



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2014/2015

Maria Isabel Novais Pessoa de Almeida  
A reforma dos cuidados de saúde  
primários e o seu impacto na  
satisfação dos utentes

março, 2015

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Maria Isabel Novais Pessoa de Almeida  
A reforma dos cuidados de saúde  
primários e o seu impacto na  
satisfação dos utentes

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Ciências Sociais e Saúde**

**Tipologia: Monografia**

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:  
Professora Doutora Guilhermina Rêgo**

**Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:  
Revista Portuguesa de Saúde Pública**

março, 2015

**FMUP**

Eu, Maria Isabel Novais Pessoa de Almeida, abaixo assinado, nº mecanográfico 200900221, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 23/03/2015

Assinatura conforme cartão de identificação:

Maria Isabel Novais Pessoa de Almeida

NOME

Maria Isabel Novais Pessoa de Almeida

CARTÃO DE CIDADÃO

13950016

E-MAIL

mimed09096@med.up.pt

TELEFONE OU TELEMÓVEL

918829441

NÚMERO DE ESTUDANTE

200900221

DATA DE CONCLUSÃO

2015

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Ciências Sociais e Saúde

TÍTULO MONOGRAFIA

A reforma dos cuidados de saúde primários e o seu impacto na satisfação dos utentes

ORIENTADOR

Professora Doutora Guilhermina Rêgo

É autorizada a reprodução integral desta Monografia para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 23/03/2015

Assinatura conforme cartão de identificação: Maria Isabel Novais Pessoa de Almeida

## **DEDICATÓRIA**

Gostaria de agradecer à Professora Doutora Guilhermina Rêgo pela oportunidade de realizar este projeto sob a sua orientação. Aos meus pais e a todos aqueles que me apoiaram durante este percurso, o meu muito obrigada.

# **A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E O SEU IMPACTO NA SATISFAÇÃO DOS UTENTES**

**Maria Isabel Novais Pessoa de Almeida**

A autora é licenciada em Ciências Básicas da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e frequenta atualmente o 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

## ÍNDICE

Introdução.....	1
Objetivos e metodologia.....	2
O valor dos cuidados de saúde primários .....	3
A progressão dos cuidados de saúde primários em Portugal .....	4
As Unidades de Saúde Familiar .....	7
A avaliação da satisfação dos utentes das USF .....	9
A Satisfação dos Utentes: indicador de Qualidade em Saúde.....	13
Conclusão .....	15
Referências .....	17
Resumo.....	23
Abstract .....	24
Anexo .....	25
Instruções aos Autores.....	26

## 1           **Introdução**

2           O mundo ocidental tem vindo a atravessar uma fase de recessão económica, cujos  
3 efeitos se traduzem em orçamentos de estado cada vez mais magros para a gestão dos  
4 diferentes organismos do aparelho estatal o que acarreta cortes sucessivos nas verbas que lhes  
5 são destinadas e por isso uma necessidade crescente de diminuição de custos nos serviços por  
6 eles prestados ou na sua própria organização. Em Portugal, à semelhança do que acontece na  
7 maioria dos países ocidentais<sup>1</sup>, uma parte significativa do Orçamento de Estado destina-se à  
8 Saúde. Apesar disso, e em consequência da presente situação económica, este sector foi  
9 também ele confrontado com uma necessária redução de financiamento. A viabilidade atual e  
10 futura do Serviço Nacional de Saúde (SNS) depende, pois, de uma gestão eficiente dos  
11 recursos e esse é o desafio com que os governantes portugueses e os profissionais de saúde se  
12 deparam hoje.

13           Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a solução passa pela reorganização  
14 dos sistemas de saúde das nações, centrando-os nos cuidados de saúde primários.<sup>2</sup> Quando  
15 comparado com outros modelos em vigor, este modelo permite a redução dos custos em  
16 saúde, a melhoria do estado de saúde das populações e a maior satisfação dos utentes.<sup>3</sup>

17           Em Portugal, a reforma que centraria o SNS nos cuidados de saúde primários teve  
18 início em 2005. Esta reforma, de natureza principalmente organizativa e funcional, tinha  
19 como objetivos principais reverter o estado de grande burocracia sentido ao nível dos  
20 cuidados primários e, ao mesmo tempo, servir melhor os cidadãos.

21           Passados quase dez anos, é necessário fazer o balanço dessa reforma e, através da  
22 análise dos dados disponíveis até à data, percebe-se que a reconfiguração da prestação  
23 primária de saúde conduziu a um aumento na eficiência a este nível. Importa agora saber se  
24 esse ganho em eficiência foi sentido pelos utentes. Isto é, estarão os utentes portugueses mais  
25 satisfeitos com os serviços prestados ao nível dos cuidados de saúde primários?

## 26 **Objetivos e metodologia**

27 Este trabalho tem como objetivo principal perceber de que forma a satisfação dos  
28 utentes portugueses com os serviços prestados foi influenciada pela reforma dos cuidados de  
29 saúde primários que levou à criação das Unidades de Saúde Familiar (USF).

30 De forma a contextualizar a problemática, optou-se por, em primeiro lugar, descrever  
31 a evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal até aos dias de hoje, seguindo-se um  
32 apanhado dos esforços que foram feitos para averiguar a satisfação dos utentes das USF  
33 portuguesas. No final, conclui-se estabelecendo umnexo de causalidade entre o nível de  
34 satisfação dos utilizadores e a qualidade dos cuidados de saúde.

35 Para a elaboração deste trabalho, recorreu-se à análise de fontes documentais  
36 referentes à reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal, à análise de documentos  
37 de trabalho orientadores da implementação da reforma e à revisão de literatura que relaciona  
38 os termos “primary health care”, “patient satisfaction” and “quality in health care”, obtida  
39 através de pesquisa na base de dados *PubMed*.

40

## 41 **O valor dos cuidados de saúde primários**

42 A saúde é o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a  
43 ausência de doença ou enfermidade”.<sup>4</sup> Contudo, embora a saúde seja um direito humano  
44 fundamental, ainda hoje se verificam profundas disparidades entre os estados de saúde dos  
45 povos.

