dicção;
- Preferencialmente, conhecimento de línguas estrangeiras;
- Conhecer os instrumentos técnicos de que dispõe;
- Capacidade de trabalho em equipa;
- Revelar motivação e responsabilidade.

Fonte: Portugal. Ministério da Saúde. 2007 (adaptado)

Em Maio de 2004, surge um novo serviço de saúde através do lançamento de Concurso Público nº 1/2004, relativo a centros de atendimento. Em Setembro do mesmo ano, são entregues as propostas dos vários concorrentes e dá-se início ao acto público. Um ano depois do lançamento do concurso público, em Maio de 2005, iniciam-se as várias secções de negociação com a EPS – Gestão de Sistemas de Saúde, S.A. cujo término ocorre em Janeiro de 2006.

Em Abril de 2006 constitui-se a Sociedade LCS – Linha de Cuidados de Saúde, S.A. É em Maio do mesmo ano, que é assinado o contrato de prestação de serviços. Em Agosto o Tribunal de Contas dá o seu aval.

O lançamento do Serviço Empresa da Linha Saúde 24 dá-se em 25 de Abril de 2007. O centro de atendimento português é inaugurado oficialmente a 9 de Maio de 2007, sob a forma de uma parceria público/privada entre o Ministério da Saúde e a Linha de Cuidados de Saúde, SA do Grupo Caixa Geral de Depósitos.

5. CENTRO DE ATENDIMENTO SAÚDE 24

Actualmente em Portugal, são várias as *helplines* dedicadas à saúde sendo uma das que contém maior visibilidade a Linha Saúde 24.

A Linha Saúde 24 surge, na sua origem, associada a uma seguradora do sector privado, *Médis*, e o contrato desta linha tinha como objectivos centrais (Quadro 3) triar, aconselhar e encaminhar utentes de idades compreendidas entre os 0 e os 15 anos para as mais diversas instituições integradas no Serviço Nacional de Saúde. (Gomes, 2009)

Quadro 3: Objectivos do centro de atendimento em saúde

Objectivos do Centro de atendimento em saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar e melhorar o acesso aos serviços de saúde; • Racionalizar a utilização dos recursos existentes, materiais e humanos orientando o fluxo de utentes no acesso a prestações de saúde; • Aumentar a eficácia e eficiência operativa do sector da saúde permitindo a orientação dos utentes para as instituições e serviços mais adequados às suas necessidades de cuidados em cada momento contribuído para a diminuição de situações de congestionamento verificadas em determinados serviços das unidades de saúde; • Promover o envolvimento dos cidadãos na gestão activa do seu processo de saúde, suportados pela informação e segurança necessárias; • Operar a modernização do SNS de acordo com as melhores práticas internacionais na área do acesso a cuidados e informações de saúde.

Fonte: OPSS 2005 (adaptado)

Actualmente, o *contact center* Saúde 24 é um serviço integrado no Serviço Nacional de Saúde e tem como principal objectivo “*providenciar de forma célere, a todos os Utentes, informação relacionada com Saúde, de tal modo que seja possível aferir as efectivas melhorias na Prestação de Cuidados de Saúde para todos os Utentes, gerindo ao mesmo tempo a sua procura e reduzindo o uso inapropriado do Serviço Nacional de Saúde.*” (LSC, 2007) Para além deste objectivo, pretende-se ainda:

“Oferecer acesso simples, rápido e cómodo ao Serviço Nacional de Saúde, para toda a comunidade;

Oferecer aos utentes um Serviço Público de confiança, confidencial e uma coerente fonte de aconselhamento e informação sobre Saúde, permitindo-lhes, de forma consciente decidir pelo

auto tratamento ou em caso de necessidade saber qual dos Serviços do Sistema Nacional de Saúde é o mais apropriado para o tratamento do seu caso;

Aumentar a qualidade, incrementar a relação custo/benefício e reduzir a procura desnecessária dos Serviços do Sistema Nacional de Saúde, oferecendo respostas ajustadas às necessidades dos utentes;

Permitir que sejam libertos recursos, ao nível dos profissionais de saúde, focando assim toda a atenção nos casos para os quais as suas competências são efectivamente necessárias.” (LCS, 2007)

Já em 2005 o Observatório Português dos Sistemas de Saúde refere, no seu relatório de Primavera, que 95% dos utentes que contactaram o centro de atendimento estão satisfeitos com os cuidados prestados pelos enfermeiros da linha e que, dos restantes 5%, apenas 1% se encontra “insatisfeito” ou “muito insatisfeito”. (Gomes, 2009)

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde refere que o centro de atendimento em saúde é pois uma medida importante na acessibilidade aos cuidados de saúde, colocando o “país na vanguarda da inovação no acesso à informação e a cuidados de saúde à distância”. No entanto, o OPSS alerta que o sistema sueco, que esteve na génese do centro de atendimento português, ainda não abrange todo o país, devido ao nível elevado de padrões de qualidade, à sua implementação e à satisfação dos utentes. (Gomes, 2009)

5.1 MISSÃO, VISÃO E VALORES DO CENTRO DE ATENDIMENTO SAÚDE 24

Missão é uma declaração concisa, clara e objectiva que incorpora os valores da organização. Sendo assim, ela revela a razão pela qual a organização existe e dá *focus* e sentido a cada um dos seus elementos para que possam contribuir pela sua acção para cumprir os objectivos superiormente determinados. (Reis *et al*, 2008)

O Centro de Atendimento Saúde 24 tem como missão: “*Contribuir para a Prestação de Cuidados de Saúde integralmente focados no Cidadão, facilitando o respectivo acesso a informação e aos Serviços de Saúde do Sistema Nacional de Saúde, através de um Serviço de reconhecida notoriedade e de elevado valor para o utente, com nível de excelência nos Serviços disponibilizados.*” (LCS, 2007)

Enquanto a missão nos conduz à acção, a visão é dinâmica, é o futuro, são as intenções e aspirações para alcançar as várias missões da organização (Reis *et al*, 2008). A intenção ou

visão do Centro de Atendimento Saúde 24 é “*responder às necessidades manifestadas pelos cidadãos em matéria de saúde, contribuindo para ampliar e melhorar a acessibilidade aos serviços e racionalizar a utilização dos recursos existentes, materiais e humanos, disciplinando a orientação prestada no acesso aos cuidados de saúde, bem como aumentando a eficácia e eficiência do sector público através do encaminhamento dos Utentes para as instituições integradas no Serviço Nacional de Saúde mais adequadas.*” (LCS, 2007)

Os valores pelos quais se rege a Linha saúde 24 são: ética, rigor, adaptabilidade e inovação e serviço ao utente. O Quadro 4 apresenta não só esses valores mas também os aspectos ou indicadores que operacionalizam cada um deles.

Quadro 4: Valores da Linha Saúde 24

Valores	Aspectos
Ética	Ter presente que ao estabelecer diariamente relações interpessoais, estas devem ser desenvolvidas sempre com o maior respeito e consideração pelas Pessoas; Na noção de que a Qualidade da Comunicação influencia a forma como são percebidas as informações fornecidas.
Rigor	Na Selecção dos Recursos Humanos; Nos actos praticados.
Adaptabilidade e inovação	Valorização das pessoas que, se adaptam, aceitam, prevêm, promovem e praticam a mudança, com impacto positivo na organização. Quaisquer formas de actuação inovadoras, que promovam serviços mais eficazes, cómodos e rápidos, devem ser adoptadas e implementadas. O mesmo princípio é válido para procedimentos internos que visam melhorar os serviços em rapidez e rigor.
Serviço ao utente	Considera-se que é prestado um serviço ao utente adequado quando a disponibilização, gestão e serviço prestado ocorre com: ética, rigor, rapidez, modernidade e são matizados com uma nota de simpatia.”

Fonte: Portugal. LCS (2007) (adaptado)

Após a definição da missão, da visão e dos valores da organização outro aspecto essencial a definir, são os objectivos. Objectivos são entendidos como *uma “medida de eficiência do processo de conversão de recursos operados.”* (Reis et al, 2008) O objectivo principal do centro de atendimento é “providenciar de forma célere, a todos os Utentes, informação relacionada com Saúde, de tal modo que seja possível aferir as efectivas melhorias na Prestação de Cuidados de Saúde para todos os Utentes, gerindo ao mesmo

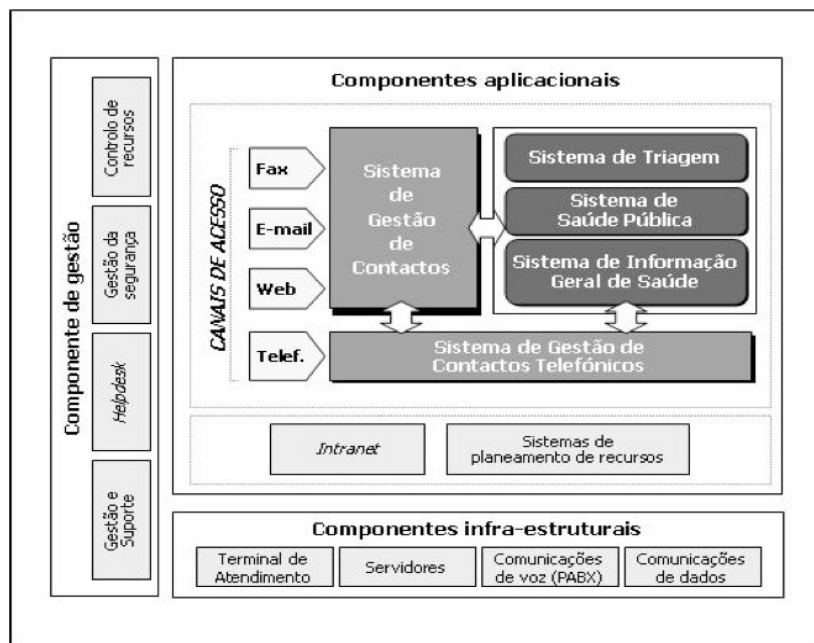
tempo a sua procura e reduzindo o uso inapropriado do Serviço Nacional de Saúde. No entanto, consideram-se ainda como objectivos complementares os seguintes:

- *“Oferecer acesso simples, rápido e cómodo ao Serviço Nacional de Saúde, para toda a comunidade;*
- *Oferecer aos utentes um Serviço Público de confiança, confidencial e uma coerente fonte de aconselhamento e informação sobre Saúde, permitindo-lhes, de forma consciente decidir pelo auto tratamento ou em caso de necessidade saber qual dos Serviços do Sistema Nacional de Saúde é o mais apropriado para o tratamento do seu caso;*
- *Aumentar a qualidade, incrementar a relação custo/benefício e reduzir a procura desnecessária dos Serviços do Sistema Nacional de Saúde, oferecendo respostas ajustadas às necessidades dos utentes;*
- *Permitir que sejam libertos recursos, ao nível dos profissionais de saúde, focando assim toda a atenção nos casos para os quais as suas competências são efectivamente necessárias.”* (LCS, 2007)

5.2 ORGANIZAÇÃO DO CENTRO DE ATENDIMENTO SAÚDE 24

Os serviços de atendimento da Linha Saúde 24 são disponibilizados, tal como o nome indica, 24 horas por dia, 365 dias por ano e estão num formato de *contact center* multicanal. (Figura 3) A Linha Saúde 24 está disponível para todo o País. No início, abrangia apenas Portugal Continental, mas já no ano 2009 a sua abrangência passou a fazer-se também nos arquipélagos da Madeira e dos Açores.

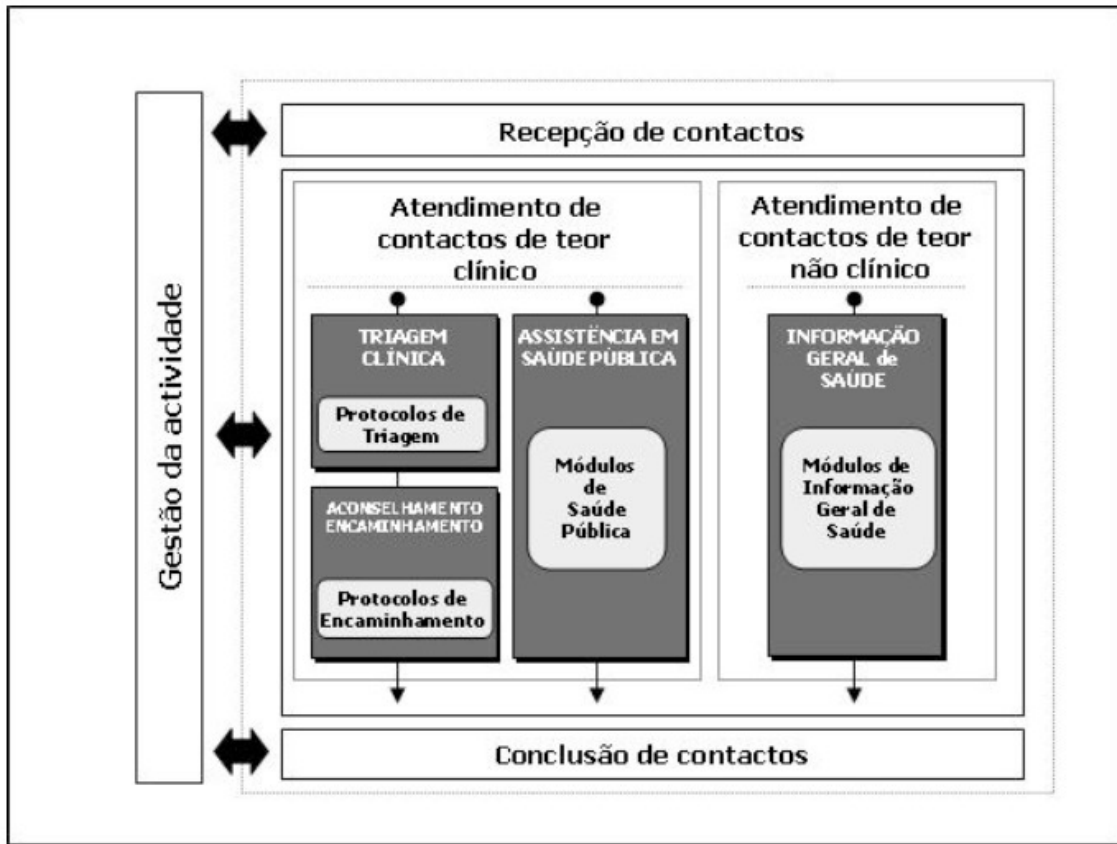
Os Uteses podem entrar em contacto com o centro de atendimento através do número único de telefone 808 24 24 24 ou através de email caso sejam utentes com necessidades especiais.

Figura 3: Plataforma de atendimento multi-canal

Fonte: Portugal. Ministério da Saúde. 2007

O centro de atendimento faz a articulação com várias instituições de saúde, figura 4. Em situações evidentes de emergência, o enfermeiro da Saúde 24 efectua uma “*conference call*” com o operador do CODU da região e é transferida a chamada. Numa situação de envenenamento ou de intoxicação, o enfermeiro da Saúde 24 faz uma “*conference call*” com o médico do CIAV de forma a informá-lo da situação e qual o padrão de sintomas, podendo mesmo ser transferida a chamada.

Existem duas formas de articulação com as instituições, através do telefone (INEM e CIAV) ou por fax (Hospitais, Centros de Saúde ou outras instituições integradas no SNS). O centro de atendimento notifica cada instituição da chegada dos utentes com o resultado do algoritmo que deu origem a cada encaminhamento.

Figura 4: Modelo de actividade do centro de atendimento SNS

Fonte: Portugal. Ministério da Saúde. 2007

Por vezes é necessário que os enfermeiros da Saúde 24 agendem chamadas de retorno e chamadas de seguimento. Estas chamadas diferem no seu objectivo. As chamadas de retorno são chamadas realizadas para o Utente para lhe fornecer alguma informação pedida num contacto anterior, por exemplo: farmácias ou fármacos de venda livre. As chamadas de seguimento, são chamadas realizadas após o aconselhamento e que servem para avaliar os cuidados prestados.

Assim a triagem telefónica é realizada tendo por base, algoritmos clínicos que, com o suporte de um sistema informático, proporcionam decisões sustentadas e com um máximo de segurança para o utente. Cada algoritmo é constituído por várias perguntas. A cada pergunta correspondem três respostas possíveis: “sim”, “não” e “incerto”. As situações urgentes são detectadas logo no início dos algoritmos sendo remetidas para outro *call center* em saúde – o INEM CODU.

Os algoritmos foram desenvolvidos por uma equipa de médicos ingleses e revistos periodicamente pela direcção clínica do Saúde 24, constituída por três médicos e uma

enfermeira. A direcção clínica avalia e revê os algoritmos de forma a adaptá-los à realidade portuguesa. Além disso, a direcção clínica responde a todas as dúvidas de triagem colocadas pelos enfermeiros e é também responsável, em última análise, pela audição das chamadas auditadas pelos enfermeiros supervisores.

Segundo Schmitt (1999) a triagem telefónica permite controlar a recorrência dos utentes às instituições de saúde e mais do que isso permite formar e educar em saúde os utentes.

