



UNIVERSIDADE DE ÉVORA/ INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em associação com a

Escola Superior de Tecnologia da saúde de Lisboa – IPL

(Adequado ao processo de Bolonha conforme Registo na DGES n.º R/B-AD-917/2007)

Publicado no DR, 2ª série, n.º11, 18 de Janeiro de 2010

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

***Análise Custo-Benefício da Descentralização da Prestação de Cuidados
de Fisioterapia do Serviço Nacional de Saúde no Alentejo Litoral***

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Carla Sofia Cruzinha de Sousa

Aluna n.º 7690

Orientadores:

Prof. Doutor António Bento Caleiro

Prof. Doutor Joaquim Manuel Rocha Fialho

Évora/ Lisboa

Setembro, 2012

UNIVERSIDADE DE ÉVORA/ INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em associação com a

Escola Superior de Tecnologia da saúde de Lisboa – IPL

(Adequado ao processo de Bolonha conforme Registo na DGES n.º R/B-AD-917/2007)

Publicado no DR, 2ª série, n.º11, 18 de Janeiro de 2010

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

***Análise Custo-Benefício da Descentralização da Prestação de Cuidados
de Fisioterapia do Serviço Nacional de Saúde no Alentejo Litoral***

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Carla Sofia Cruzinha de Sousa

Aluna n.º 7690

Orientadores:

Prof. Doutor António Bento Caleiro

Prof. Doutor Joaquim Manuel Rocha Fialho

Évora/ Lisboa

Setembro, 2012

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho de investigação, pelas suas características, envolveu muitas horas de dedicação e de concentração. A todos os que pelo seu apoio incondicional me proporcionaram momentos de produção de trabalho, em particular à minha família que sempre confiou em mim e me deu incentivo para continuar especialmente nos momentos mais difíceis, deixo expresso o meu profundo agradecimento.

Aos meus orientadores, os professores Joaquim Fialho e António Caleiro, por todas as horas de trabalho conjunto, por todas as correções e indicações no caminho a seguir, pelo apoio e facilitação da aprendizagem e desenvolvimento pessoal/ académico e profissional, o meu Muito Obrigada.

Gostaria ainda de agradecer a todos os meus colegas que gentilmente se disponibilizaram para colaborar neste trabalho de investigação e desta forma foram um importante elo de ligação aos utentes na entrega do instrumento.

Finalmente, gostaria de agradecer a todos os dirigentes e profissionais do HLA que foram incansáveis na disponibilização dos dados, aos funcionários do Instituto de Formação Profissional pelos dados fornecidos, aos Professores Doutores Julian Perelman e Damião Henriques pela sua disponibilidade e colaboração incansável no desenvolvimento do instrumento utilizado, e, por fim mas não menos importante, gostaria de agradecer a todos os utentes pela preciosa colaboração e envolvimento no estudo.

*“Os que se encantam com a prática sem a
ciência são como os timoneiros que
entram no navio sem timão nem bússola,
nunca tendo certeza do seu destino.”*

Leonardo da Vinci

RESUMO

Análise Custo-Benefício da Descentralização da Prestação de Cuidados de Fisioterapia do Serviço Nacional de Saúde no Alentejo Litoral

Caracterizando a intervenção em saúde como a resolução eficiente e eficaz dos problemas da saúde-doença, fomentar a qualidade na prestação de cuidados exige, a garantia de efetividade, eficiência e equidade de acesso/acessibilidade as quais ainda requerem uma profunda reflexão sobre a reorganização da governança de todo o sistema de saúde. A acessibilidade geográfica aos cuidados de fisioterapia é ainda assimétrica em sub-regiões de Portugal como o Alentejo Litoral. O presente trabalho é um estudo de caso realizado com o principal objetivo de analisar a relação entre os custos e benefícios da descentralização dos cuidados de fisioterapia pelas organizações do Serviço Nacional de Saúde. Com a sua conclusão pudemos verificar que, tanto numa perspetiva global como por concelho, a opção que compreende a descentralização da atividade de fisioterapia pelos centros de saúde apresenta-se, na sub-região, como a mais vantajosa do ponto de vista socioeconómico quer para o principal prestador destes cuidados quer para os utentes.