46 O estado de saúde de um povo reflete o nível socioeconómico do seu país.<sup>5</sup> A recessão  
47 económica e o conseqüente empobrecimento da população traduzem-se em piores indicadores  
48 de saúde. Assim, a disparidade observada ao nível da saúde resulta, em parte, da desigualdade  
49 económica que existe entre países e dentro dos próprios países.<sup>6</sup>

50 Já em 1978, na Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, a  
51 atenção recaía sobre a forma de colmatar esta diferença e de melhorar o estado de saúde das  
52 populações. Fruto dessa conferência, a Declaração de Alma-Ata vem estabelecer que os  
53 cuidados de saúde primários são a chave para a melhoria das condições sociais e económicas  
54 das populações e que os governos são responsáveis pela promoção e proteção da saúde dessas  
55 populações.<sup>4</sup>

56 Desta forma os cuidados de saúde primários são cuidados essenciais de saúde ao  
57 alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade. Estes proporcionam serviços de  
58 promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades das comunidades, e  
59 integram o sistema de saúde do país. Os cuidados de saúde primários representam o primeiro  
60 nível de contacto dos indivíduos com o sistema nacional de saúde e, por isso, devem estar  
61 próximos das populações, constituindo o primeiro elemento de um processo continuado de  
62 assistência na saúde.<sup>4</sup>

63 Assim, quando um estado centra o seu sistema de saúde nos cuidados de saúde  
64 primários, as diferenças entre os indicadores de saúde das diferentes classes sociais são menos  
65 acentuadas.<sup>2,5,6</sup> A atenuação dessas diferenças deve-se à universalidade e à acessibilidade que

66 caracterizam os cuidados de saúde primários, ou seja, tratam-se de serviços de cobertura  
67 nacional e disponíveis a todos os cidadãos de um país, sejam estes naturais ou emigrantes  
68 residentes nesse país. Segundo a Diretora-Geral da Organização Mundial de Saúde (OMS),  
69 Dra. Margaret Chan, no seu discurso de abertura do Conselho de Ministros da República de  
70 Singapura, em janeiro de 2015, a adoção de políticas que levem a uma cobertura universal dos  
71 serviços de saúde é o equalizador social mais potente que se conhece.

## 72 **A progressão dos cuidados de saúde primários em Portugal**

73 No nosso país, os cuidados de saúde primários surgem em 1971 com a criação dos  
74 primeiros centros de saúde. Desde então e até hoje, a visão dos cuidados de saúde primários  
75 tem-se alterado, por força da emergência de novo conhecimento e do enquadramento político  
76 do país, podendo delinear-se três gerações de centros de saúde.<sup>7</sup>

77 Os centros de saúde de primeira geração eram responsáveis pela integração e  
78 coordenação de atividades de Saúde Pública e pela prestação de cuidados médicos não  
79 especializados, assegurando a cobertura médico-sanitária da população das áreas que lhes  
80 correspondiam.<sup>8</sup> As atividades de Saúde Pública compreendiam a vacinação, a vigilância da  
81 saúde da grávida e da criança, a saúde escolar e as atividades de autoridade sanitária. Pelo  
82 exposto, conclui-se que os centros de saúde deste período apresentavam uma linha de ação  
83 ligada, principalmente, à prevenção e ao acompanhamento de grupos de risco.<sup>7</sup>

84 Os centros de saúde de segunda geração surgem em 1983 e resultam da integração de  
85 serviços da dependência da Direcção-Geral de Saúde e dos Serviços Médico-Sociais.<sup>9</sup> A fusão  
86 de centros de saúde, postos dos Serviços Médico-Sociais e hospitais concelhios permitiu a  
87 expansão da rede de cuidados primários, mas ditou uma pluralidade de atitudes e práticas,  
88 influenciadas sobretudo pela cultura organizativa preexistente.<sup>7</sup>

89 Contudo, esta reconfiguração dos centros de saúde, integrando-os em estruturas de  
90 saúde preexistentes, não serviu adequadamente as expectativas dos cidadãos e dos  
91 profissionais.<sup>10</sup> Em verdade, o regulamento então em vigor contribuiu para uma insatisfação  
92 entre os utentes e os profissionais de saúde superior à que se verificava antes da reforma,  
93 devido à centralização dos recursos, e conseqüente afastamento dos mesmos das populações, e  
94 ao excessivo normativismo que se sentia.<sup>7</sup>

95 Estavam reunidas, assim, as condições necessárias para uma nova reforma dos  
96 cuidados de saúde primários.

97 Os centros de saúde de terceira geração nascem, em 1999, da necessidade de centrar os  
98 serviços de saúde no cidadão e de obter ganhos em saúde. Acreditava-se que centros de saúde  
99 capacitados de uma gestão autónoma e rigorosa e de uma hierarquia técnico-assistencial  
100 efetiva eram capazes de cumprir os seus objetivos de promoção, vigilância e melhoria da  
101 saúde do indivíduo e das populações com maior qualidade e eficiência.<sup>11</sup> Com a publicação  
102 do Decreto-Lei n.º157/99, de 10 de Maio, os centros de saúde deixaram de estar na  
103 dependência orgânica e funcional das Administrações Regionais de Saúde (ARS) e passaram  
104 a ter autonomia técnica, administrativa e financeira.<sup>11</sup> As ARS passaram a ser responsáveis  
105 somente pela coordenação, orientação e avaliação do funcionamento dos novos centros de  
106 saúde.

107 Pelo disposto no Decreto-Lei n.º 157/99, a atividade dos centros de saúde divide-se em  
108 três grandes esferas: a saúde individual e familiar, a saúde de grupos e da comunidade e a  
109 vigilância epidemiológica. De forma a responder mais eficazmente às diferentes realidades, os  
110 centros de saúde reorganizar-se-iam em unidades funcionais. Cada centro de saúde passaria a  
111 dispor, desde então, de quatro a dez Unidades de Saúde Familiar (USF), uma Unidade de  
112 Cuidados Continuados na Comunidade (UCC) e uma Unidade Operativa de Saúde Pública  
113 (USP). Mediante critérios geodemográficos e de gestão de recursos, cada centro de saúde ou

114 agrupamento de centros de saúde poderia dispor de unidades funcionais de Diagnóstico,  
115 Tratamento e Urgência.<sup>12</sup>

116 De modo mais individualizado, as USF garantem a prestação de cuidados  
117 personalizados de saúde, assim como a acessibilidade, continuidade e globalidade dos  
118 mesmos. As UCC prestam cuidados domiciliários de enfermagem e de apoio psicossocial em  
119 casos de grande risco ou vulnerabilidade, de dependência física marcada ou que necessitem de  
120 acompanhamento regular. As USP exercem funções de planeamento e vigilância da saúde  
121 comunitária, com ação prioritária sobre o meio ambiente.<sup>12</sup>