Para Delgado (2000), são os enfermeiros os profissionais que melhor se adequam, já que *“desenvolvem uma avaliação orientada para os sinais e sintomas presentes no cliente, assim como têm formação relativa à comunicação e à relação interpessoal, elementos facilitadores de uma prática estabelecida telefonicamente”*.

Sempre que os algoritmos são percorridos correctamente não existe desvantagens ou riscos no processo de triagem telefónica. (Canais, 2005).

5.3 OS SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS

O conceito de saúde tem sofrido algumas modificações ao longo dos tempos. Este conceito reflecte toda a envolvência social, económica, política e cultural, em que o conceito de saúde não é visto por todos de forma igual. (Scliar, 2007) Os cidadãos, em regra, têm um conceito de saúde que, segundo Laverack (2004), pode depender de seis categorias:

- *“Sentir-se vital, cheio de energia;*
- *A sensação de ter um objectivo de vida;*
- *Sentir uma ligação com a “comunidade”;*
- *Poder fazer coisas de que se gosta;*
- *Ter bons relacionamentos sociais;*
- *Ter uma sensação de controlo da própria vida e das suas condições de vida.”*

O centro de atendimento é um serviço centrado no utente e visa a universalidade no acesso aos cuidados os serviços que disponibiliza, tendo em conta as necessidades e expectativas dos utentes (Quadro 5), prosseguindo o que A Organização Mundial de Saúde (1946) definiu em que “saúde” é “um estado de absoluto bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou invalidez”.

Quadro 5: Serviços disponibilizados pelo centro de atendimento

Serviços Disponibilizados	Objectivos operacionais
Informação Geral em Saúde (IGS)	Informar sobre os recursos em saúde disponíveis no sistema nacional de saúde;
Linha de Saúde Pública (LSP)	Articulação com os recursos alocados na DGS e que disponibilizam informações relacionadas com programas específicos em matéria de saúde pública;
Serviço de Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento (TAE)	Dar resposta a dúvidas relacionadas com problemas de saúde actuais por parte dos utentes. São várias as disposições finais que poderão ser no final de cada triagem. Em algumas situações as chamadas podem ser encaminhadas para o 112 (situações de emergência), para o CIAV (situações de intoxicação e envenenamentos) e LSP (situações de saúde pública). Além disso, a linha disponibiliza um serviço de aconselhamento terapêutico.

Fonte: Gomes, 2009 (adaptado)

O centro de atendimento está fisicamente localizado em Lisboa e Porto. Este compreende dois *call centers*, com aproximadamente 340 enfermeiros (220 enfermeiros no Porto e 150 em Lisboa) e por 21 supervisores (11 em Lisboa e 12 no Porto). Nos primeiros meses de funcionamento o primeiro atendimento era realizado por operadores, que dependendo do teor da chamada, a transferia para os enfermeiros da Saúde 24. No entanto, o atendimento passou depois a ser realizado por enfermeiros, devido à necessidade de identificar emergências e transferi-las em tempo útil para o CODU de cada região. Nos últimos meses o funcionamento também foi alterado devido à pandemia da gripe A.

Neste momento existe um novo conceito de centro de atendimento: Existem três *call centers*, a operar em Lisboa, Coimbra e Porto, com enfermeiros recém-licenciados apenas para triar situações de gripe e encaminhar os utentes para os serviços de atendimento à Gripe.

Tendo por base o contrato de prestação de serviços, a definição do serviço a prestar é actualmente a seguinte:

Centro de Atendimento do SNS ou Centro de Atendimento – “é a estrutura de meios materiais e humanos organizados para a prestação dos serviços de atendimento que constituem o objecto do Contrato.”

Linha Saúde Pública – “serviço público da responsabilidade e sob a coordenação da Direcção-Geral da Saúde que associa uma linha telefónica com um *site* na *internet*, permitindo fornecer informações em saúde pública à população em geral e a profissionais de saúde.”

Módulos de Saúde Pública – “informações, organizadas por temas específicos, relativas a elementos, práticas e hábitos de prevenção em saúde pública, bem como à segurança e protecção colectivas em saúde.”

Módulos de Informação Geral de Saúde – “repositórios organizados de informações de teor não clínico para apoio e orientação dos Utentes no sector da saúde, incluindo dados sobre o seu relacionamento com o SNS.”

Enfermeiro – “colaborador do Centro de Atendimento responsável pelo desempenho das actividades e funções associadas ao atendimento de contactos de teor clínico.” Triagem Clínica – “processo de interacção com o Utente que permite avaliar o nível de risco dos sintomas por aquele descritos, resultando na identificação da urgência e nível de cuidados de saúde necessários.” Protocolo de Triagem – “conteúdos clínicos incorporados no Sistema de Triagem, que estabelecem a árvore de decisão que permite avaliar o nível de risco associado a qualquer sintoma.” Sistema de Triagem – “ferramenta de apoio à decisão clínica de suporte ao processo de Triagem Clínica.”

Encaminhamento – “processo de identificação da instituição ou serviço de saúde integrado na Rede de prestação de cuidados de saúde mais adequado ao Aconselhamento transmitido e, quando aplicável, de notificação à entidade em causa da possível chegada do Utente, de acordo com o nível de articulação estabelecido entre esta e o Centro de Atendimento.”

Protocolo de Encaminhamento – “conjunto de indicadores para Encaminhamento de Utentes, atento as relações de complementaridade e apoio técnico entre as instituições de saúde integradas na Rede de prestação de cuidados de saúde pertencentes a determinada área, de forma a garantir o acesso dos doentes aos serviços e instituições mais adequados às suas necessidades.”

Aconselhamento – “processo que fornece ao Utente informação sobre a natureza da sua situação clínica e medidas a adoptar no sentido da melhoria do seu estado de saúde, atenta a sua condição no momento e em função do resultado da Triagem Clínica.”

Chamada de Retorno – “contacto telefónico desencadeado pelo Centro de Atendimento quando o contacto telefónico inicial efectuado pelo Utente não possa ser imediatamente atendido por um Enfermeiro ou um Assistente de Informação, por motivos de falta de recursos disponíveis.” Chamada de Seguimento – “contacto telefónico de teor clínico desencadeado pelo Centro de Atendimento que visa o seguimento de um contacto prévio efectuado por um Utente.”

III. METODOLOGIA

Neste capítulo descrevem-se as metodologias. Definem-se os instrumentos utilizados, a forma de recolha de dados e os procedimentos realizados pela investigadora com vista a atingir os objectivos propostos para a Tese e aceites pelo Orientador.

3.1 CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no centro de atendimento do SNS – Linha Saúde 24.

A Linha de Saúde 24 é um serviço de atendimento um serviço integrado no sistema nacional de saúde e tem como principal objectivo “*providenciar de forma célere, a todos os Utentes, informação relacionada com Saúde, de tal modo que seja possível aferir as efectivas melhorias na Prestação de Cuidados de Saúde para todos os Utentes, gerindo ao mesmo tempo a sua procura e reduzindo o uso inapropriado do Serviço Nacional de Saúde.*” (LSC, 2007)

3.2 DESENHO DO ESTUDO

Ao conceber este estudo optou-se por realizar um estudo de caso, descritivo, retrospectivo nos dados que ocorreram entre 1 de Maio de 2008 e 1 de Maio de 2009, pois segundo Guba & Lincoln (1994) trata-se de relatar os factos como sucederam, descrevendo as situações ou factos, proporcionando conhecimento acerca do fenómeno estudado e comprovando os efeitos e relações presentes no caso.

A autora elaborou um protocolo em que se preocupou em determinar se nesse período os dados eram comparáveis, equivalentes e sumariáveis de igual forma ao longo de todo o período sendo instruções por razões especiais de procura ou de oferta distintas ao longo do período em estudo para que o comportamento dos Utilizadores pudesse ser estudado sem enviesamentos.

3.3 OBJECTIVOS DO ESTUDO

O objectivo principal é perceber se o serviço de atendimento Saúde 24, a partir dos dados dos contactos estabelecidos, contribui e em que medida para a melhoria do funcionamento do SNS;

Como segundo objectivo e resultante do primeiro, procura-se traçar o perfil dos utentes nalgumas variáveis, especificamente naquelas que têm a ver com o acesso aos cuidados de saúde prestados pela Linha Saúde 24, caracterizando o perfil da procura deste tipo de cuidados.

3.4 VARIÁVEIS EM ESTUDO

O perfil dos utentes que contactam o centro de atendimento foi traçado tendo por base as seguintes variáveis:

1 - Data do contacto – todos os contactos realizados no período decorrido entre o dia 1 de Maio de 2008 e o dia 1 de Maio de 2009. Na escolha desta data estiveram presentes os factores em que se teve em consideração quer o ano de implementação (Maio de 2007 a Maio de 2008), durante o qual o Centro de atendimento sofreu algumas alterações estruturais e funcionais quer o período de pandemia de gripe (a partir de Maio de 2009); neste período houve necessidade de alterar o funcionamento da Saúde 24 e alguns dados¹ deixaram de, temporariamente, ser solicitados ao utente, para não enviesar o estudo.

2 - Hora do contacto – o contacto terá de ter sido realizado no momento do dia em determinado pelos horários dos turnos praticados pelos enfermeiros de serviço, de acordo com a seguinte distribuição:

- Turno da manhã – 8h às 15h 59min;
- Turno da tarde – 16h às 22h 59min;
- Turno da noite – das 23h às 07h 59min;

3 – Género dos utentes:

- Feminino;
- Masculino.

4 - Idade – A idade dos utentes que realizaram os contactos foi calculada tendo em conta a escala utilizada pelo Instituto Nacional de Estatística. Os intervalos de idade considerados foram:

- Dos 0 aos 14 anos;
- Dos 15 aos 24 anos;
- Dos 25 aos 64 anos;

¹ - Na fase 6, pandémica, por questões que se prendem com a racionalização dos recursos face ao aumento da procura, no atendimento deixou de ser obrigatório solicitar ao utente os seguintes dados: distrito, telefone, morada, intenção inicial e final.

- Dos 65 ou mais anos.

No mês de Abril existia um contacto cuja idade registada era de 130 anos, motivo pelo qual foi eliminado, uma vez não existirem em Portugal e no mundo pessoas com esta idade.

5 - Distrito – referente aos Distritos de Portugal Continental e Ilhas;

6 - Intenção inicial – o que é que o utilizador estava a pensar realizar antes de contactar a saúde 24 para resolver a situação;

7 - Algoritmo – “conteúdos clínicos incorporados no Sistema de Triagem, que estabelecem a árvore de decisão que permite avaliar o nível de risco associado a qualquer sintoma.”

8 - Disposição final – “resultado da Triagem Clínica.”

9 - Intenção final – o que é que o utilizador pensa realizar após a triagem, aconselhamento e encaminhamento do enfermeiro.

3.5 PROCEDIMENTOS

Os dados foram recolhidos através da base de dados da Linha de Cuidados de Saúde, SA.

Numa primeira fase procedeu-se ao pedido de autorização para obter os dados necessários para o estudo.

Numa segunda fase, após a autorização do estudo, por parte da LCS – Linha de Cuidados, SA e DGS – Direcção-Geral de Saúde iniciou-se a recolha de dados no período que decorreu de 1 de Maio de 2008 a 1 de Maio de 2009.

A recolha de dados só foi realizada após a confirmação, por escrito, da autorização solicitada. Neste processo, todos os aspectos de natureza ética foram respeitados, nomeadamente no que respeita ao anonimato das respostas em que a confidencialidade foi garantida.

3.6 ELEMENTOS DO ESTUDO

Neste estudo, foram considerados todos os contactos realizados no período compreendido entre o dia 1 de Maio de 2008 a 1 de Maio de 2009.

3.7 INSTRUMENTOS

Estes dados estão na base de dados da empresa LCS – Linha de Cuidados de Saúde, SA..

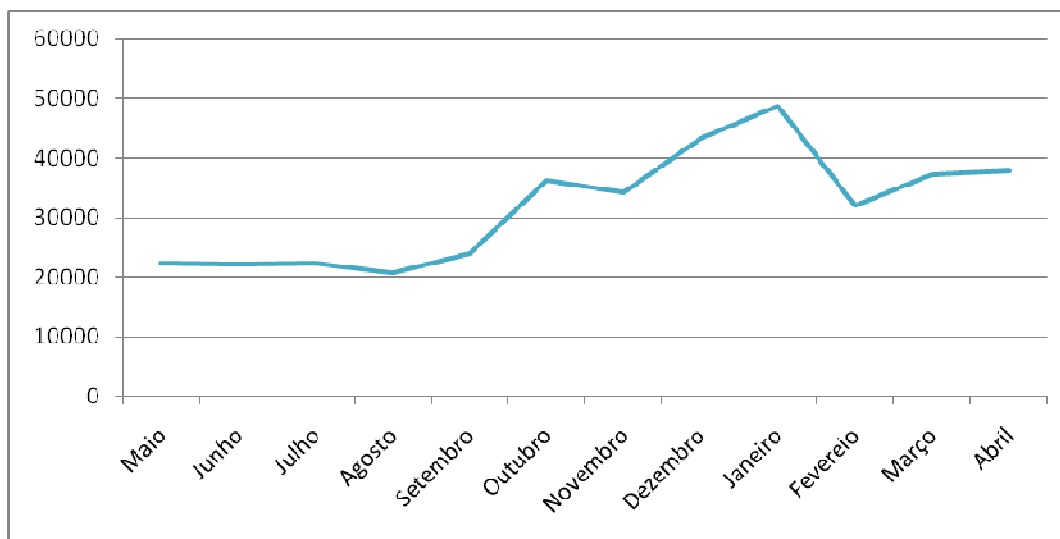
IV. RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os dados estudados e tratados.

4.1 NÚMERO DE CONTACTOS

Estes dados estão representados no gráfico 1.

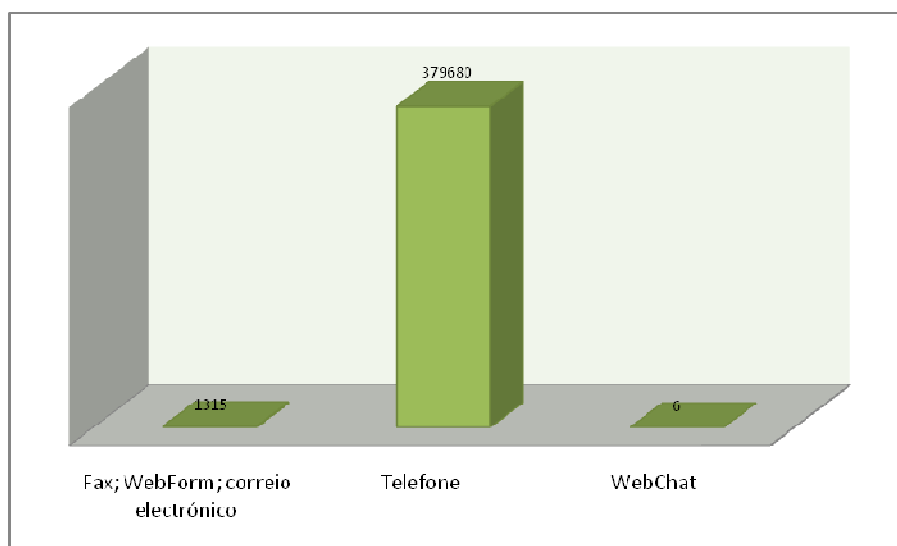
Gráfico 1: Número de contactos ao longo do ano (2008 – 2009)



A análise dos resultados do gráfico 1 permite verificar-se que o número total de contactos foi de 381.001, sendo os meses de Dezembro e Janeiro, aqueles em que se registaram maior número de contactos.

4.2 MEIOS DE CONTACTO

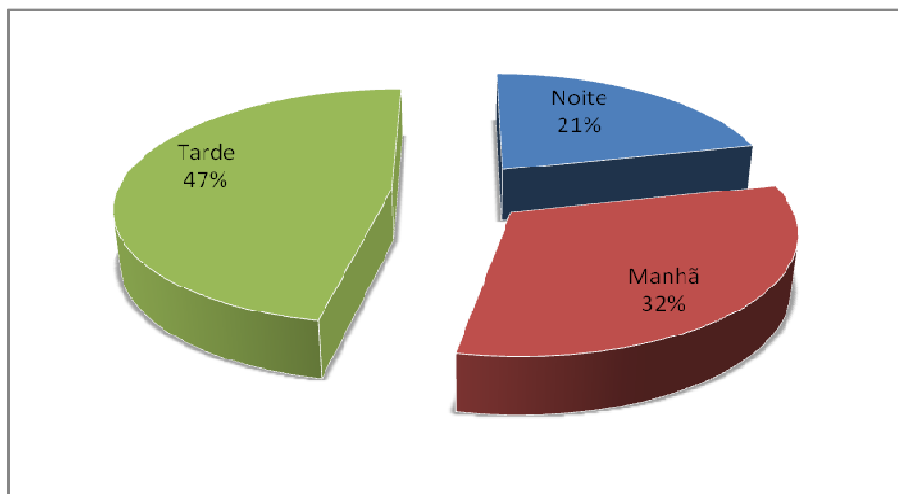
Gráfico 2: Meios de contacto



Tendo em conta os diferentes possíveis meios de contacto a utilizar pelos utentes, o gráfico 2 apresenta os meios, mais e menos utilizados. Pode-se verificar, pela leitura deste gráfico, que o telefone é o meio de contacto mais privilegiado, enquanto os contactos por fax, *webform*, correio electrónico ou *webchat* são realizados de forma muito residual.

4.3 CONTACTOS REALIZADOS AO LONGO DOS TURNOS

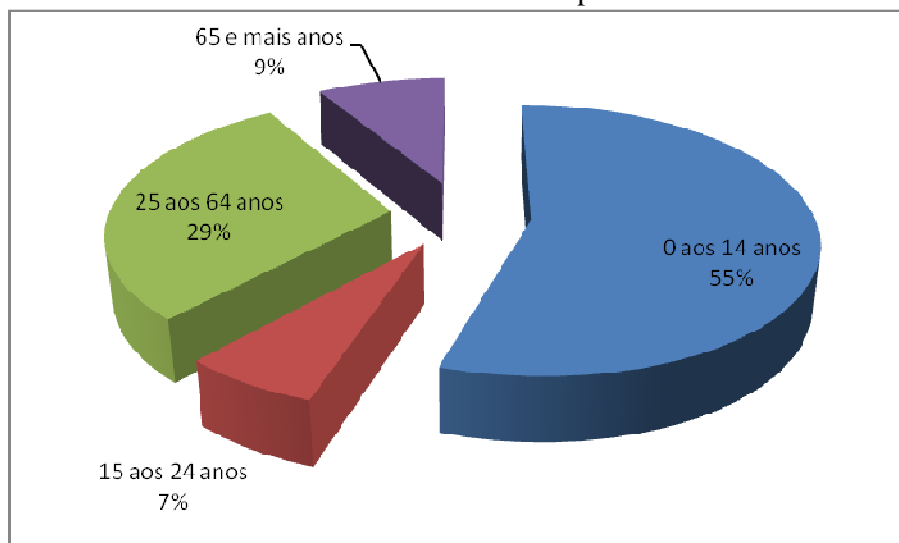
Gráfico 3: Número de contactos realizados ao longo dos turnos



No gráfico 3 pode-se visualizar o número de contactos efectuados tendo em conta o horário dos turnos dos enfermeiros. Verifica-se que o maior número de contactos foi realizado no turno da tarde (47 %) e que o menor número de contactos (21 %) foi realizado no turno da noite. O turno da manhã teve 32 % dos contactos.

4.4 CONTACTOS POR CLASSE ETÁRIA

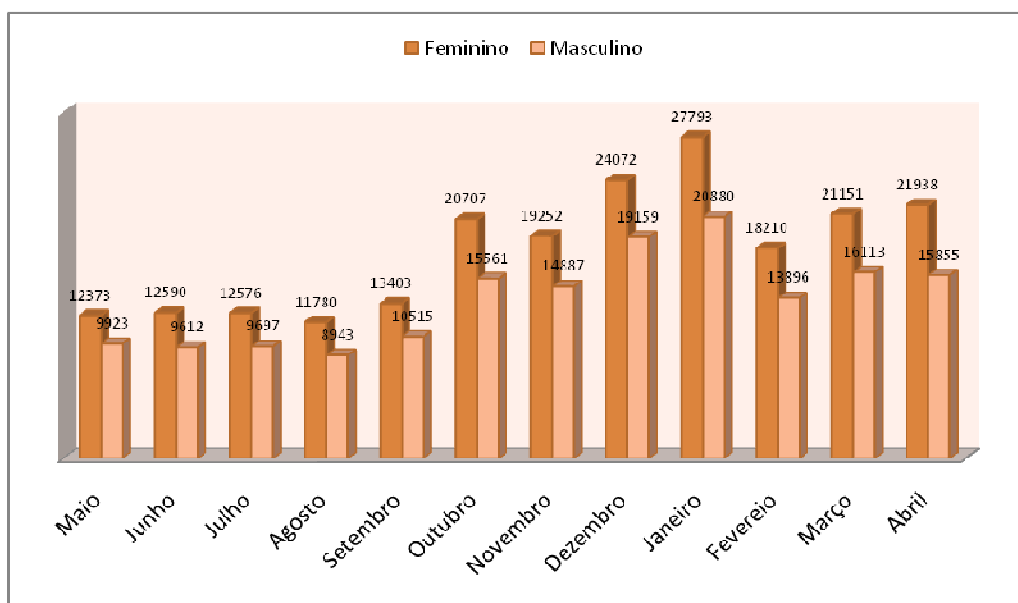
Gráfico 4: Número de contactos por classe etária



A leitura do gráfico 4 permite verificar que o maior número de contactos foi realizado para a classe etária dos 0 aos 14 anos (55 %), seguido da classe etária dos 25 aos 64 anos (29 %). O número de contactos da classe etária entre os 15 e os 24 anos e 65 anos ou mais são aproximados iguais e em menor número que para as outras faixa etárias.

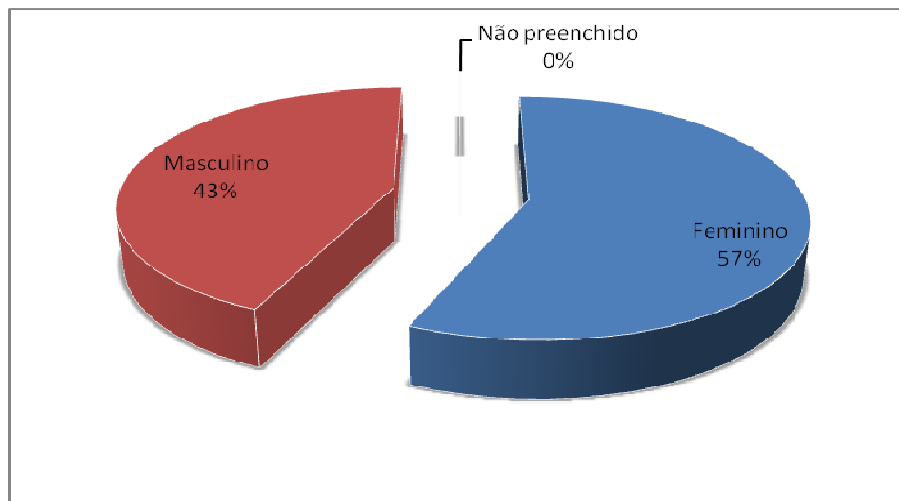
4.5 CONTACTOS POR GÉNERO

Gráfico 5: Número de contactos realizados por género



Através do gráfico 5 visualiza-se o número de contactos realizados ao longo do ano de acordo com o Género. Os contactos realizados por utentes do género masculino foram aumentando ao longo do ano, mas é predominante nos contactos realizados o género feminino.

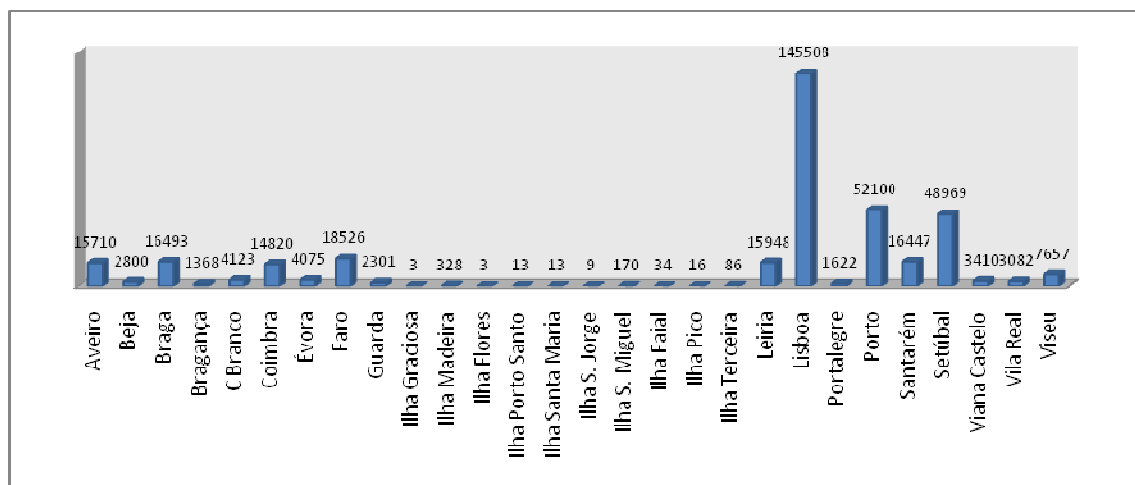
Gráfico 6: Percentagem de contactos da Linha Saúde 24 realizados por género



No Gráfico 6 pode-se verificar que as pessoas do sexo feminino contactaram 57 % enquanto o sexo masculino realizaram 43% da totalidade dos contactos.

4.6 CONTACTOS POR DISTRITO

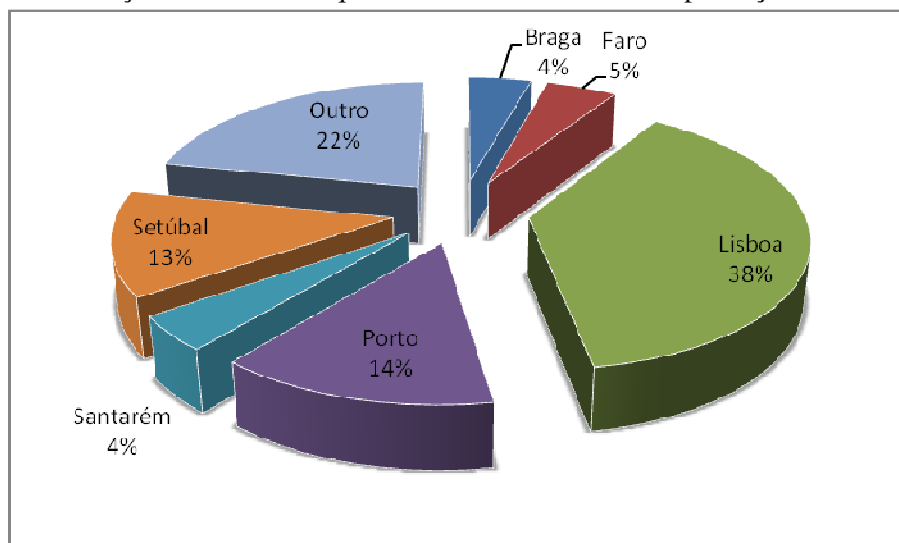
Gráfico 7: Número de contactos realizados por Distritos e Regiões Autónomas



Observando o Gráfico 7, pode-se verificar que o maior número de contactos foi realizado nos Distritos de Lisboa, Porto e Setúbal. As regiões que menos contactos apresentam são as respeitantes à Madeira, Açores, Bragança e Portalegre.

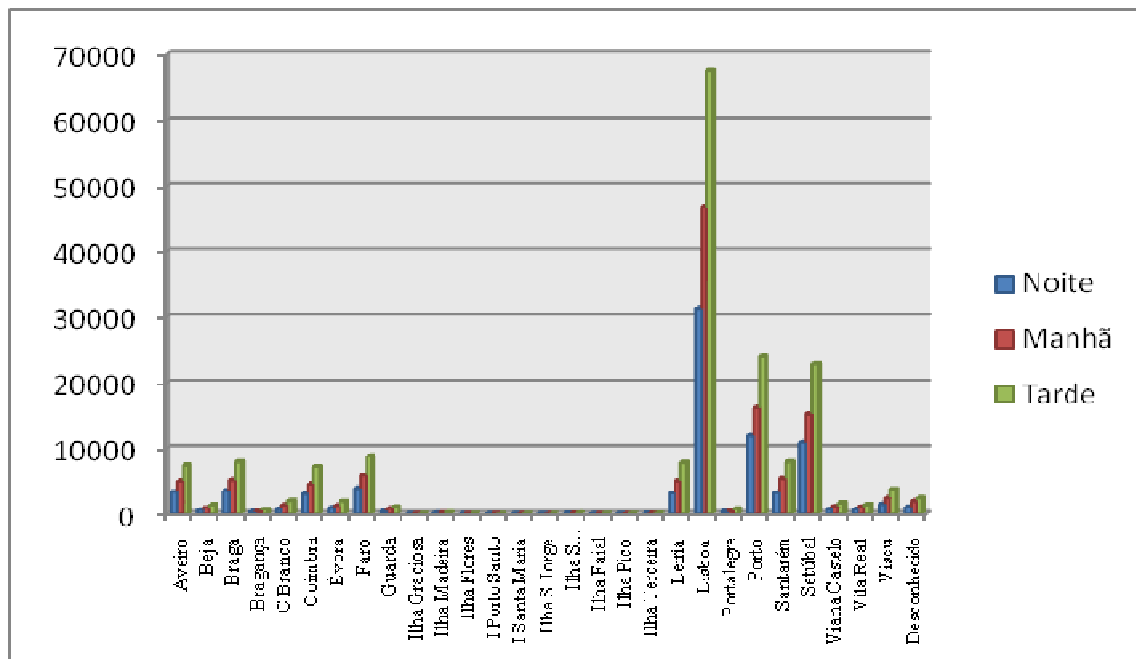
Verifica-se também que são os cidadãos residentes no litoral que mais utilizam o serviço e por comparação os cidadãos residentes no interior e regiões autónomas, os que menos utilizam o serviço.

Gráfico 8: Distribuição dos Distritos que contribuem com 80% da produção da Linha Saúde



No gráfico 8 verifica-se que são os Distritos de Lisboa, Porto, Setúbal, Santarém, Braga, Faro e Leiria que contribuem com 80% da produção existindo no entanto uma lacuna na identificação de 1,41% dos contactos aos quais não foi identificada a origem.

Gráfico 9: Número total de contactos da Linha Saúde 24 realizados pelos utilizadores residentes nos diversos Distritos ao longo dos Turnos

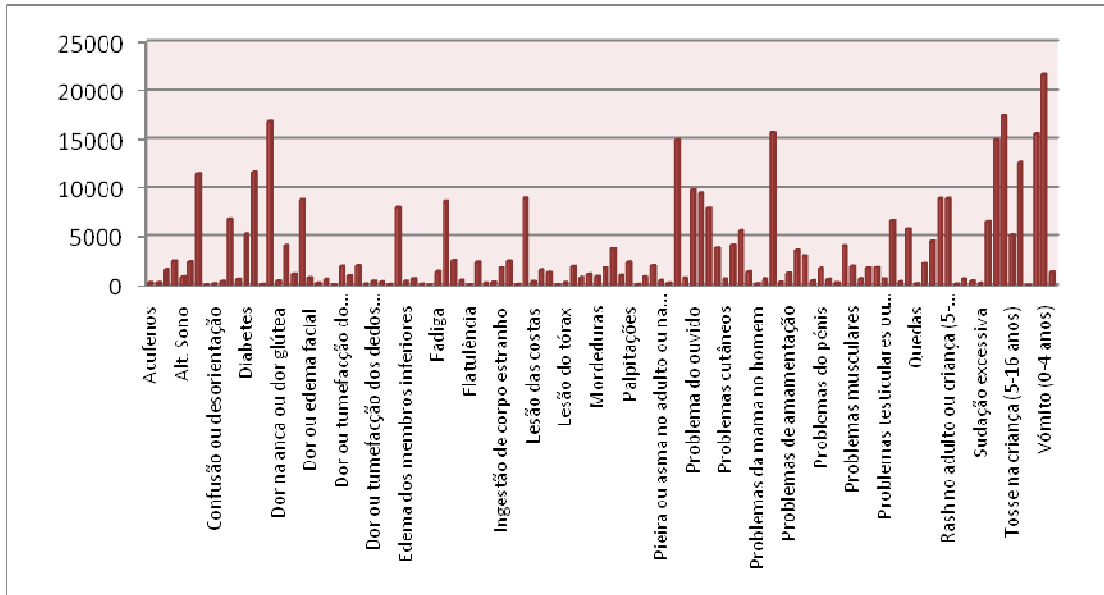


De acordo com os dados do Gráfico 9, os Distritos das grandes áreas urbanas (Lisboa, Porto e Setúbal), são os que realizam maior número de contactos durante o período da tarde, compreendido entre as 16horas e as 22horas 59minutos, sendo este o período com maior número de contactos por Distrito. O período da noite, entre as 23horas e as 7 horas 59 minutos é aquele em que são efectuados menos contactos por Distrito.

Os dados, permitem ainda verificar que independentemente do horário do turno, os contactos realizados pelos utentes do Distrito da Portalegre e nos arquipélagos da Madeira e Açores, são quase inexistentes.