122 Passariam, no entanto, anos até a reforma dos cuidados de saúde primários sair do  
123 papel e ganhar forma. A publicação de um diploma que previa alterações tão profundas ao  
124 nível dos cuidados primários a tão poucos meses de eleições legislativas ditava que a sua  
125 implementação fosse protelada até um momento de maior estabilidade política. Contudo, o  
126 que se seguiria às Eleições Legislativas portuguesas de 1999 seriam tempos bastante  
127 conturbados. Após o término precoce dos mandatos do XIV.º e XV.º Governos  
128 Constitucionais, a pasta da Saúde passou para as mãos do social-democrata Luís Filipe  
129 Pereira. Durante o seu mandato, o Decreto-Lei n.º 157/99 seria revogado, sendo substituído  
130 pelo Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, que criava uma nova rede de cuidados de saúde  
131 primários. Passados dois anos, com a mudança do governo e com Campos Costa à frente do  
132 Ministério da Saúde, este diploma seria revogado, sendo ripristinado o Decreto-Lei n.º  
133 157/99. Em 2005, estavam finalmente reunidas as condições para dar início à reforma dos  
134 cuidados de saúde primários. Em 2007, esta ganha forma com a criação das primeiras USF a  
135 nível nacional.

136

137 **As Unidades de Saúde Familiar**

138 Como foi dito anteriormente, as Unidades de Saúde Familiar (USF) são estruturas com  
139 autonomia funcional e organizativa, que assentam em equipas multiprofissionais formadas  
140 por médicos, enfermeiros e funcionários administrativos e que se podem organizar em três  
141 modelos de desenvolvimento: os modelos A, B e C,<sup>12</sup> conforme foi definido pelo Despacho  
142 24101/2007.

143 As diferenças entre os três modelos resultam do grau de autonomia organizacional, da  
144 diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e do modelo de  
145 financiamento e respetivo estatuto jurídico.<sup>13</sup>

146 Sendo, portanto, três os modelos, o modelo A aplica-se às USF em processo de  
147 aprendizagem e aperfeiçoamento quer do trabalho em equipa no âmbito da saúde familiar,  
148 quer da prática de contratualização interna e da avaliação de desempenho técnico-científico.<sup>14</sup>  
149 Nestas USF, as regras e o regime de remuneração são definidos pela Administração Pública.  
150 Contudo, cada USF pode contratualizar uma carteira adicional de serviços, a ser paga em  
151 regime extraordinário, assim como pode contratualizar o cumprimento de metas que reverte  
152 em incentivos institucionais para a USF.<sup>13</sup>

153 Por outro lado, existem USF em que o trabalho em equipa no âmbito da saúde familiar  
154 é já uma realidade. Entre estas, às que estiverem dispostas a contratualizar níveis de  
155 desempenho mais exigentes e a submeterem-se a um processo de acreditação no prazo de três  
156 anos, imputa-se o modelo de desempenho B. Nestas USF, aplica-se um regime retributivo  
157 especial para todos os profissionais do sector público administrativo que integra remuneração  
158 base, suplementos e compensações pelo desempenho.<sup>13</sup>

159 O modelo C corresponde a um modelo experimental, de carácter supletivo  
160 relativamente a eventuais insuficiências do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e cuja

161 constituição é definida em função de quotas estabelecidas pelas Administrações Regionais de  
162 Saúde (ARS).

163 O modelo retributivo e de incentivos adotado pelas USF continuou a doutrina do  
164 modelo de pagamento por desempenho testado pelo “Projeto Alfa”, o qual serviu de base para  
165 a introdução do Regime Remuneratório Experimental (RRE) em clínica geral em 1998.<sup>15</sup> O  
166 “Projeto Alfa”, com início em 1996, foi um projeto-piloto que permitiu experimentar no  
167 terreno as transformações que mais tarde seriam legitimadas pelo DL 157/99. Entre as  
168 iniciativas desenvolvidas aquando do “Projeto Alfa” encontrava-se uma nova forma de  
169 remuneração dos profissionais em função do cumprimento de metas previamente definidas.<sup>7</sup>  
170 A análise retrospectiva destas experiências (“Projeto Alfa” e “Regime Remuneratório  
171 Experimental”) evidenciou que a retribuição salarial em função do desempenho leva a que os  
172 profissionais se sintam mais motivados e que o número de boas práticas clínicas aumente,  
173 assim como aumentam os ganhos em saúde. Este modelo de remuneração dos profissionais de  
174 saúde, por parecer superior ao até então em vigor, seria transposto para as USF.

175 Recapitulando, o funcionamento desta modalidade remuneratória depende da  
176 definição prévia das metas a cumprir, ou seja, da definição de um plano de ação. O plano de  
177 ação das USF trata-se de um compromisso nas áreas do desempenho assistencial, da  
178 acessibilidade, da qualidade e da eficiência.<sup>12</sup>

179 O compromisso na área do desempenho assistencial, ou carteira básica de serviços,  
180 determina quais os serviços clínicos e de secretariado essenciais à prestação de cuidados de  
181 saúde familiar, define ainda o horário de funcionamento, a dimensão da lista dos utentes e  
182 atribui responsabilidades de formação às USF. A carteira básica de serviços é transversal a  
183 todas as USF, independentemente do seu modelo organizacional, e deve ser contratualizada  
184 anualmente.<sup>16</sup>

185 As USF poderão contratualizar uma carteira adicional de serviços mediante as  
186 necessidades observadas, mas sempre sem prejuízo do cumprimento da carteira básica de  
187 serviços.<sup>16</sup>

188 Como foi anteriormente referido, a contratualização por objetivos, para ser efetiva,  
189 pressupõe a existência de meios de monitorização e de avaliação do desempenho das USF,  
190 assim como a atribuição de incentivos às equipas com bom desempenho.<sup>17</sup>

191 Segundo a Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril, existem dois tipos de incentivos:  
192 incentivos financeiros, destinados exclusivamente aos profissionais das USF de modelo B e  
193 incentivos institucionais, como a distribuição de informação técnica, a participação em  
194 conferências, simpósios ou colóquios, apoio à investigação ou o aumento das amenidades de  
195 exercício de funções da equipa multiprofissional (destinados aos três modelos de USF). Os  
196 incentivos institucionais são atribuídos mediante o cumprimento da carteira básica de serviço.  
197 Como a carteira básica de serviços é de contratualização obrigatória por todas as USF,  
198 independentemente do modelo organizacional, todas poderão, em teoria, receber incentivos  
199 institucionais. Com a carteira básica de serviços, as USF contratualizam quinze indicadores  
200 que traduzirão o seu desempenho ao nível da acessibilidade, desempenho assistencial,  
201 eficiência e satisfação dos utentes. O relatório de atividades da USF é analisado pela ARS  
202 (desde 2013, esta função é do diretor executivo do Agrupamento de Centros de Saúde, ou  
203 ACES) que apura os resultados finais da contratualização e determina a atribuição de  
204 incentivos.

## 205 **A avaliação da satisfação dos utentes das USF**

206 Previamente a esta reforma, os cuidados primários associavam-se a um forte espírito  
207 burocrático (inerente à organização vertical e hierarquizada do sistema de saúde português) e  
208 a dificuldades no acesso aos mesmos por parte da população, o que conduzia a níveis

209 elevados de insatisfação (quer da parte dos profissionais, quer da parte dos utentes) e a níveis  
210 baixos de qualidade.<sup>7</sup> A crescente insatisfação dos utentes foi, conseqüentemente, uma das  
211 principais forças motrizes para a reconfiguração dos serviços de prestação de cuidados de  
212 saúde primários.<sup>7</sup>

213 Por este motivo, desde o arranque da reforma em 2007, com o aparecimento das  
214 primeiras Unidades de Saúde Familiar, houve um grande interesse em auscultar a opinião da  
215 população. Aliás, em 2008, com a criação do indicador “Percentagem de utilizadores  
216 satisfeitos/muito satisfeitos”, já se previa a avaliação da satisfação dos utentes e se admitia  
217 que esta era uma variável importante no processo de melhoria da prestação de cuidados de  
218 saúde ao nível individual e comunitário.<sup>17</sup>

219 A primeira sondagem da satisfação dos utentes, da responsabilidade do Centro de  
220 Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), data de fevereiro  
221 de 2009, após a constituição das primeiras cento e quarenta e seis USF. No relatório  
222 emitido,<sup>18</sup> os investigadores concluíram que os utilizadores destas USF estavam globalmente  
223 mais satisfeitos com os cuidados aí prestados, sobretudo ao nível da relação estabelecida com  
224 os profissionais, do apoio recebido dentro das instituições e da qualidade dos cuidados nelas  
225 prestadas. Assim, o primeiro indicador, relação estabelecida com os profissionais, apresentava  
226 um grau de satisfação na ordem dos 76,5%; o segundo, apoio recebido dentro das instituições,  
227 um grau de satisfação na ordem dos 73,1%, e o terceiro indicador, qualidade dos cuidados,  
228 obteve um grau de satisfação na ordem dos 74,5%.

229 No documento que emitiu,<sup>19</sup> o Grupo de Coordenação Estratégica dos Cuidados de  
230 Saúde Primários previa uma nova avaliação da satisfação dos utentes das USF no primeiro  
231 semestre de 2011. À semelhança do que tinha acontecido em 2009, essa sondagem seria  
232 realizada pelo CEISUC. Contudo, não existem dados disponíveis sobre a realização do estudo  
233 ou sobre a emissão do seu relatório.

234 Desde a data de elaboração do primeiro documento de apoio à contratualização,  
235 “Metodologia para a Contratualização”<sup>20</sup> de 2009 (local onde são definidos os indicadores a  
236 monitorizar, os prazos associados à contratualização e a metodologia de avaliação desses  
237 indicadores), que se prevê a aplicação de questionários, de modelo nacional, a serem  
238 preenchidos pelos utilizadores das USF, a fim de avaliar a qualidade dos cuidados primários  
239 de saúde na ótica do utente e que permitissem comparações ao nível do território nacional. A  
240 elaboração, validação e distribuição desses questionários nas USF seria da responsabilidade,  
241 na altura, da Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização da Administração  
242 Central de Serviços de Saúde, I.P. (ACSS).<sup>20</sup>

243 Todavia, através da leitura dos Relatórios de Atividades disponibilizados nos sítios da  
244 internet das Administrações Regionais de Saúde (ARS) do Norte,<sup>21</sup> Centro,<sup>22-26</sup> Lisboa e Vale  
245 do Tejo,<sup>27</sup> Alentejo e Algarve,<sup>28</sup> constata-se que é repetidamente evocado o segundo ponto do  
246 artigo 6º da Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril, no qual, é afirmado que “para efeitos de  
247 atribuição de incentivos, não releva o incumprimento de cada meta contratualizada quando  
248 este decorra diretamente da não disponibilização, no prazo acordado, dos recursos necessários  
249 fixados na carta de compromisso”, nomeadamente um questionário de avaliação de satisfação  
250 cuja autoria as transcende. Assim, na ausência de um instrumento de avaliação que permita a  
251 aferição de um indicador, dá-se por adquirido que o mesmo foi atingido.

252 Certas instituições, preocupadas com a melhoria contínua dos serviços que prestam e  
253 conscientes do papel que a sondagem dos utentes desempenha nesse processo, tomaram a  
254 iniciativa ou de encomendar estudos de avaliação da satisfação dos utentes das áreas de  
255 abrangência das suas USF, do qual é exemplo o trabalho encomendado<sup>29</sup> pela Unidade Local  
256 de Saúde do Norte Alentejano, EPE ao CEISUC, ou de elaborar os seus próprios inquéritos de  
257 satisfação, cujos relatórios se encontram disponíveis nas páginas da Internet dessas USF, a  
258 saber: Arões,<sup>30</sup> Beira Ria,<sup>31</sup> Ponte Velha<sup>32</sup> e Valongo.<sup>33</sup>

259 De forma a colmatar finalmente esta deficiência, o Departamento de Gestão e  
260 Financiamento de Prestações de Saúde (entidade que herda a responsabilidade de conceção e  
261 de distribuição do questionário de satisfação após a extinção da Unidade Operacional de  
262 Financiamento e Contratualização da ACSS) emite, em janeiro de 2013, uma nova edição<sup>34</sup>  
263 do documento “Bilhete de Identidade dos Indicadores de Monitorização dos Cuidados de  
264 Saúde Primários”, no qual, a par da definição dos indicadores usados no processo de  
265 contratualização, passa a constar o modelo de questionário a ser empregue no processo de  
266 monitorização da satisfação dos utentes das USF.