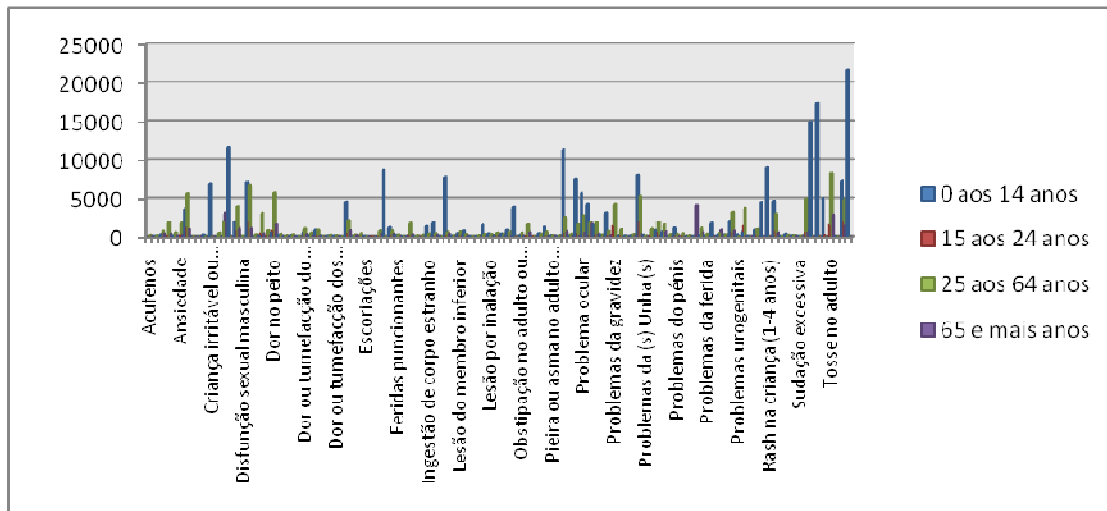
4.7 CONTACTOS POR ALGORITMO

Gráfico 10: Algoritmos mais percorridos



Os algoritmos mais percorridos ao longo de todo o ano foram: Vômito (0-4 anos), Tosse na criança (1-4 anos) e Dor abdominal. Os algoritmos menos percorridos ao longo do ano em estudo foram: Traumatismo major, Exposição ao sol ou calor e Dor ou tumefacção do cotovelo.

Gráfico 11: Algoritmos percorridos consoante a idade dos utilizadores

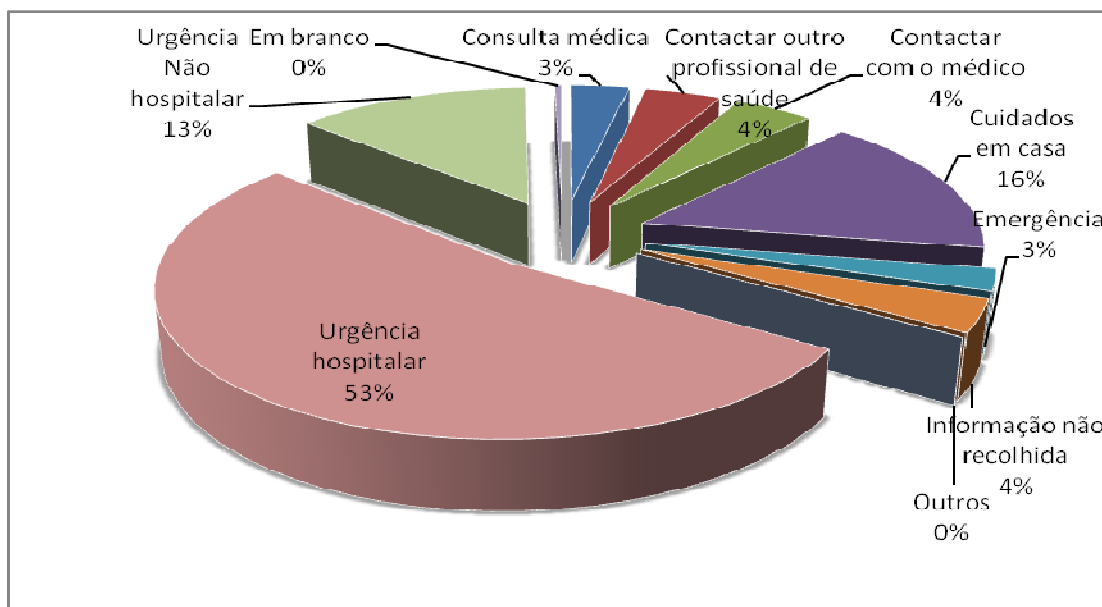


Após a análise do Gráfico número 11 constatou-se que na classe etária dos 0 (até um ano de vida) aos 14 anos, que os algoritmos mais percorridos foram: Vômitos (0 - 4 anos), Tosse na criança (1 - 4 anos) e Tosse (0 - 1anos). Nesta faixa etária dos 0 aos 14 anos, os algoritmos menos percorridos são: Acufenos (alergias), Confusão/Desorientação e Edema dos

membros inferiores, Exposição ao sol ou calor e Perda de audição. Embora o algoritmo de Problemas do pós-parto, tenha sido percorrido 3 vezes nesta faixa etária, não foi considerado porque não se adequa à idade da classe e diria respeito a mulheres com idades superiores mas que foram incluídas nesta faixa etária por erro. Na classe etária dos 15 aos 24 anos os algoritmos mais percorridos foram: Dor abdominal, Problemas da Orofaringe e Vômito no Adulto ou Criança (5 -16 anos). Os algoritmos menos percorridos foram: Cefaleia, Dor ou tumefacção do cotovelo, Queda, Traumatismo major e Flatulência. Não foram tidos em conta os algoritmos: Diarreia na criança (0 - 4 anos) e Febre na criança (0 - 4anos) porque foram percorridos incorrectamente, uma vez que não pertencem a esta faixa etária. Na classe etária dos 25 anos aos 64 anos os algoritmos mais percorridos foram: Dor abdominal, Dor no peito e Cefaleia. Os algoritmos menos percorridos foram: Exposição ao sol ou calor, Traumatismo major e Problemas da mama no homem. Não foram tomados em consideração os algoritmos febre na criança (0 – 4 anos) e Tosse na criança (5 – 16 anos) pelas mesmas razões enunciadas anteriormente. Na classe etária a partir dos 65 anos os algoritmos mais percorridos foram: Problemas geriátricos, Diabetes Mellitus e Tosse no adulto. Os algoritmos menos percorridos nesta faixa etária foram: Lesão abdominal, Traumatismo major e Lesão do pescoço. Não foram tomados em consideração os seguintes algoritmos: Problemas respiratórios na criança (0 – 4 anos) e Tosse na criança (5 – 16 anos), uma vez estes não se adequarem à faixa etária.

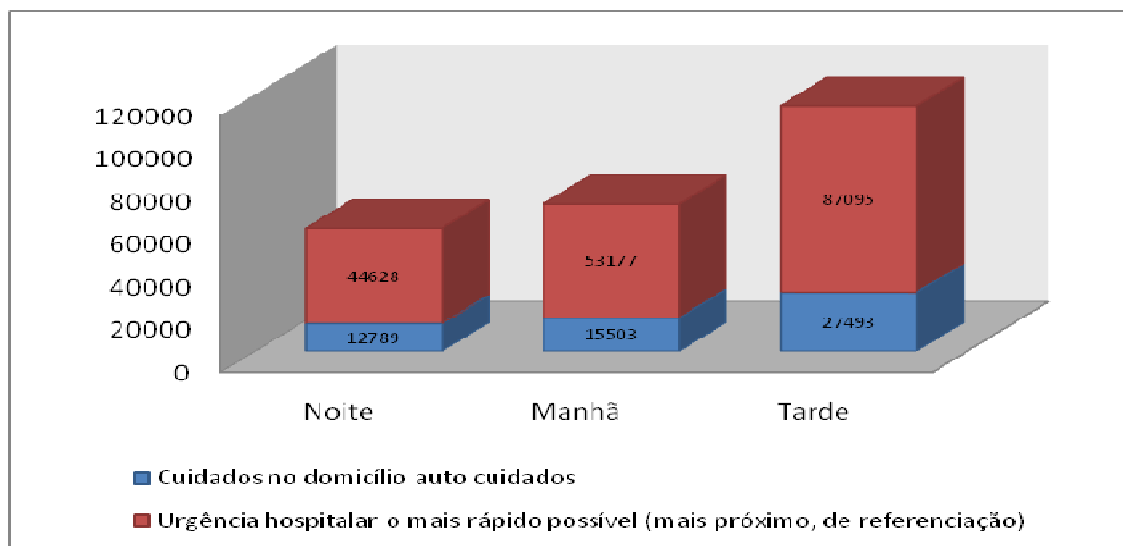
4.8 INTENÇÃO INICIAL DOS UTILIZADORES

Gráfico 12: Intenção inicial dos utilizadores



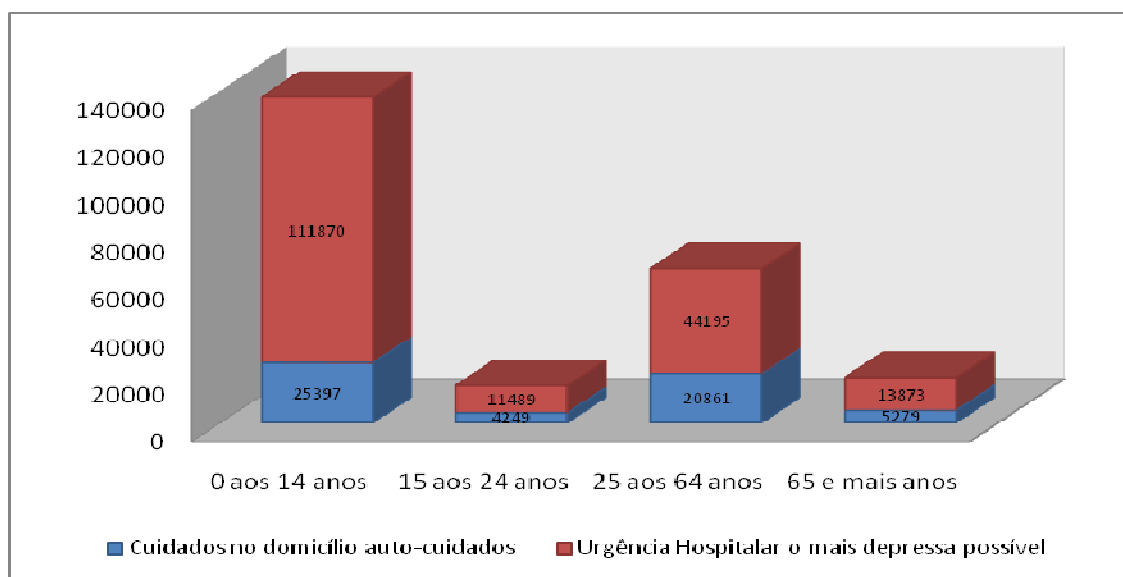
Os dados do Gráfico 12 representam a intenção dos utilizadores quando contactam o Serviço Saúde 24. Verifica-se que, inicialmente a maioria dos utentes que realizaram o contacto, tinha a intenção de se dirigir à urgência hospitalar.

Gráfico 13: Intenção inicial dos utilizadores ao longo dos turnos



A intenção dos utilizadores é de recorrer a um Serviço de Urgência, mas foi no turno da tarde, que esta intenção se revelou maior. Um menor número de utilizadores pretendem realizar cuidados em casa.

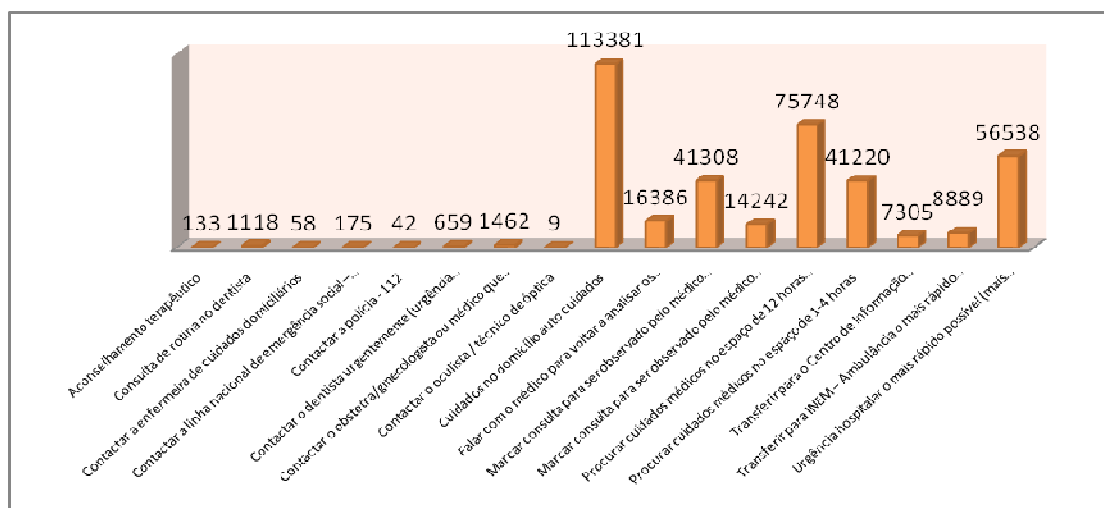
Gráfico 14: Intenção inicial consoante a idade dos utilizadores



Os dados do Gráfico 14 permitem verificar que independentemente da idade do utilizador, a ida ao Serviço de Urgência, representa, na sua maioria, a intenção inicial do utilizador.

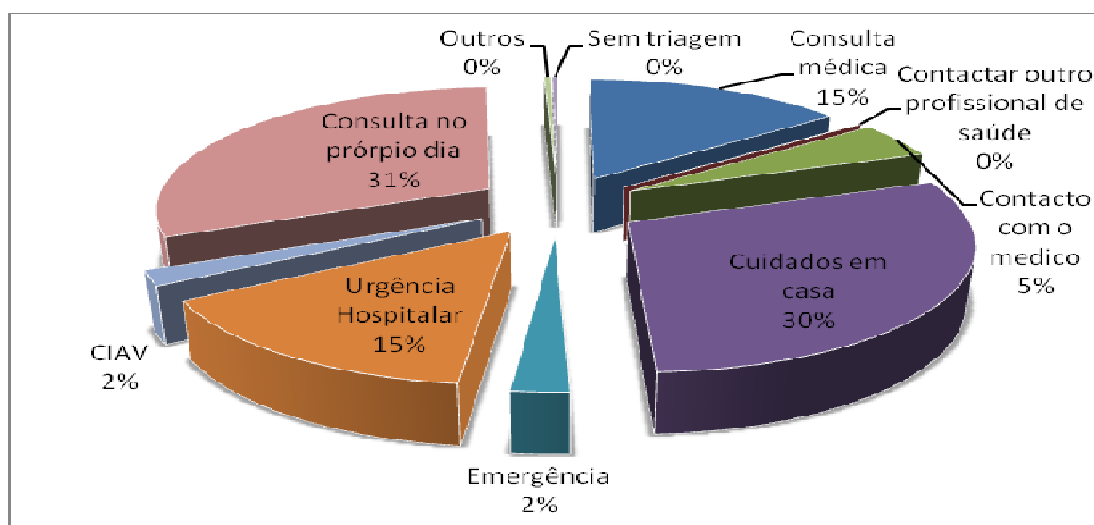
4.9 DISPOSIÇÃO FINAL

Gráfico 15: Disposição final do enfermeiro da Linha Saúde 24



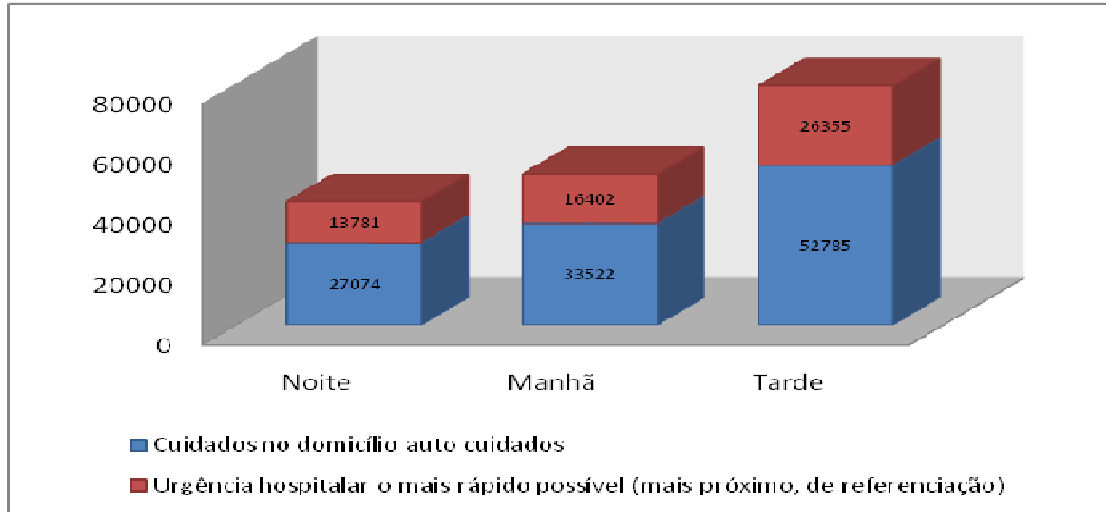
Como se pode verificar pela leitura do Gráfico 15, as disposições finais mais vezes assumidas, comunicadas pelos enfermeiros da linha Saúde 24 foram: Cuidados no domicílio auto-cuidados, procurar cuidados médicos no espaço de 12 horas (no mesmo dia) e Urgência hospitalar o mais rápido possível (mais próximo, de referenciação).

Gráfico 16: Disposição final do enfermeiro por percentagem



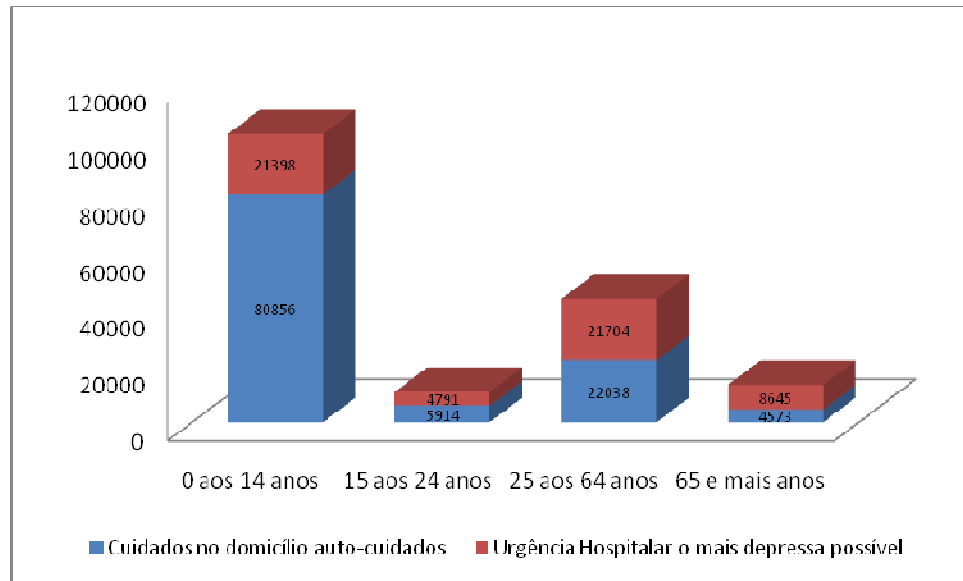
Verifica-se que o aconselhamento final assumido mais vezes pelos enfermeiros da Linha Saúde 24 foi: Consulta no próprio dia e Cuidados no domicílio.

Gráfico 17: Disposição final assumida pelos enfermeiros ao longo dos turnos



Os dados do Gráfico 17 permitem verificar que, independentemente do horário do turno, a disposição final mais assumida pelos enfermeiros é a de cuidados no domicílio, auto-cuidados. O aconselhamento para deslocação ao serviço de urgência é o mais assumido no turno da tarde.

Gráfico 18: Disposição final consoante a idade dos utilizadores

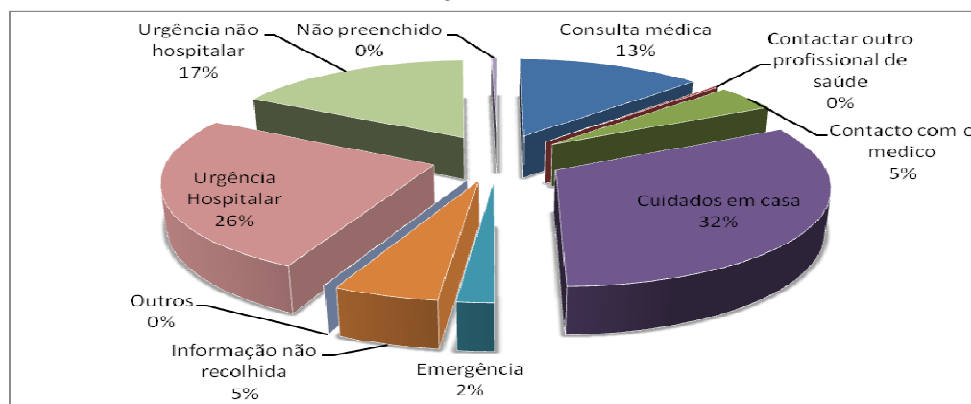


A leitura do Gráfico 18 permite verificar que é à classe etária dos 0 aos 14 anos que os enfermeiros mais assumem como disposição final de cuidados no domicílio, auto-cuidados.

Os dados, permitem, ainda, verificar que na faixa etária dos 25 aos 64 anos, o número de vezes que foi assumida a disposição final de cuidados no domicílio é muito próximo do número de vezes em que a disposição final foi de Urgência hospitalar.

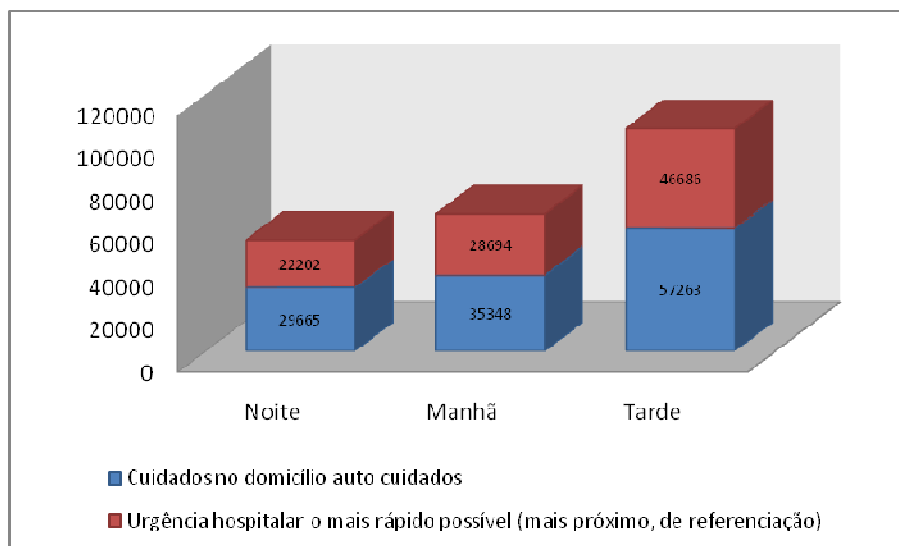
4.10 INTENÇÃO FINAL DOS UTILIZADORES

Gráfico 19: Intenção final dos Utilizadores



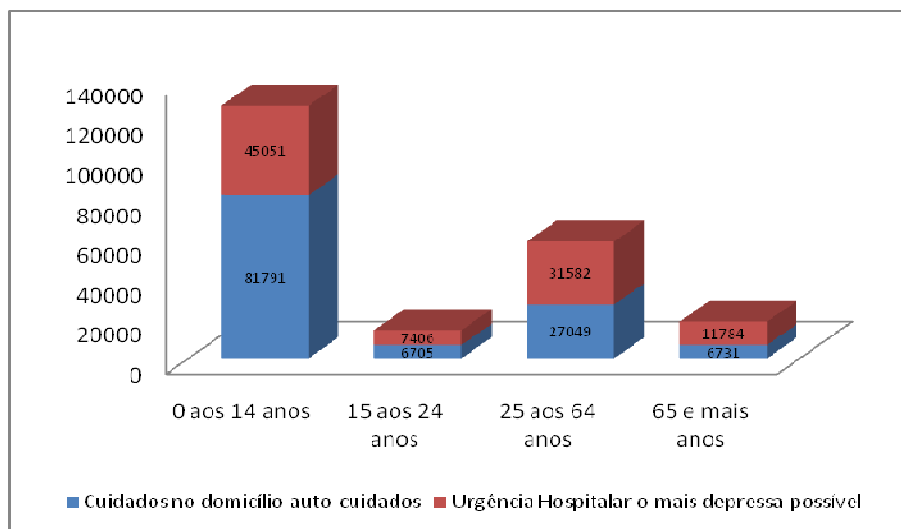
A leitura do Gráfico 19 relativo à intenção final do utilizador, após a triagem e aconselhamento do enfermeiro da Linha Saúde 24, permite verificar que os Cuidados no domicílio representam a intenção mais representativa. A recorrência a um Serviço de Urgência ou a um Serviço de Urgência Não Hospitalar (Centro de Saúde) representam também, uma das intenções mais referidas.

Gráfico 20: Intenção final dos Utilizadores após o aconselhamento ao longo dos turnos



Pela leitura dos dados apresentados no Gráfico 20 pode-se verificar que os utilizadores, independentemente do horário dos turnos, têm intenção final de realizar cuidados no domicílio (auto-cuidados).

Gráfico 21: Intenção final consoante a idade dos Utilizadores

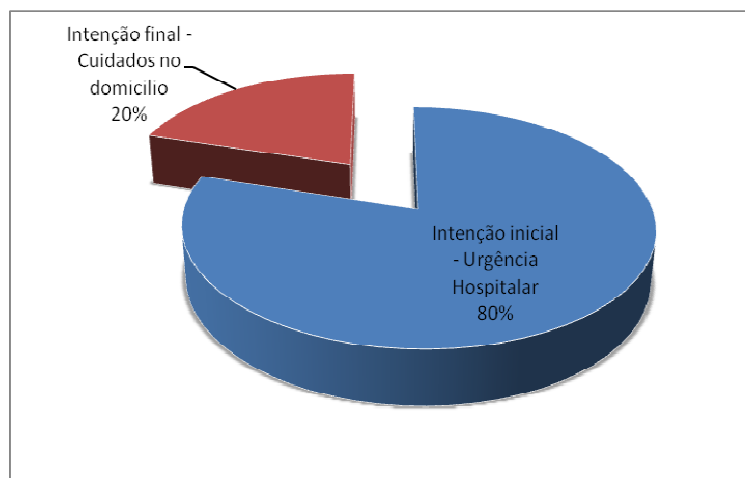


Os dados apresentados no Gráfico 21 permitem verificar que a intenção final dos utilizadores, entre os 0 e os 14 anos e os 15 e os 24 anos, é a de realizarem cuidados ao domicílio, auto-cuidados.

Na faixa etária dos 25 aos 64 anos e 65 anos ou mais, após a avaliação, a intenção final é o recurso aos serviços de urgência.

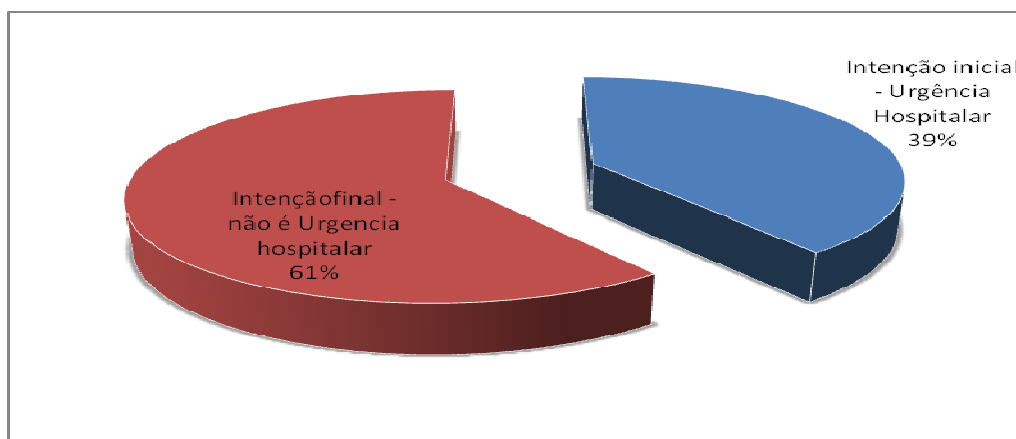
4.11 INTENÇÃO INICIAL, DISPOSIÇÃO FINAL E INTENÇÃO FINAL

Gráfico 22: Número total de contactos relativos à intenção inicial (Urgência Hospitalar) face à intenção final dos Utilizadores (Cuidados no Domicílio)



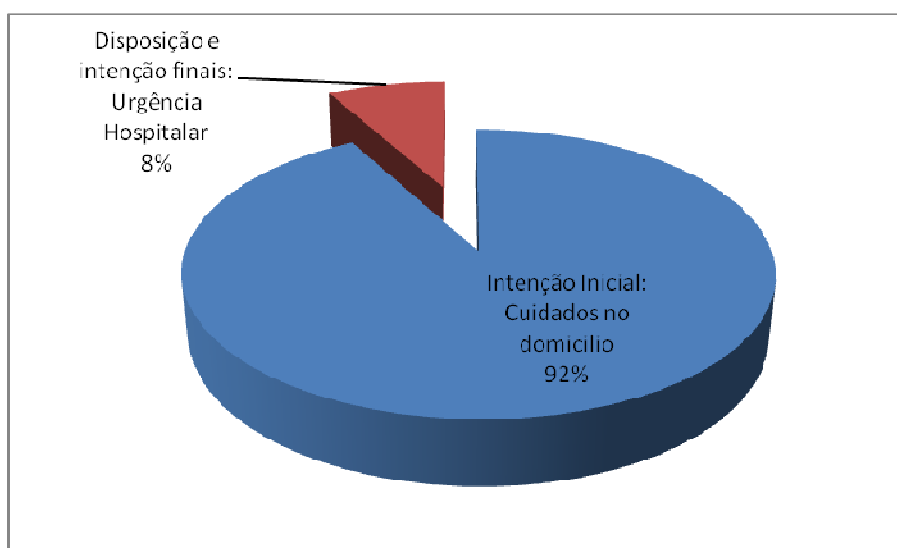
Olhando para o Gráfico 22, verifica-se que cerca de 20 % dos utilizadores da Linha Saúde 24 modificaram a sua intenção inicial de recorrer ao Serviço de Urgência para realizar Cuidados no domicílio.

Gráfico 23: Número total de contactos relativos à intenção inicial e à intenção final dos Utilizadores



Observando o Gráfico 23 verifica-se que 61 % dos utilizadores modificaram a sua intenção de recorrer a um Serviço de Urgência.

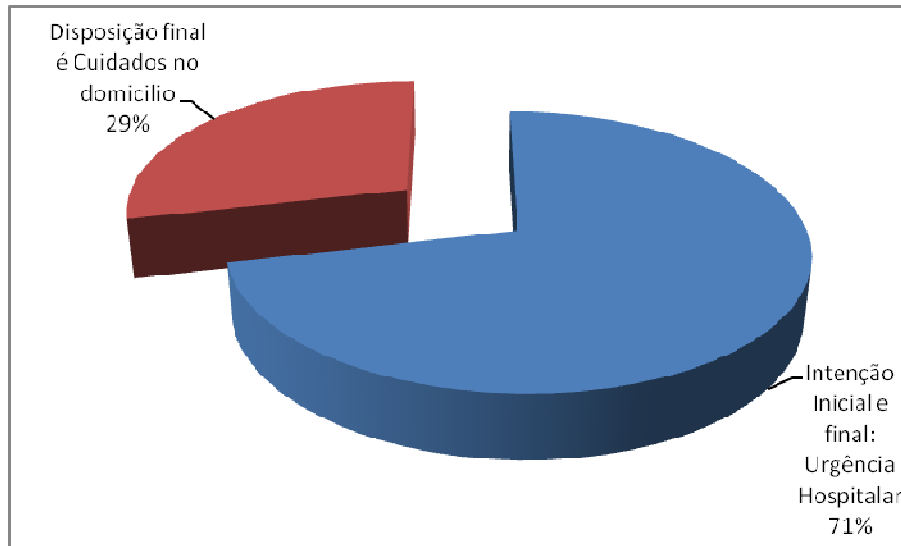
Gráfico 24: Número total de contactos da Saúde 24 quando a intenção inicial é Cuidados no Domicílio e a disposição e intenção final passou a ser Urgência Hospitalar



Verificando o Gráfico 24 pode-se concluir que apenas 8 % dos utentes que pretendiam realizar cuidados no domicílio, verbalizam que iram recorrer ao Serviço de Urgência, após a

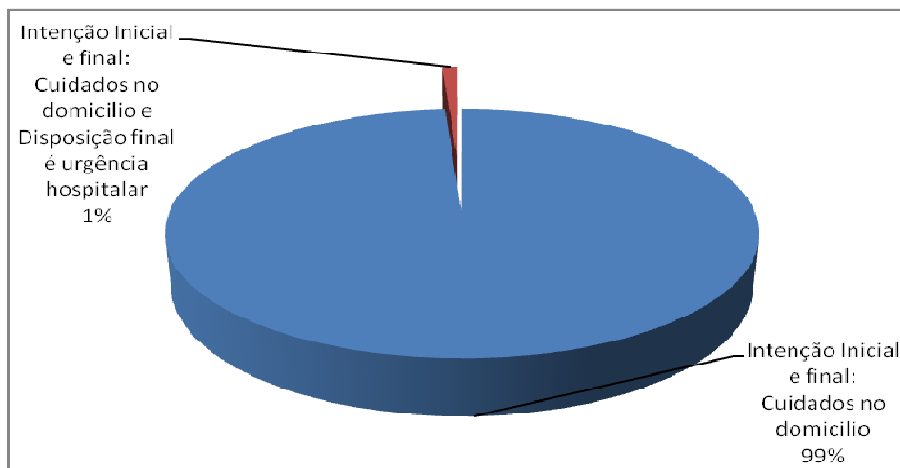
disposição final do enfermeiro informada ao utente ou seu representante ser o de que estes deveriam recorrer à Urgência Hospitalar.