267 Apesar das condições necessárias estarem reunidas, este processo de monitorização só  
268 se tornaria operacional no ano de 2014.<sup>35</sup> Dado que os Relatórios de Atividades das ARS  
269 relativos ao ano de 2014 não tinham sido disponibilizados até à data da elaboração deste  
270 trabalho, não foi possível concluir sobre a aplicação do questionário elaborado pela ACSS  
271 para a monitorização da satisfação dos utilizadores das USF. Portanto, os únicos dados que  
272 permitem fazer o retrato nacional da satisfação dos utilizadores das USF remontam ao ano  
273 2009, altura em o processo de reforma estava ainda no princípio. Desde então, percorreu-se  
274 um longo caminho: os profissionais de saúde estão, agora, mais familiarizados com o  
275 processo de contratualização e com as ferramentas de monitorização dos indicadores.

276 Com o amadurecimento reforma, cresce em importância a auscultação dos utentes,  
277 pois, só assim é possível compreender a evolução da reforma, identificar falhas ou lacunas,  
278 abandonar procedimentos desnecessários ou redundantes e propor e implementar soluções. Só  
279 inquirindo os utentes é possível conhecer as suas necessidades em saúde e defender os seus  
280 interesses e isso traduz-se diretamente no seu nível de satisfação e no nível de eficiência dos  
281 cuidados de saúde primários.

282

## 283 **A Satisfação dos Utentes: indicador de Qualidade em Saúde**

284 Como tem vindo a ser referido, nos vários documentos orientadores do processo de  
285 contratualização entre os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e as respetivas  
286 Administrações Regionais de Saúde (ARS) é relembrada a importância de inquirir os utentes  
287 sobre a sua satisfação relativamente à sua Unidade de Saúde Familiar (USF). Ora, porque será  
288 tão importante averiguar se os utentes estão satisfeitos com os cuidados de saúde primários?

289 A resposta é que, para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde, é necessário avaliar  
290 as diferentes dimensões que a compõem. Por sua vez, a avaliação da qualidade em saúde  
291 permite avaliar o impacto das reformas na organização e financiamento dos sistemas de  
292 saúde.<sup>36</sup>

293 Em primeiro lugar, convém definir qualidade em saúde. Ora, este conceito não tem  
294 sido sempre de definição fácil ou unânime.<sup>37</sup> O *Institute of Medicine* (IOM) definiu qualidade  
295 em saúde como “o grau em que os cuidados de saúde prestados aos indivíduos e à população  
296 aumentam a probabilidade de obter resultados desejáveis em saúde e estão em conformidade  
297 com a prática médica atual”.<sup>38</sup> Complementando esta definição, a Organização Mundial de  
298 Saúde (OMS) afirma que os cuidados de saúde de qualidade devem ser efetivos, eficientes,  
299 acessíveis, equitativos, aceitáveis (ou centrados no doente) e seguros.<sup>39</sup> Assim sendo, os  
300 cuidados de saúde de qualidade são aqueles que, reunindo as características anteriormente  
301 mencionadas, permitem uma melhoria do estado de saúde.

302 Em segundo lugar, é preciso enumerar as dimensões que constituem os cuidados de  
303 saúde. Nos seus trabalhos,<sup>37,40</sup> Donabedian dividia a cadeia dos cuidados de saúde em três  
304 elos interdependentes: a Estrutura, o Processo e os Resultados. A Estrutura engloba os  
305 recursos físicos (edifícios e equipamento), os recursos humanos (número e qualificação  
306 técnico-científica dos profissionais) e o modelo organizacional adotado pela instituição. A  
307 procura dos cuidados de saúde, a atividade diagnóstica, a prescrição terapêutica e o

308 cumprimento do plano terapêutico constituem o Processo. Os Resultados traduzem o impacto  
309 que as atitudes tomadas têm no estado de saúde dos indivíduos e das populações. A satisfação  
310 dos utentes, enquanto consequência dos cuidados prestados dentro das organizações de saúde,  
311 incluir-se-ia neste último elo.

312 Partindo destes pressupostos a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde depende,  
313 obrigatoriamente, da análise das dimensões acima referidas e da sinalização das deficiências  
314 encontradas, ou seja, de um processo de avaliação. Por sua vez, toda a avaliação de qualidade  
315 em saúde, para ser rigorosa, necessita de informação sobre o grau de satisfação, ou  
316 insatisfação, dos utentes e o que as motiva.<sup>41</sup> Assim, pode ser pedido o parecer dos utentes  
317 tanto sobre os serviços de saúde como um todo, como sobre procedimentos técnicos  
318 específicos ou até mesmo sobre o relacionamento com os prestadores dos cuidados.<sup>40</sup>

319 É, porém, frequente a crítica<sup>41-43</sup> a esta forma de avaliação de qualidade visto que a  
320 perceção dos utentes é sempre subjetiva, pois é indissociável das suas preferências e  
321 expectativas relativamente aos cuidados de saúde. Apesar desta possível limitação, o que  
322 importa, sobretudo no momento de uma reforma nacional da organização e prestação dos  
323 cuidados de saúde primários, é averiguar se os utentes se apercebem de melhorias nos  
324 serviços de saúde e, para isso, é necessário ouvi-los.

325 Caso isto não aconteça, não será possível à tutela, ou seja, ao Ministério da Saúde e a  
326 todas as entidades reguladoras intermédias aferirem da pertinência das soluções reformistas  
327 pensadas e implementadas, pois o primeiro e fundamental destinatário do Sistema de Saúde  
328 não tem oportunidade de dar o seu parecer. Quando o utente se faz ouvir, é, muitas vezes, na  
329 sequência de atitudes, procedimentos ou atos médicos que, de algum modo, foram contrários  
330 às suas expectativas. Por esta razão, trata-se quase sempre de uma reação, com toda a carga de  
331 emotividade que isso acarreta, e não de uma avaliação, cujo grau de objetividade é sempre  
332 maior.

333

## 334 **Conclusão**

335 A reforma dos Cuidados de Saúde Primários rapidamente tomou forma e se alastrou  
336 pelo país, com o aparecimento de cada vez mais Unidades de Saúde Familiar e restantes  
337 unidades funcionais que compõem os Centros de Saúde. Hoje, o Sistema Nacional de Saúde  
338 português está verdadeiramente centrado no utente e nos cuidados de saúde de proximidade.