Gráfico 25: Número total de contactos quando a intenção inicial e final eram a de recorrer à Urgência Hospitalar e a disposição final foi a de realizar os no Cuidados no Domicílio



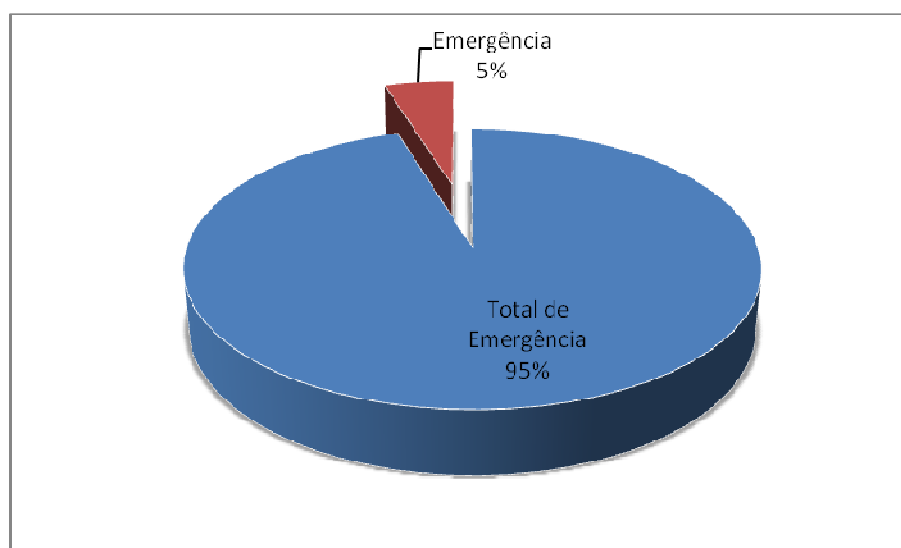
No Gráfico 25 verifica-se que 71 % dos utilizadores mantém a sua intenção de recorrer ao Serviço de Urgência mesmo quando o enfermeiro refere que o utilizador deverá realizar cuidados no domicílio.

Gráfico 26: Número total de contactos da Saúde 24 quando a intenção inicial e final são cuidados no domicílio e a disposição final foi a de recorrer à Urgência Hospitalar



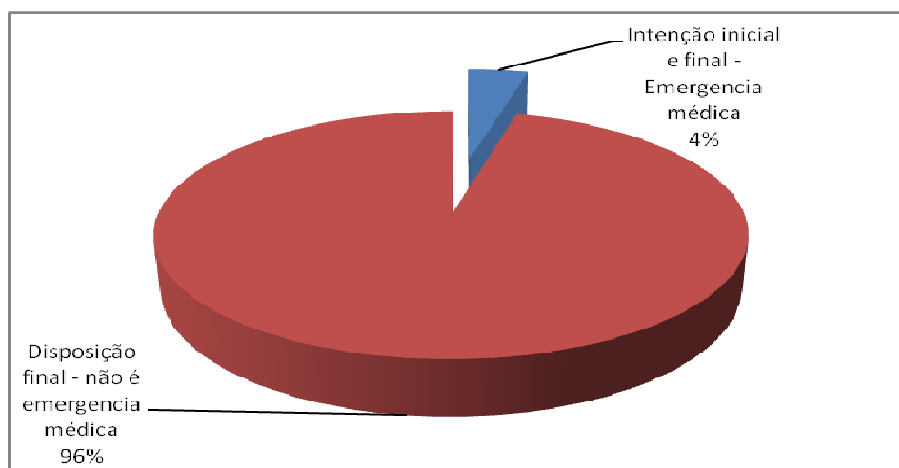
A leitura do Gráfico 26 indica que apenas 1% dos utilizadores que pretendiam realizar cuidados no domicílio mantinha a intenção de os realizar após a disposição final do enfermeiro ser aconselhar o recurso a uma ida à Urgência Hospitalar.

Gráfico 27: Número total de contactos da Saúde 24, quando a intenção inicial, final e a disposição final são Emergência médica



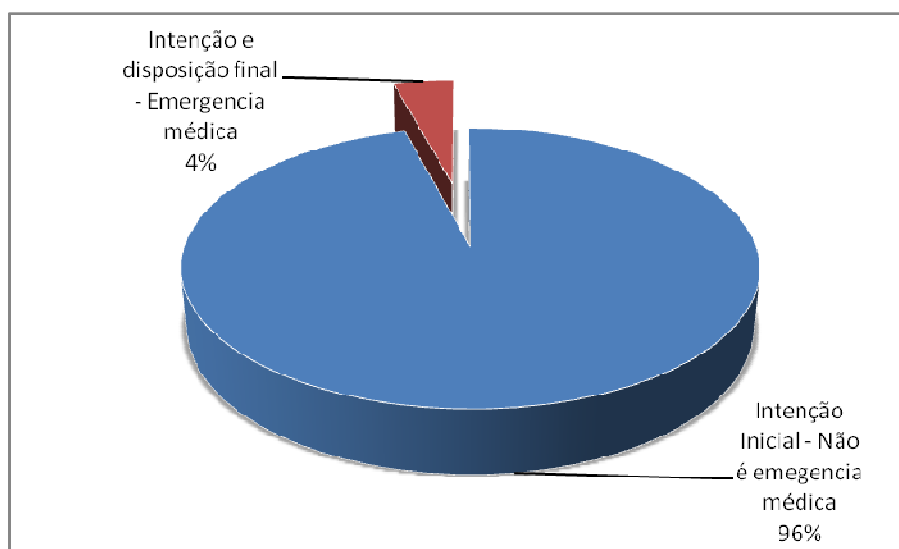
No Gráfico 27 verifica-se que do total de contactos em que a disposição final do enfermeiro foi o de aconselhar o recurso a uma emergência médica, apenas 5 % dos Utilizadores tiveram a intenção de contactar o INEM e no final da avaliação, concordaram ser avaliados pelo INEM.

Gráfico 28: Número total de contactos da Saúde 24 quando a intenção inicial e final foi de recurso a emergência médica e em que a disposição final foi outra



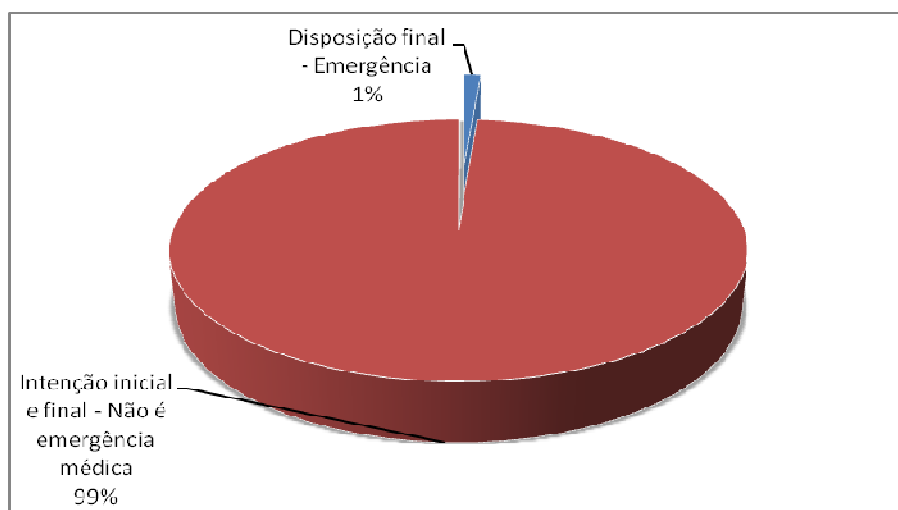
No Gráfico 28 verifica-se que apenas 4 % dos Utilizadores mantinham a sua intenção de contactar o INEM, quando a disposição final do enfermeiro foi outra, que não o recurso à emergência médica.

Gráfico 29: Número total de contactos em que intenção inicial não foi a de emergência médica e a disposição e intenção finais foram a de imediato recurso à emergência médica



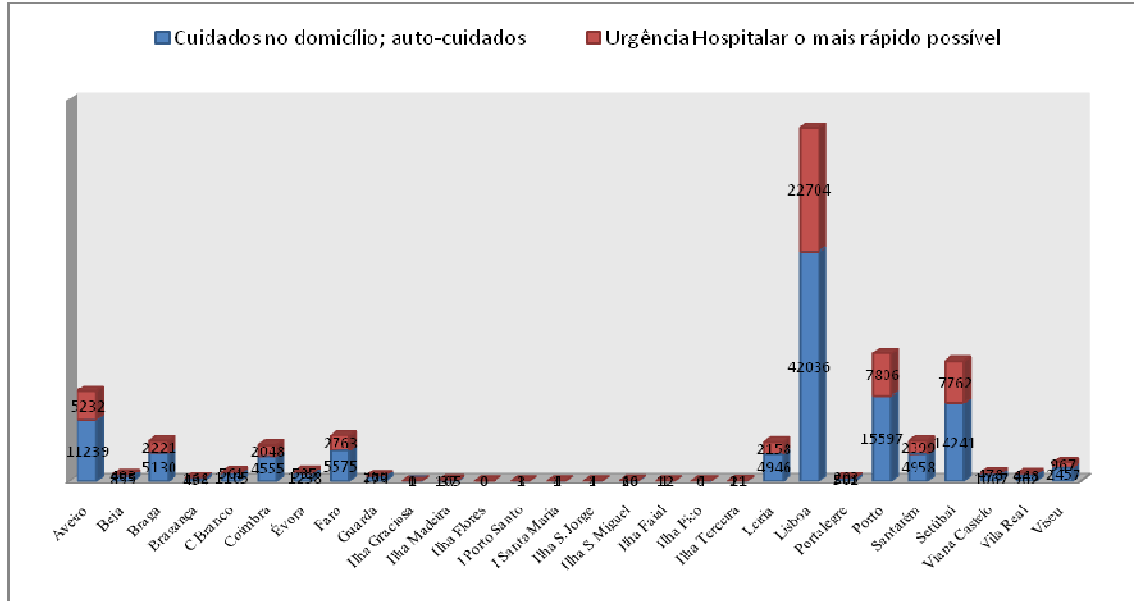
Apenas 4 % dos utilizadores não sabiam que a sua sintomatologia requeria uma observação pelo INEM.

Gráfico 30: Número total de contactos cuja intenção inicial e final não foram emergência médica, mas em que a disposição final foi de recurso à emergência médica



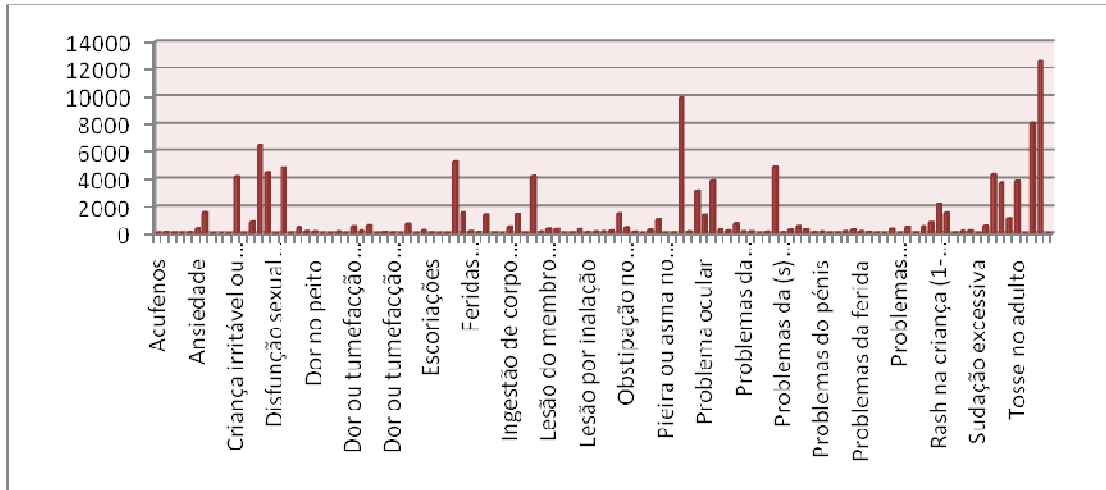
Observando o Gráfico 30 pode-se verificar que apenas 1 % dos utilizadores não concordaram em ser observados pelo INEM, quando esta foi a disposição final do enfermeiro.

Gráfico 31: Número total de contactos da Saúde 24 realizados pelos Utilizadores residentes nos diversos Distritos consoante a disposição final



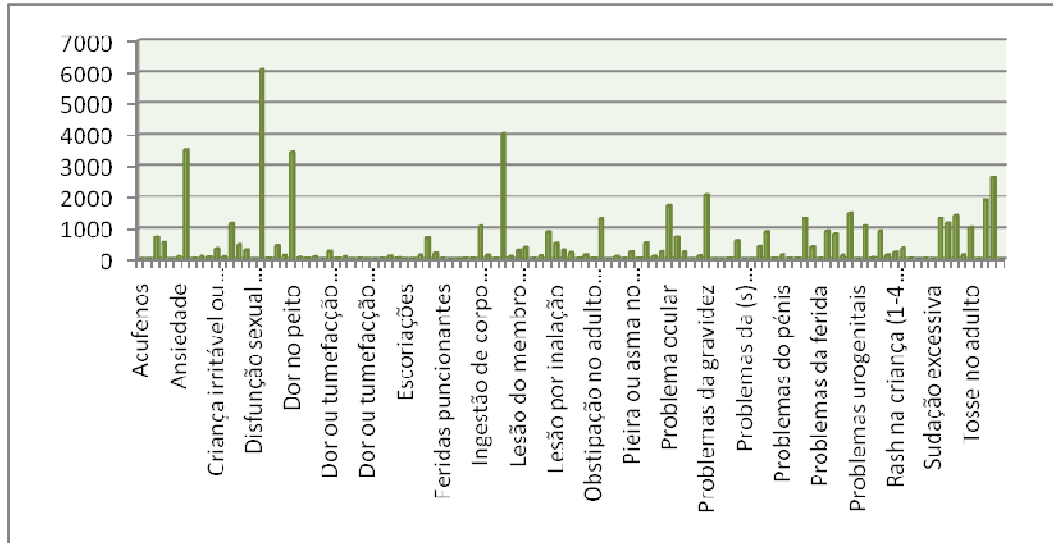
Os Distritos que mais realizaram cuidados em casa foram o de Lisboa, Porto e Setúbal. Também os cidadãos destes Distritos recorrem em maior número ao serviço de urgência.

Gráfico 32: Algoritmo percorrido que a disposição final foi cuidados em casa



Os algoritmos percorridos que mais vezes ocorreram como disposição final de Cuidados em casa foram: Problema nasal, Vômito na criança (0 – 4 anos) e Diarreia na criança (0 – 4 anos).

Gráfico 33: Algoritmo percorrido que a disposição final foi Urgência Hospitalar



Os algoritmos percorridos em que a disposição final foi de Urgência hospitalar foram:
 Dor abdominal, Lesão da cabeça e Cefaleia.

V. CONCLUSÕES

Olhar o futuro, encontrando caminhos de melhoria e de procura de satisfação dos utentes do SNS, é uma atitude que a todos deve nortear e este trabalho procura ser uma reflexão nesse pressuposto.

A atenção da autora dirigiu-se para uma das vertentes mais recentes e mediatizadas do Serviço Nacional de Saúde, a sua linha de apoio ao Público denominada Linha Saúde 24.

Foi possível descrever os principais elementos e as principais conclusões que emergiram da análise documental:

O Serviço Saúde 24, iniciou a sua actividade a 9 de Maio de 2007 integrando a Linha Saúde 24 Pediátrica e a Linha Saúde Pública com o objectivo de *“Contribuir para a Prestação de Cuidados de Saúde integralmente focados no Cidadão, facilitando o respectivo acesso a informação e aos Serviços de Saúde do Sistema Nacional de Saúde, através de um Serviço de reconhecida notoriedade e de elevado valor para o utente com nível de excelência nos Serviços disponibilizados.”* (LCS, 2007)

5.1 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Segundo o INE (2007) residem em Portugal (Continental e Ilhas) cerca de 10.617.575 pessoas. A Linha Saúde 24 foi inaugurada no dia 9 de Maio de 2007 como forma de dar resposta a todos os utentes residentes em Portugal Continental e a partir do ano 2009 passou a também a triar e aconselhar também a população residente nos arquipélagos da Madeira e Açores. Neste momento a Linha Saúde 24 dá resposta a todos os cidadãos residentes no País, seja qual o local de contacto.

Ao longo do período em estudo, de 1 de Maio de 2008 a 1 de Maio de 2009, foram realizados cerca de 381.001 contactos para a Linha Saúde 24.

Os contactos foram na sua maioria realizados através do telefone, cerca de 99,65% do número total. Os outros meios de contacto foram correio electrónico, fax, *webform*, *webchat* que só devem ser utilizados por pessoas com necessidades especiais.

Cerca de 99,68% dos contactos foram realizados com o objectivo de obter aconselhamento e eventual encaminhamento, sendo que 0,32% dos contactos foi realizado para obter outros serviços (aconselhamento terapêutico, informação sobre farmácias e instituições, etc.) e é uma situação perfeitamente marginal face ao contacto tipo.

47 % dos contactos foram realizados no turno da tarde, depois das 16h e até às 22h 59min.

Independentemente do Distrito e da faixa etária, a altura do dia em que existiram mais contactos ocorreu durante o turno da tarde.

Segundo o INE até 2007, a classe etária com maior peso demográfico no País era a dos 15 aos 64 anos, com cerca de 67 %, seguida da classe etária de mais de 65 anos com cerca de 17 % e por último, a classe etária dos 0 aos 15 anos com cerca de 15 %.

O INE refere que a população portuguesa está mais envelhecida, o que aliás é um fenómeno comum aos restantes Países da OCDE. No entanto, analisando os dados obtidos, podemos verificar que 55 % do número total de contactos foi realizado para avaliação de crianças de até aos 14 anos. Sendo assim, cerca de 85 % dos contactos foram realizados para dar resposta a solicitações de apoio para as faixas etárias dos 0 aos 14 anos e dos 25 aos 64 anos.

Em todas as faixas etárias a intenção dos Utilizadores, antes de contactarem a Linha Saúde 24, foi a de recorrerem ao um Serviço de Urgência. É na classe etária dos 0 aos 14 anos que esta discrepância é maior, pois existe um maior número de Utilizadores que pretendem recorrer a um Serviço de Urgência, em vez de realizar cuidados no domicílio.

A maior parte dos Utilizadores, independentemente do turno e da faixa etária, pretendem recorrer a um Serviço de Urgência.

Até 2007 e segundo os dados fornecidos pelo INE, residiam em Portugal cerca de 5.225,5 milhares de pessoas do sexo feminino e cerca de 4.901,4 milhares de pessoas do sexo masculino. Também foram pessoas do sexo feminino (57 %), que mais contactaram a Linha Saúde 24, ao longo do ano em estudo, o que revela uma maior preocupação das mulheres com a saúde, sobretudo dos familiares e maior à-vontade para recorrer a este serviço proporcionado pelo SNS.

Verificamos que são os Distritos de Lisboa, Porto, Setúbal, Santarém, Braga, Faro e Leiria que contribuem com 80% da produção de informação, aconselhamento e triagem, o que pode justificar pela maior concentração populacional nestes Distritos, mas também maior informação junto da população do Serviço.

Ao longo de todo o ano em estudo, foram os residentes no Distrito de Lisboa que mais contactaram, sendo responsáveis por cerca de 38 % dos contactos totais realizados.

São também os residentes na área de Lisboa, os responsáveis pelo maior número de contactos ao longo de todos os turnos. No entanto, notou-se um aumento progressivo de

contactos de cidadãos residentes em todos os Distritos, inclusivamente do interior e ilhas, o que se pode explicar por maior divulgação do serviço inclusivamente através da televisão, nem sempre pelas melhores razões mas que trouxeram o conhecimento da Linha Saúde 24 à população.

Segundo dados fornecidos pelo INE (2009) é nos Distritos do Litoral que se encontra a maioria da população. A constatação óbvia de tudo o que para trás foi enunciado é que o serviço é mais utilizado por pessoas residentes nesse litoral e são os Distritos do interior e as Regiões Autónomas os que menos o utilizam.

Também, dados do INE, ocorreu um crescimento populacional de cerca de 0,08% durante o ano de 2008, com peso estatístico sobretudo os Distritos de Lisboa, Setúbal e Faro, apesar de a taxa natural da população portuguesa a partir de 2007 ser negativa, o que mostra que o crescimento se deve à emigração.

É nos Distritos de Lisboa, Porto e Setúbal que mais se realizaram cuidados no domicílio por indicação final dos enfermeiros do Serviço (embora não haja forma de poder aferir se estas disposições finais foram realizadas dessa forma, ou não, pelos Utilizadores). Também os cidadãos destes Distritos recorrem em maior número aos serviços de urgência.

A disposição final mais vezes assumida pelo enfermeiro é de aconselhar Cuidados no domicílio.

Num estudo apresentado por Honeycutt e Burke em 2000 referia-se que cerca de 50% a 60% decidem-se pelos cuidados no domicílio. Em Portugal e durante o período em estudo, apenas 32 % dos Utilizadores verbalizaram que iriam realizar cuidados no domicílio.

Tal como no estudo publicado por Canais (2005, 29) também em Portugal, cerca de 1/3 dos utentes necessitava de cuidados menos urgentes.

Segundo a triagem realizada pelo enfermeiro, cerca de 15 % dos Utilizadores necessitavam de observação urgente face aos sintomas relatados. No entanto, a intenção inicial de 53 % dos Utilizadores era recorrer a um Serviço de Urgência. No final da triagem cerca de 26 % dos Utilizadores referiram que iriam recorrer a um Serviço de Urgência. Sendo assim, cerca de 27 % dos Utilizadores, modificaram a sua intenção inicial de recorrer ao Serviço de Urgência, após a triagem realizada pelo enfermeiro.

Necessitaram de ser acompanhados numa consulta médica, normalmente com o médico assistente, cerca de 31 % dos Utilizadores. Apenas 3 % pretendiam marcar consulta com o médico assistente. No final da avaliação, 13 % dos Utilizadores verbalizaram que iriam marcar uma consulta no médico assistente. Num estudo apresentado por Honeycutt e Burke em 2000 referia que cerca de 20 a 25% resolvem marcar uma consulta para o dia seguinte no seu

médico de família; em Portugal e durante o período em estudo, 13% concordou em marcar consulta médica no dia seguinte ou até uma semana depois.

O estudo revelou, ainda, que 17% dos Utilizadores procuram cuidados médicos no próprio dia.

Ao longo do estudo, detectou-se que cerca de 2% dos Utilizadores apresentavam sintomatologia compatível com uma observação emergente. Cerca de 3% dos utilizadores tinham intenção de contactar o INEM, mas no final da avaliação, este número desceu para 2% dos Utilizadores (que concordaram com o envio de uma ambulância de emergência).

Verificou-se que apenas 16% dos Utilizadores pretendiam realizar cuidados no domicílio, no entanto, o enfermeiro encaminhou para uma observação urgente, sendo responsável dessa forma da mudança da intenção dos Utilizadores, que mudaram e recorreram a um Serviço de Urgência, na percentagem de 26 %.

Apenas 3 % dos Utilizadores contactaram a Linha com intenção de recorrer ao Serviço de Urgência e mesmo após a avaliação do enfermeiro referiram que a sintomatologia poderia ser revertida no domicílio, estes ainda assim recorreram ao Serviço de Urgência.

Cerca de 1% dos Utilizadores consideraram que a disposição final de Urgência Hospitalar indicada pelo enfermeiro era desnecessária para a sua sintomatologia, pelo que, a sua intenção inicial e final foi realizar cuidados no domicílio.

No cômputo geral, quer os que não pretendiam quer os que pretendiam recorrer a um Serviço de Urgência, somados, perfazem 69 % dos Utilizadores, que assim alteraram a sua intenção de recorrer ao Serviço de Urgência.

Contrariando o estudo apresentado por Canais, que dava conhecimento que cerca de 1/5 dos utilizadores (20%) necessitavam de cuidados mais urgentes em Portugal este valor é menor, pois a disposição final do enfermeiro indica que ao longo do estudo que se cifra nos 15%.

Para Utilizadores que não pretendiam recurso em emergência pré-hospitalar e depois foi considerado como disposição final o recurso a esta situação, em que a ambulância do serviço de emergência acabou por ser enviada a 369 Utilizadores que não tinham intenção de (dos cerca de 8.889 Utilizadores a quem foi enviada), o que representa um valor muito baixo na ordem dos 4%, contrariando o estudo apresentado por Canais (2005, 29) em que a ambulância do serviço de emergência foi enviada para 1.500 utilizadores e que sua maioria, não tinham intenção de recorrer a estes serviços emergência pré-hospitalar, não estando quantificado em percentagem no estudo de Canais, mas sendo referido que é a maior parte, é uma considerável diferença, para o valor que neste estudo foi encontrado.

Ao contrário das intenções enunciadas anteriormente sobre os Utilizadores, no estudo, 5% dos Utilizadores pretendiam realmente contactar o INEM e foi-lhes enviada uma ambulância para uma observação emergente, uma vez que após a avaliação realizada pelo enfermeiro foi considerado que este era o encaminhamento mais correcto e com o qual o Utilizador concordou, isto significa que de todas as emergências reportadas pelos Utilizadores só 5 % foram da concordância do enfermeiro.

Ocorreu uma percentagem de 4%, pouco inferior à aquela em que o Utilizador pretendia uma observação emergente e ainda assim manteve essa intenção no final da avaliação, apesar de ser outra a indicação do enfermeiro.

Cerca de 1% dos Utilizadores não concordaram com a disposição final de emergência médica, não obstante o aconselhamento do enfermeiro.

É possível traçar o perfil dos utilizadores da Linha Saúde 24 no período de tempo de 1 de Maio de 2008 a 30 de Abril de 2009 como sendo pessoas do sexo feminino (57 %), chamando a linha para situações de saúde para familiares ou os próprios com idade compreendida até um ano de idade e os 14 anos (55 %).

Normalmente, as pessoas contactaram através do telefone e durante o turno da tarde (47 %). O Distrito que mais contactou foi Lisboa, com cerca de 38 % do número total dos contactos. Contactaram essencialmente por razões de saúde relacionadas com vómitos (6 %) e em que a intenção inicial era de recorrer ao Serviço de Urgência (53 %), no entanto, após a avaliação e aconselhamento, alteraram para Cuidados no domicílio (32 %), a fim de reverter a situação apresentada.

5.1 CONTINGÊNCIAS DO ESTUDO

Uma contingência deste estudo prende-se justamente com o facto de este estudo ser um estudo de caso não extrapolável para outras organizações ou serviços pois é realmente apenas isso o estudo de um Serviço de atendimento de uma Linha de apoio aos cidadãos residentes no País na área da saúde de forma a otimizar quer a emergência pré-hospitalar, quer os cuidados primários, quer a urgência hospitalar, quer os cuidados secundários.

As conclusões a que chegou não são passíveis de serem generalizadas uma vez que o presente estudo foi realizado num período de tempo específico de cerca de um ano e ao longo

desse ano a base de cidadãos que recorreu ao serviço foi sendo alargada pelo que é lícito pensar o mesmo estudo realizado um ou vários anos mais tarde poderá ter resultados distintos.

Outra ideia presente no estudo é que existindo uma lacuna na identificação de 1% dos contactos, estes dados poderiam alterar alguns resultados, no entanto, 1% não serão significativos para as principais conclusões.

A autora considera ainda que com o historial de dados presente nas bases de dados da Linha 24, poderão dar análises mais ricas, podendo ainda vir a constituir informação que possibilite servir para estudos mais aprofundados futuros.

A autora iniciou o estudo a partir de 1 de Maio de 2008 mas ainda que retrospectivamente pudesse recorrer a dados anteriores, não o fez, por entender que até essa altura o serviço tinha um carácter em muitos casos experimental e os dados recolhidos não apresentavam uma estrutura que pudessem ser trabalhados e comparados, conforme o protocolo que definiu.

O aparecimento do vírus H1N1 (vulgo Gripe A), limitou a pesquisa de dados para o estudo uma vez que os recursos da Linha Saúde 24 foram alocados também para uma Linha de atendimento público especialmente para esta situação pelo que a autora limitou o levantamento de dados até 1 Maio de 2009 antes de tal situação ter inundado o serviço, em muitos momentos com falta de resposta deste às inúmeras solicitações do público mas que agora tem vindo a normalizar-se.

5.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este Serviço é assegurado por enfermeiros e está disponível durante 24 horas por dia, os sete dias da semana a fim de gerir o acesso da população às instituições de saúde integradas no Sistema Nacional de Saúde, o que constitui realmente uma mais-valia para a população pois tem o conselho profissional, dedicado, contínuo a partir de qualquer ponto do País, ou do estrangeiro, proporcionando quando mais se precisa da informação adequada e do encaminhamento possível em face também das disponibilidades dos recursos do País. Incorpora para além do conhecimento técnico na área da saúde algo a que há alguns anos era considerado impossível: proporcionar em tempo útil, espera-se, a informação ao doente ou ao seu familiar e o accionamento se necessário da emergência pré-hospitalar, envio de ambulância simples ou VMER pelo que o crescimento deste tipo de serviço tenderá a crescer

na medida em que a sua qualidade tenda a ser reconhecida pela comunidade, pelas organizações do SNS e pelos decisores políticos.

Neste momento, a Linha Saúde 24 dá resposta a todo o território nacional, uma resposta potencial para os mais de 10 milhões de cidadãos e residentes. Os serviços disponibilizados são: Informação Geral de Saúde (Informação sobre instituições, Informação Esclarecimento Saúde 24 e Aconselhamento Terapêutico); Informação de Saúde Pública e Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento dos Utilizadores.

O encaminhamento é realizado segundo as disposições finais que podem ser apresentadas de acordo com a sua gravidade/risco da seguinte forma:

- Transferir para INEM – Ambulância o mais rápido possível;
- Transferir para o Centro de Informação Antivenenos (CIAV);
- Contactar a polícia – 112;
- Urgência hospitalar o mais rápido possível (mais próximo, de referência);
- Contactar o Dentista urgentemente (urgência hospitalar);
- Procurar cuidados médicos no espaço de 1-4 horas;
- Procurar cuidados médicos no espaço de 12 horas (no mesmo dia);
- Falar com o médico para voltar a analisar os sintomas;
- Contactar o obstetra/ginecologista ou médico que acompanha a gravidez;
- Contactar o oculista / técnico de óptica;
- Consulta de rotina no Dentista;
- Marcar consulta para ser observado pelo Médico assistente nos próximos 1 a 3 dias;
- Marcar consulta para ser observado pelo médico assistente no prazo de uma semana;
- Contactar a linha nacional de emergência social – 144;
- Contactar a enfermeira de cuidados domiciliários;
- Cuidados no domicílio auto-cuidados.

O Centro de Atendimento tem articulação funcional com vários prestadores de cuidados de saúde, como sejam INEM (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve), CIAV e todas as Instituições de prestação de cuidados de saúde integradas no Sistema Nacional de Saúde (Hospitais, Centro de Saúde, SAP/CATUS/SASU/SAG/AG). Além deste encaminhamento os utilizadores beneficiam ainda de instruções precisas para a realização de cuidados no domicílio.

O principal intuito pelo qual é utilizado o Serviço é a triagem, aconselhamento e encaminhamento, pois as pessoas procuram informação, coordenação e ajuda, para resolverem adequadamente os problemas de saúde.

Sendo os objectivos deste trabalho traçar o Perfil dos utilizadores da linha Saúde 24 e perceber se o serviço de atendimento Saúde 24, é conclusão da autora que este trabalho contribuiu para este conhecimento.

A utilização do Serviço Saúde 24 acarreta vantagens como sejam o acesso a assistência e informação de saúde profissional, personalizada, permanente e fácil de utilizar; acesso a informação e educação para a saúde; a detecção precoce de situações potencialmente graves e encaminhamento precoce destas situações; o aconselhamento e encaminhamento dos utilizadores para a instituição de prestação de cuidados de saúde mais adequada; a eliminação de desnecessárias recorrências aos serviços de saúde e todos os inconvenientes associados a estas deslocações; a maior conveniência, maior conforto e menores custos para os utilizadores.

Pode-se ainda inferir que a Linha Saúde 24 é um serviço que apoia a gestão dos cuidados de saúde dos utilizadores através do encaminhamento adequado às instituições de saúde e oferece um leque de cuidados de saúde seguros e apropriados a cada situação apresentada. Além disso, o serviço ajuda e apoia a tomada de decisões informadas e conscientes dos utilizadores.

Verifica-se que a procura dos Serviços de Urgência diminuiu de forma notória ao longo do ano em estudo, assim sendo, são vários os benefícios para as Instituições.

Considera-se importante que novos trabalhos surjam no sentido acompanhar e monitorizar os encaminhados realizados, avaliação da satisfação dos utilizadores e avaliação a qualidade dos cuidados prestados.

Encerra-se esta investigação dando-se nota da importância do Serviço Saúde 24 na gestão dos acessos ao Serviço Nacional de Saúde e da literacia em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIDOS, A. *et al* – *Efectividade do Sistema de Triagem Telefónica Saúde 24 Pediatria num Serviço de Urgência Pediátrica*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 2006.

ALVIM, L. *et al* – *Relatório Final: Parcerias de Saúde*. Porto: Escola de Gestão do Porto, 2006.

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE – *Estratégias de Saúde em Portugal: O Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010*. Lisboa: 1ª Edição, 2009.