339 Contudo, à medida que esta reforma ganha maturidade, torna-se ainda mais pertinente  
340 fazer um balanço de todo o que foi feito até ao momento. Analisar o impacto real da reforma  
341 só é possível quando existem critérios de avaliação rigorosamente definidos, e, entre eles,  
342 devem estar, necessariamente, critérios que contemplem a perspetiva do utente.<sup>36</sup>

343 Questionar os utentes sobre a sua satisfação com os cuidados de saúde permite-nos  
344 inferir da adequação da carteira de serviços disponibilizada a determinada população, ao  
345 mesmo tempo que nos permite concluir sobre a qualidade dos serviços de saúde prestados.<sup>35</sup>  
346 No caso de Portugal, optou-se pela aplicação de um questionário de avaliação da satisfação ao  
347 nível nacional. Apesar de existir ainda um longo caminho a percorrer no sentido de melhorar  
348 a qualidade e validade destes instrumentos de avaliação,<sup>44</sup> é possível complementar a  
349 informação fornecida pelos questionários com a informação recolhida por outros meios (por  
350 exemplo, caixas de sugestões e livros de reclamações).<sup>40,41</sup>

351 Embora o exercício de avaliação, anual e sistemática, da satisfação dos utentes das  
352 USF sirva também como um mecanismo de controlo do desempenho das instituições e dos  
353 profissionais, este deve ter por objetivo principal a melhoria dos processos complexos que  
354 constituem a prestação de cuidados primários.<sup>40</sup> Por esta razão não se entende o protelar da  
355 mesma tal como se tem verificado.

356 Não obstante as iniciativas particulares e louváveis de algumas USF, sabe-se que a  
357 aplicação de questionários sobre a satisfação dos utentes elaborados pelos membros que  
358 compõem a equipa visada nessa avaliação incorrem, em média, numa sobrestimação da

359 satisfação dos utentes de cerca de 10%.<sup>45</sup> Existe, hoje, um instrumento estandardizado para a  
360 avaliação da satisfação dos utentes das USF que deve ser preferido a outros questionários que  
361 não cumpram os mesmos critérios.

362 Não é possível, ainda, medir o impacto da crise económica, e de todos os ajustamentos  
363 orçamentais que dela resultaram, no nível de satisfação dos utentes com o funcionamento das  
364 suas USF a partir de dados concretos, uma vez que essa aferição não tem sido realizada. No  
365 relatório apresentado pela Direção-Geral de Saúde pode ler-se que o número de queixas  
366 apresentadas por violência exercida sobre os profissionais de saúde tem aumentado  
367 exponencialmente nos últimos anos, tanto ao nível das urgências hospitalares, como ao nível  
368 dos cuidados primários.<sup>46</sup> Esta realidade confirma, por uma relação de contiguidade, mais  
369 uma vez, a necessidade de se avaliar o grau de satisfação dos utentes, de forma a evitar  
370 situações limite como as que já se vão verificando.

371 A melhoria do estado de saúde dos portugueses passa, obrigatoriamente, por estarem  
372 satisfeitos com as suas Unidades de Saúde Familiares, uma vez que a satisfação dos utentes é  
373 um fator promotor de maior eficiência do tratamento médico.<sup>45</sup>

## Referências

1. Pisco L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2011;16(6):2841-52.
2. Organização Mundial de Saúde. *The World Health report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva: WHO; 2008.
3. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994 Oct 22;344(8930):1129-33.
4. Declaração de Alma-Ata. *WHO chronicle*. 1978;32(11):428-30.
5. Adler NE, Newman K. Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. *Health affairs (Project Hope)*. 2002 Mar-Apr;21(2):60-76.
6. Adler NE, Boyce T, Chesney MA, Cohen S, Folkman S, Kahn RL, et al. Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient. *The American psychologist*. 1994 Jan;49(1):15-24.
7. Branco AG, Ramos V. Cuidados de saúde primários em Portugal [Primary health care in Portugal]. *Rev Port Saúde Pública [Internet]*. 2001; volume temático 2:5-12. Disponível em: <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/MULTIMEDIA/RPSP2001-T/E-01-2001.PDF>
8. Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro. Promulga a Organização do Ministério da Saúde e Assistência - Revoga determinadas disposições legislativas. *Diário da República - Série I, N.º 228, 27/09/1971, páginas 1406-1434*.
9. Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de Abril. Aprova o Regulamento dos Centros de Saúde. *Diário da República - Série I, N.º 93, 22/4/1983, páginas 1439-1453*
10. Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro. Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República - Série I-A, N.º 12, 15/01/1993, páginas 129 a 134*.

11. Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio. Regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde. Diário da República - Série I-A, N.º 108, 10/05/1999, páginas 2424-2435.
12. Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto. Regime jurídico da organização e do funcionamento das Unidades de Saúde Familiar. Diário da República - Série I, N.º 161, 22/08/2007, páginas 5587-5596.
13. Despacho n.º 24101/2007, de 22 de Outubro. Aprova a lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as unidades de saúde familiar em três modelos de desenvolvimento, A, B e C, e publica-a em anexo. Diário da República - Série II, N.º 203, 22/10/2007, página 30419.
14. Modelos Organizacionais [Internet]. Lisboa: ACSS, IP; 2015. [acedido em 2015 mar 2]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Default.aspx?TabId=771&language=pt-PT>
15. Melo M, Sousa JC. Os Indicadores de Desempenho Contratualizados com as USF: Um ponto da situação no actual momento da Reforma. Rev Port Clin Geral. 2011;27(1):28-34.
16. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1368/2007, de 18 de Outubro. Aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das unidades de saúde familiar (USF) e publica-os em anexo. Diário da República - Série I, N.º 201, 18/10/2007, página 7655.
17. Ministérios das Finanças e da Saúde. Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril. Regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros aos profissionais das Unidades de Saúde Familiar (USF). Diário da República - Série I, N.º 77, 18/04/2008, páginas 2278-2281.
18. Ferreira PL, Antunes P. Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC);