ÁGREN, G. – *Sweden's New Public-Health Policy*. Suécia: National Institute of Public Helath, 2002.

ÁGREN, G. – *The Swedish Public Helath Policy*. Suécia: National Institute of Public Helath, 2005.

ARNAUT, A. - *Serviço Nacional de Saúde só cobre 70% do Portugueses*. IOL, 2008: 1.

ARNAUT, A. - *Serviço Nacional de Saúde: 30 anos de Resistência*. Coimbra: Coimbra Editora, 2009.

BALEIRAS S.J. e RAMOS, V. - *A Gestão da Prática Clínica pelo Médico de Família: Revista Portuguesa Clínica Geral*. 1992, 9: 116 - 24.

BANKEN, R. – *Strategies for Institutionalising HIA*. Copenhaga: World Health Organization Regional Office for Europe, 2001.

BARROS, P.P. – *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde: Perspectiva Económica*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

BASTO, M.L. e PORTILHEIRO, C. – *Concepções de Cuidados de Enfermagem: O que Dizem os Enfermeiros*. Revista de Investigação em Enfermagem, nº7, 2003.

BÉRESNIAK, A. e GÉRARD, D. - *Economia da Saúde*. Lisboa: CLIMEPSI editores – Sociedade Médico-psicológica, Lda, 1999.

BILHIM, J. A. F. - *Teoria Organizacional: Estruturas e Pessoas*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 5ª edição, 2006.

BILHIM, J.A.F. - *Gestão Estratégica de Recursos Humanos*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 3ª Edição, 2007.

BRIGGS, J.K. - *Telephone Triage Protocols for Nurse*. Lippincott Philadelphia: New York, 1997.

BRIGGS, J. - *The Impact of the Call Center On Health Care. Directory of Medical Call Centers. A Comprehensive Resource Guide To Medical Call Centers: Players, Implementation, and Strategies*. Nova York: Faulkner & Gray, 2000, 3 - 8.

CABRAL, M.V. - *Saúde e Doença em Portugal – Inquérito aos Comportamentos e Atitudes da População Portuguesa Perante o Sistema Nacional de Saúde: Apresentação de dados preliminares*, 2002.

CABRAL, M. e SILVA, P. – *O Estado da Saúde em Portugal*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2009.

CAETANO, J. *et al* - *Fundamento de Comunicação*. Lisboa: Edições Sílabo, 2ª Edição, 2008.

CAETANO, J. e RASQUILHA, L. - *Gestão da Comunicação*. Lisboa: Quimera editores, Lda., 3ª Edição, 2007.

CAMPOS, A.C. - *O Despesa e défice na saúde*. In *Análise Social*, N.º161, 2002.

CAMPOS, A.C. - *Reformas da Saúde: O fio Condutor*. Coimbra: Editora Almedina, 2008.

CANAIS, E.M.P.D. – *A Triagem Clínica Telefónica e a Gestão de Cuidados de Saúde: Análise de um Serviço Público*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2005.

CARDOSO, C.C. et al - *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano*. Lisboa: Edições Sílabo, 1ª Edição, 2008.

CARVALHO, M.T.G. - *Nova Gestão Pública e Reformas da Saúde: O Profissionalismo numa Encruzilhada*. Lisboa: Edições Sílabo, 1ª Edição, 2009.

CASTELLS, M. - *La Era de la Información: La Sociedad Red*. Madrid: Alianza Editorial, 1997.

CASTELLS, M. - *A Sociedade em Rede*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

CASTRO, J.A.T., CUNHA, A.C. e LEAL, M.J. - *Organizações em Tempo Real: O Papel dos Sistemas de Informação*. Lisboa: Edições Sílabo, 1ª Edição, 2008.

CIPRIANO, J. - *Acesso aos Cuidados de Saúde: Porque Esperamos?* Lisboa: Campo de Comunicação, Colecção Saúde, (2004).

COMISSÃO PARA A SUSTENTABILIDADE DO FINANCIAMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE - *Relatório Final*. Lisboa, 2007.

CONCELHO ECONÓMICO E SOCIAL – *As Reforma dos Sistemas de Saúde*. Lisboa: 1995.

COSTA, C. - *Produção e Desempenho Hospitalar: Aplicação ao Internamento*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2005. Tese de Doutoramento.

COSTA, C. e REIS, V. - *O Sucesso nas Organizações de Saúde*. Revista Portuguesa de Saúde Publica. 11: 3 (1993) 59-68.

CRUZ, J.C. - *Introdução ao Estudo da Comunicação: Imprensa, Cinema, Rádio, Televisão, Redes Multimédia*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2002.

CUNHA, A.B.O. - *Acessibilidade a Serviços de Saúde: entre as Intervenções Municipais e a Posição dos Usuários no Espaço Social*. Bahia: Universidade do Estado da Bahia Lúcia M. Vieira da Silva – Instituto de Saúde Colectiva - Universidade Federal da Bahia, (2007).

- DAFT, R. L. - *Organizações: Teorias e Projectos*. Lisboa: Thomson Pioneira, 2002.
- DAHLIN, K.; GINÓ, A. e SENA, C. – *Compreender os Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Edições Colibri, 2002.
- DALE, D.C. et al – *ARS Medicinae*. Lisboa: Fundação Luso-Americana, 2007.
- DELGADO, M.C. e CURADO, M. - *Saúde 24 – Pediatria*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros. Nº 17, 2ª série, Janeiro/Março, 2000.
- DELGADO, M.C. - *A triagem telefónica, um contributo para a enfermagem*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros, nº 17, 2ª série, Janeiro/Março, 2000.
- DRANOVE, D. e MARCIANO, S. - *Estratégia: Conceitos, Ferramentas e Modelos para Profissionais*. São Paulo: Editora atlas, 2007.
- DURÁN, H. - *Planeamento da Saúde. Aspectos Conceptuais e operativos: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde*, 1989.
- DURR, W. – *A Call Center Primer: Healthcare Information and Management*. 1998.
- EITO - European Information Technology Observatory. Bruxelas: Comissão Europeia, 2001.
- ESTEVES, J.G. et al - *O Futuro da Saúde em Portugal*. Lisboa, 2006.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS – *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Buckingham: Open University Press, 2002.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS AND POLICIES, 2004. *Health care systems in transition: HiT summary: Portugal 2004* [monograph on the Internet]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office for Europe. World Health Organization. [accessed June 2008].

FILHO, H.T.C. – *Portal da Saúde*. Lisboa, 2005.

FREDERICO, M. e LEITÃO - *Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Edições Sinais Vitais, 1ª Edição, 1999.

GASPAR, M. - *Como Reformar a Saúde*. Revista Exame, Ano 1o, n.º 119. Junho, 54-60, 1998.

GILMAN, R. - *Como estabelecer um Medical Call Center*. Health Management Technology, 2000.

GOMES, J. – *Saúde 24: O Centro de Atendimento do SNS Análise da Satisfação do Utente*. Lisboa: Tese do Curso de Especialização em Administração Hospitalar, 2009.

GOUVEIA, S.E. – *Call Center em Saúde: Projecto de um Call Center para a Diabetes*. Lisboa, 2006.

GRUPO CONSULTIVO PARA A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – *Acontecimento Extraordinário: Sistema Nacional de Saúde Proximidade com Qualidade*. Lisboa: 2009.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. (1994) - Competing paradigms in qualitative research In DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna (Ed) (1994) *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, pp. 105-117

HONEYCUTT e BURKE - *Why A Call Center? And Why Now?*, Directory of Medical Call Centers. A Comprehensive Resource Guide To Medical Call Centers: Players, Implementation, and Strategies. Nova York: Faulkner & Gray, 2000, 9 - 17.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA.

JUSTO, Cipriano – *Saúde um Utilidade Sem Valor de Troca*. Porto: Campo das Letras, Editores S.A., 2002.

LATTIMER, V., et al. – *Cost analysis of nurse consultation in out of hours primary care*. British Medical Journal. 7241, April, 2000.

LAVERACK, G. - *Promoção da Saúde: Poder e Empoderamento*. Camarate: Lusodidacta, 2004.

LCS - LINHA DE CUIDADOS DE SAÚDE - *Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (Saúde 24): Boas Práticas no Sector Público*. 6ª Edição. Lisboa: Deloitte, 2008.

LCS – LINHA DE CUIDADOS DE SAÚDE, S.A. – *Saúde 24*. Lisboa: 2007.

MANCINI, L. – *Call Center: Estratégia para Vencer*. São Paulo: Summus Editorial, 2006.

MAREK, A. - *Quality on the Line: Perspectives on Infrastructure, Performance, and Value”, Directory of Medical Call Centers. A Comprehensive Resource Guide To Medical Call Centers: Players, Implementation, and Strategies*. Faulkner & Gray, New York, 2000, 147-157.

MARQUES, A.P. e SANTOS, M.J. – *O Caso dos Call Centers: Organização do Trabalho e Atitudes Face aos Trabalho e Emprego*. Revista de Sociologia – Problemas e Práticas, nº 52, 2006, 69 – 86.

MARTINS, J.C.L. et al - *O Futuro da em Portugal*. Lisboa: 2006. Saúde

MILIO, N. – *Engines of empowerment*. Chicago: Health Administration Press, 1996.

MOURA, M.C. – *Mudanças na Gestão dos Sistemas de Saúde – O Modelo Canadano*. GE – J Pot Gastreterol, 2006, 13: 105-110.

NOGUEIRA, J.M.A. – *A Gestão da Doença Crónica com o Desafio dos Custos*. Revista Cidade Solidária, 2004.

NUNES, R. - *Regulação da Saúde*. Porto: Vida económica editorial, Lda., 2ª Edição, 2009.

OCDE – Economic Survey of Portugal. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2008.

OCDE - Financial Statements of the Organisation for Economic Co-operation and Development as at 31 December 2008. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2009.

OCDE – Future Budget Pressures Arising from Spending on Health and Long-Term Care. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2006.

OCDE –OECD Health Data 2008. How Does Portugal Compare. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2008.

OCDE – Regulatory Policies in OECD Countries. From Interventionism, to regulatory Governance. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2002.

OLIVEIRA, V.E. e TANAKA, O.Y. – *Reforma (s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: Lições para o SUS*. São Paulo: Revista Saúde e Sociedade, Volume 16, 2007, 7 – 17.

OPSS – *Novo serviço público saúde: novos desafios*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2005.

OPSS – *10 anos OPS 30 anos SNS: razões para continuar*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2009.

OPSS – *Portal “Gestão.Saúde”: Memória Descritiva*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2002.

OPSS - *Relatório Primavera 2001: O Estado da Saúde e a Saúde do Estado*. Observatório Português de Sistemas de Saúde, com parceria da Escola Nacional de Saúde Pública, INDEG/ISCTE, Faculdade de Economia de Coimbra e Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

OPSS – *Saúde: que rupturas?*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003.

OPSS – *Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2008.

OPSS – *Um Ano de Governação em Saúde: Sentidos e Significados*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2006.

OQCA III – *Saúde 2015: Horizonte 2007 - 2013*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2007.

PEREIRA, M. G., SOARES, V. A. E MCINTYRE, T. *Satisfação do Utente e Atitudes Face aos Médicos e Medicina: um Estudo Piloto*. Universidade do Minho, Departamento de Psicologia – Minho, Portugal, 2001.

PIRES, A.R. - *Qualidade: Sistemas de Gestão da Qualidade*. Lisboa: Edições Sílabo, 3ª Edição, 2007.

PISCO, L. et al - *O Futuro da Saúde em Portugal*. Lisboa: 2006.

DECRETO-LEI nº 11/93. D.R. Iª Série-A. 12 (93-01-15). *Estatuto do SNS*.

PORTUGAL. LEI nº 48/90. D.R. Iª Série. 195 (90-08-24). *Lei de Bases da Saúde*.

PORTUGAL. LEI nº 27/2002. D.R. Iª Série-A. 258 (2002-11-08) *Regime Jurídico da Gestão Hospitalar*.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Centro de Atendimento do Sistema Nacional de Saúde em Regime de Parceria Pública-privada*. 2004.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS. CENTRO DE ATENDIMENTO DO SNS – *Minuta de Contrato de Prestação de Serviços*. Lisboa: Ministério da Saúde, [2007].

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Centro de Atendimento do SNS em Regime de Parceria Público-privada: Estudo Estratégico*. Lisboa: Centro de Atendimento do SNS. Direcção-Geral da Saúde, 2007.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Composição do Serviço Nacional de Saúde*. 2007.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Desempenho do Serviço Nacional de Saúde*. 2006.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Indicadores de Desempenho do Sistema Nacional de Saúde 2004 – 2006*. 2007.

DELOITTE, Fundação Luso-Americana – *Prémio de Boas Práticas no Sector da Saúde*. Lisboa, 2008.

REIS, R. L., Reis, H. P. - *Gestão Estratégica: Aplicada a Instituições do Ensino Superior*. Lisboa: Escolar editora, 2008.

RIBEIRO, J. M. – *Saúde: Liberdade de Escolher*. Lisboa: Gradiva, 2009.

RICE, M. – *Toward harnessing new electronic technologies to meet the needs of elderly people: report of an Aspen Institute Planning meeting, Wye Woods Conference Center, Queenstown, MD, March 24-25 1987*. New York: Aspen Institute for Humanistic Studies, 1987.

RODRÍGUEZ, Á.L.L. - *El telemarketing en España: materiales para una cartografía del mundo del trabajo contemporáneo*. Sociologia del Trabajo, 49, 2003, 27-59.

ROGERS e SHOEMAKER, 1971 in *Primary Care Trusts Establishing Better Services*. 1999.

ROYAL COLLEGE OF NURSING (RCN) - *Nurse Téléphone Consultation*. Nursing, Londres: Novembro de 1999.

SAKELLARIDES, C. et al. - *O Futuro da Saúde em Portugal*. Lisboa: 2006.

- SAKELLARIDES, C. e BARBOSA – *Portal da Saúde*. Lisboa, 2001.
- SCLIAR, M. – *História do Conceito de Saúde*. Revista de Saúde Colectiva. Rio de Janeiro, 2007, 17 (1): 29 – 41.
- SCHMITT, B.M.D. – *Telephone Triage Protocols*, 1999.
- SERAFINO, R. – *Do's and Don't's for Call Centers: Industry Trend or Event*. Health Management Technology, 2000.
- SERRÃO, D. – *A Saúde em Portugal*. Brotéria. Revista de Cultura, 5, Vol. 149. Brotéria – Associação Cultural e Científica. Lisboa.
- SILVA, J.A. et al - *O Futuro da em Portugal*. Lisboa. 2006.
- SILVA, P. - *Fundamentos e Modelos nas Parcerias Público-Privadas na Saúde, O Estudo dos Serviços Clínicos*. Coimbra: Edições Almedina, SA, 2009.
- SIMÕES, J. - *Parcerias Público Privadas no Sector da Saúde: Missão Parcerias*. Saúde Documento Policopiado, 2002.
- SIMÕES, J. et al. – *A Sustentabilidade Financeira do SNS*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2008.
- SIMÕES, J. - *Retrato Política da Saúde: Dependência do Percurso e Inovação em Saúde da Ideologia ao Desempenho*. Coimbra: Edições Almedina, 2005.
- SMITH K. - *Telephone health care: it's more than just a phone call*. *Pediatr Nurs*, 1999.
- STONE, B. e WYMAN, J. – *A Bíblia do Telemarketing*. São Paulo: Nobel, 1942.
- UNAIDS – *HIV/AIDS Counseling : just a phone call away : four case studies of telephone hotline/helpline projects*. Geneva: UNAIDS, 2002.

UNGLERT, C.V.S. – *O Enfoque da Acessibilidade no Planejamento da Localização e Dimensão de Serviços de Saúde*. São Paulo: Revista de Saúde Pública, (1990).

WHO – *Client satisfaction evaluations*. Geneve: WHO, 2000. (Workbook; 6).

WHO - *Constituição*. New York: WHO, 1946.

WHO – *Equity in Health and Health Care*. Geneve: WHO, 1996.

WHO – *Health 21: Health for all in the 21st century*. Copenhagen: Regional Office for Europe, 1998.

WHO – *Health for all strategy*. Geneve: WHO, 1981.

WHO. TDR – *Empowerment: annual report 2008. Geneva: Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases*. WHO, 2009.

WHO. TDR – *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneve: World Health Organization, 2000.

WHO, Relatório Mundial da Saúde Saúde mental: nova concepção, nova esperança 2001

WOLCOTT, Barry - *Clinical Pathways for Ambulatory Care Case Management, Putting Clinical Pathways to Work: Using Algorithms*. Aspen Publishers, Gaithersburg, 1996, 1 – 7.

WOLCOTT, Barry W.- *Managed Care's Driving Force: Demand Management Info care*. Janeiro / Fevereiro 1996, 13 - 15.

WOLCOTT, B.; JOHNSON, D.; PHILLIPS, J.S.; WHITE, S.D. – *Telephone Triage Safely Lessens Demand for Acutcare Pediatric Service: Managed Care*. Maio 1995, 22 - 25.