2009. [documento na internet]. [acedido em 2015 mar 2]. Disponível em: [http://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/USF\\_Prof/USF\\_Prof\\_Rel.pdf](http://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/USF_Prof/USF_Prof_Rel.pdf)
19. Coordenação Estratégica dos Cuidados de Saúde Primários. Áreas de trabalho e objectivos 2011 [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2011. [acedido em 2015 mar 2]. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/areasdetrabalhoeobjectivoscsp\\_2011\\_v.2011.05.04.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/areasdetrabalhoeobjectivoscsp_2011_v.2011.05.04.pdf)
  20. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Unidades de Saúde Familiar. Metodologia de Contratualização [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2009. [acedido em 2015 mar 2]. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MetodologiaContratualizacao\\_USF\\_2009.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MetodologiaContratualizacao_USF_2009.pdf)
  21. Departamento de Contratualização da ARS Norte. Avaliação da atividade contratualizada em Cuidados de Saúde Primários 2006-2013 [Internet]. Porto: ARS Norte, IP; 2013. [acedido em 2015 mar 2]. Disponível em: [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20de%20Sa%C3%B Ade%20Prim%C3%A1rios/Ficheiros/Relatorio\\_Atividades\\_2006-2013.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20de%20Sa%C3%B Ade%20Prim%C3%A1rios/Ficheiros/Relatorio_Atividades_2006-2013.pdf)
  22. Departamento de Contratualização da ARS Centro. Contratualização com Unidades de Saúde Familiar. Relatório de Avaliação 2009 [Internet]. Coimbra: ARS Centro, IP; 2010. [acedido em 2015 mar 2]. Disponível em: [http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/Documents/RA%202009\\_FINAL.pdf](http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/Documents/RA%202009_FINAL.pdf)
  23. Departamento de Contratualização da ARS Centro. Contratualização com Unidades de Saúde Familiar. Relatório de Avaliação 2010 [Internet]. Coimbra: ARS Centro, IP; 2011. [acedido em 2015 mar 2]. Disponível em: [http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/Documents/RA%202010\\_FINAL.pdf](http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/Documents/RA%202010_FINAL.pdf)
  24. Departamento de Contratualização da ARS Centro. Contratualização com Unidades de Saúde Familiar. Relatório de Avaliação 2011 [Internet]. Coimbra: ARS Centro, IP; 2012.

- [acedido em 2015 mar 2]. Disponível em: [http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/Documents/Contratualiza%C3%A7%C3%A3o%20Interna/RA/RA%202011%20\(revisto\).pdf](http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/Documents/Contratualiza%C3%A7%C3%A3o%20Interna/RA/RA%202011%20(revisto).pdf)
25. Departamento de Contratualização da ARS Centro. Contratualização com Unidades de Saúde Familiar. Relatório de Avaliação 2012 [Internet]. Coimbra: ARS Centro, IP; 2013. [acedido em 2015 mar. 2]. Disponível em: [http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/Documents/Contratualiza%C3%A7%C3%A3o%20Interna/RA/RA%202012%20\(final\).pdf](http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/Documents/Contratualiza%C3%A7%C3%A3o%20Interna/RA/RA%202012%20(final).pdf)
26. Departamento de Contratualização da ARS Centro. Contratualização com Unidades de Saúde Familiar. Relatório de Avaliação 2013 [Internet]. Coimbra: ARS Centro, IP; 2014. [acedido em 2015 mar 2]. Disponível em: [http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/Documents/Contratualiza%C3%A7%C3%A3o%20Interna/RA/RA%202013%20Final%20v.2%20\(anexos\).pdf](http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/Documents/Contratualiza%C3%A7%C3%A3o%20Interna/RA/RA%202013%20Final%20v.2%20(anexos).pdf)
27. Departamento de Contratualização da ARS Lisboa e Vale do Tejo. Relatório de Avaliação da Contratualização em Cuidados de Saúde Primários [Internet]. Lisboa: ARS LVT, IP; 2013. [acedido em 2015 mar 2]. Disponível em: [http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/342/RELAT\\_RIO\\_DE\\_AVALIA\\_\\_O\\_DA\\_CONTRATU ALIZA\\_\\_O\\_EM\\_CSP\\_USF\\_E\\_UCSP\\_ANO\\_2012.pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/342/RELAT_RIO_DE_AVALIA__O_DA_CONTRATU ALIZA__O_EM_CSP_USF_E_UCSP_ANO_2012.pdf)
28. Departamento de Contratualização da ARS Algarve. Relatório Final Contratualização com as USF Ano 2009 [Internet]. Faro: ARS Algarve, IP; 2010. [acedido em 2015 mar 2]. Disponível em: [http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/Contratualizacao\\_relatorios/Relatori o\\_Avaliacao\\_USF\\_2009\\_ARS\\_Algarve.pdf](http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/Contratualizacao_relatorios/Relatori o_Avaliacao_USF_2009_ARS_Algarve.pdf)
29. Ferreira, PL. Qual a sua opinião sobre esta Unidade de Saúde (UCSP) Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE [Internet]. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação

- em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC); 2011. [acedido 2015 mar. 2]. Disponível em: [http://www.uc.pt/org/ceisuc/Investigacao/Proj\\_concluidos/Sat\\_ULSNA/ulsna\\_util\\_2011/ULSNA\\_Europep\\_UCSP\\_Rel\\_2011.pdf](http://www.uc.pt/org/ceisuc/Investigacao/Proj_concluidos/Sat_ULSNA/ulsna_util_2011/ULSNA_Europep_UCSP_Rel_2011.pdf)
30. Kingwell, M. Inquérito de satisfação aos utentes da USF Arões em maio de 2011 [Internet]. Arões: USF Arões; 2011. [acedido em 2015 mar 12] Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=dXNmLWFyY2VzLmNvbXx1c2YtYXJvZmZ3g6NmEzMjc3NWZmODAzZmJlOA>
31. Conselho Técnico da USF Beira Ria. Relatório do inquérito de avaliação da satisfação dos utentes. [Internet]. Gafanha da Nazaré: USF Beira Ria; 2011. [acedido em 2015 mar 12]. Disponível em <http://www.usf-beiraria.com/assets/files/Relato%CC%81rio+de+avaliac%CC%A7a%CC%83o+da+satisfac%CC%A7a%CC%83o+dos+utentes+2010.pdf>
32. Conselho Técnico da USF Ponte Velha. Satisfação dos Utenes da USF Ponte Velha - 2010 e comparação com 2009 e 2008 [Internet]. Ponte Velha: USF Ponte Velha; 2010. [acedido em 2015 mar 12]. Disponível em <http://usf-pontevelha.min-saude.pt/noticias/Documents/Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20utentes%202010%20poster%20A3.pdf>
33. Conselho Técnico da USF Valongo. Inquérito Satisfação Utenes 2013 [Internet]. Valongo: USF Valongo; 2013. [acedido em 2015 mar 12]. Disponível em: <http://www.usfvalongo.com/documentos/inqueritoutentesusfvalongo2013.pdf>
34. ACSS. Bilhete de identidade dos indicadores de monitorização dos cuidados de saúde primários [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2013. [acedido 2015 mar 2]. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/R\\_DOC\\_BI\\_01\\_DETALHADO\\_2013\\_01\\_11.pdf.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/R_DOC_BI_01_DETALHADO_2013_01_11.pdf.pdf)

35. Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no Ano de 2014. Lisboa: ACSS, IP; 2014. [documento na internet]. [acedido em 2015 mar. 2]. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metod\\_Contr\\_14\\_CSP\\_VF.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metod_Contr_14_CSP_VF.pdf)
36. McGlynn EA. Six challenges in measuring the quality of health care. *Health affairs (Project Hope)*. 1997 May-Jun;16(3):7-21.
37. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *The Milbank quarterly*. 2005;83(4):691-729.
38. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: The National Academies Press; 2001. 360 p.
39. *Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems*. Geneva: World Health Organization; 2006.
40. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *Jama*. 1988 Sep 23-30;260(12):1743-8.
41. Donabedian A. The Lichfield Lecture. Quality assurance in health care: consumers' role. *Quality in Health Care*. 1992;1(4):247-51.
42. Thompson AG, Sunol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*. 1995 Jun;7(2):127-41.
43. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social science & medicine (1982)*. 1997 Dec;45(12):1829-43.
44. Wensing M, Grol R, Smits A. Quality judgements by patients on general practice care: a literature analysis. *Social science & medicine (1982)*. 1994 Jan;38(1):45-53.
45. Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Social science & medicine (1982)*. 1994 Sep;39(5):655-70.
46. Direção-Geral da Saúde. *Violência contra Profissionais de Saúde [Internet]*. Lisboa; 2015. [acedido em 2015 mar 12]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia/apresentacao.aspx>

## **A reforma dos cuidados de saúde primários e o seu impacto na satisfação dos utentes**

### **Resumo**

Em Portugal, como noutros países ocidentais, parte significativa do orçamento de estado é atribuída à Saúde. Devido à atual contingência económica, também este sector tem sofrido reduções sucessivas do seu financiamento. Vários estudos atestam que países com sistemas de saúde centrados nos cuidados de saúde primários apresentam maior eficiência, redução dos custos e melhoria na qualidade dos serviços prestados. Tendo em vista a melhoria destas dimensões, foi lançada em Portugal, no ano 2005, uma reforma que visava a reconfiguração dos centros de saúde e da forma como se prestavam os cuidados de saúde primários. Passados quase dez anos desde o início da reforma, é altura de fazer o seu balanço e perceber se as mudanças levadas a cabo satisfizeram os utentes portugueses.

**Palavras-chave:** Cuidados de saúde primários; Unidades de Saúde Familiar; Satisfação dos utentes; Qualidade em saúde.

## **The Primary Health Care reform and its impact on patient satisfaction**

### **Abstract**

Portugal has one of the highest Public Health Care expenditures of the western world. Due to the current budget constraint, the resource base for public health care has diminished. Several studies have shown that a strong primary care orientation of the National Health System can provide better value for money and increase quality of services. Launched in 2005, the Portuguese Primary Health Care reform intended to reduce health cost and improve quality of care. Almost ten years later, it is time to assess its impact on the patients' health and satisfaction.

**Key words:** Primary health care; Family Health Units; Patient satisfaction; Quality in health care.

## **ANEXO**

## *Instruções aos autores*

A **Revista Portuguesa de Saúde Pública** aceita trabalhos originais, de investigação aplicada ou de revisão sobre qualquer assunto relacionado com o tema geral da saúde pública, entendida esta no seu sentido mais amplo.

Os **artigos** deverão ser enviados eletronicamente através da plataforma da Elsevier em <http://ees.elsevier.com/rpsp>, acompanhados de uma declaração de autor que garante o seu carácter inédito e de uma declaração de disponibilização para acesso mundial. Ao Diretor da Revista caberá a responsabilidade de aceitar, rejeitar ou propor modificações. Para este efeito, será apoiado por um Conselho Editorial e por um Conselho Científico, constituído por avaliadores internos e externos, nacionais e internacionais, aplicando-se o sistema de *double-blind peer review* na avaliação dos artigos.

Os artigos deverão ser enviados em suporte informático (incluindo quadros, tabelas e figuras), dactilografados a duas entrelinhas em folhas de formato A4. Em cada folha não deverão ser dactilografadas mais de 35 linhas devendo estas ser numeradas por ordem sequencial. O número limite de páginas, incluindo figuras e quadros, não deverá ultrapassar as 30.

Os trabalhos deverão conter o seguinte:

- a) Título do trabalho, nome(s) e pequeno esboço curricular do(s) autor(es), principais funções ou títulos, até ao máximo de dois;
- b) Pequena introdução ao artigo até ao máximo de uma página dactilografada;
- c) O texto;
- d) Quadros e gráficos com títulos e legendas, os quais deverão ser antecidos de referência em texto;
- e) Pequeno resumo do artigo acompanhado do respetivo título e tradução em inglês, assim como de palavras-chave em português e em inglês;
- f) Os originais não deverão conter pés-de-página.

Todas as referências bibliográficas completas serão inseridas no final do artigo.

**Bibliografia** – Todas as referências bibliográficas deverão ser obrigatoriamente citadas no texto:

**Texto e citação:** (...) embora o seu desempenho na epidemiologia, prevenção e tratamento ainda esteja para ser avaliado<sup>12</sup> (...)

As citações deverão ser numéricas com localização inserida no texto, em expoente, reenviando para os documentos, pela ordem em que são citados. As citações seguintes do mesmo documento deverão ter o mesmo número da primeira. As referências devem conter, no caso das revistas, o nome do primeiro autor (apelido e nome), seguido dos restantes, do título do artigo, do nome da publicação e da sua identificação (ano, volume e páginas). Pode ser encontrada nos “*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*” uma descrição pormenorizada do formato dos diferentes tipos de referências.

**Revisão de provas:** Os autores receberão provas de composição do artigo para correção, a qual deverá incidir exclusivamente sobre erros de dactilografia. A devolução das provas deve ser efetuada no prazo de uma semana após a data de receção pelo autor.

**Ofertas:** O 1º autor receberá 1 exemplar da revista.

**Correspondência:**

[spublicacoes@ensp.unl.pt](mailto:spublicacoes@ensp.unl.pt)

[s.bofill@elsevier.com](mailto:s.bofill@elsevier.com)

ENSP, Janeiro de 2011