Palavras-Chave: Descentralização, Análise Custo-Benefício, Fisioterapia, Estudo de Caso, Alentejo Litoral

ABSTRACT

Cost-Benefit Analysis of Decentralized Provision of Physiotherapy National Health Service Care in Alentejo Litoral

Featuring health intervention as an efficient and effective resolution of the problems of health and disease, promoting quality care requires, ensuring effectiveness, efficiency and equity of access / affordability which still require a deep reflection on the reorganization of governance of the entire health system. The geographic accessibility to physiotherapy is still asymmetric in sub-regions of Portugal as the Alentejo Litoral. This paper is a case study conducted with the main objective to analyze the relationship between the costs and benefits of decentralization of physiotherapy by the organizations of the National Health Service with its completion we observed that both a global perspective and by county, the option that includes the decentralization of activity therapy by health centers is presented in the sub-region, as more advantageous socio-economically and for the main provider of care for both users.

Key-Words: Decentralized, Cost-Benefit Analysis, Physiotherapy, Study Case, Alentejo Litoral

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	I
RESUMOS.....	III
ÍNDICE GERAL.....	V
ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS.....	VIII
1. Figuras.....	VIII
2. Gráficos.....	IX
3. Quadros.....	X
4. Tabelas.....	XIII
ABREVIATURAS UTILIZADAS.....	XVI
PARTE I – INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO	
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO.....	4
2.1. Regionalização da Saúde.....	4
2.2. Necessidades de Saúde.....	5
2.3. Economia.....	6
2.3.1. Economia da Saúde.....	7
2.3.2. Planeamento em Saúde.....	9
2.3.3. Financiamento das Políticas dos Cuidados de Saúde.....	10
2.3.4. Avaliação Económica em Saúde.....	10
2.3.4.1. Análise Custo-Minimização (ACM).....	12
2.3.4.2. Análise Custo-Efetividade (ACE).....	12
2.3.4.3. Análise Custo-Utilidade (ACU).....	13
2.3.4.4. Análise Custo-Benefício (ACB).....	14
2.4. Serviço Nacional de Saúde.....	18
2.4.1. Enquadramento Histórico.....	18
2.4.2. Unidades Funcionais de Saúde/ Sistemas Locais de Saúde.....	20
2.4.3. SNS e Administrações Regionais de Saúde.....	21
2.4.4. Cuidados Continuados Integrados.....	22
2.4.5. Acessibilidade em Saúde.....	24
2.4.6. Transporte Terrestre de Doentes.....	26
2.5. Região Alentejo.....	27

2.5.1.	Breve Caracterização Regional.....	27
2.5.2.	Sistema Urbano.....	27
2.5.3.	Características Demográficas e Socioeconómicas.....	28
2.5.4.	Acessibilidade Regional.....	29
2.5.5.	Administração Regional de Saúde Alentejo (ARSA).....	31
2.5.5.1.	Caracterização da ARSA.....	31
2.5.5.2.	Estrutura Orgânica da ARSA.....	31
2.5.5.3.	Área de Intervenção.....	32
2.5.6.	Perfil de Saúde da região Alentejo.....	32
2.5.7.	Determinantes de Saúde.....	32
2.5.8.	Rede de Prestadores do SNS da Região Alentejo.....	33
2.5.9.	Cuidados Continuados Integrados no Alentejo.....	34
2.6.	Alentejo Litoral.....	35
2.6.1.	Características Demográficas e Socioeconómicas.....	35
2.6.2.	Indicadores Sociais.....	36
2.6.3.	Rede de Prestadores do SNS.....	37
2.6.4.	Rede de Prestadores Privados de Serviços de Saúde.....	39
2.6.5.	Acessibilidade na Sub-região aos Cuidados de Saúde do SNS.....	40
2.7.	Medicina Física e de Reabilitação – MFR.....	43
2.7.1.	MFR - Definição e Prática Profissional.....	43
2.7.2.	Acessibilidade à Rede de MFR.....	44
2.7.3.	Fisioterapia – Definição e Prática Profissional.....	45
2.7.4.	Rede de MFR e Fisioterapia-Sub-região Alentejo Litoral.....	46

PARTE II – ANÁLISE, TRATAMENTO DE DADOS E CONCLUSÃO

3.	METODOLOGIA.....	48
3.1.	Conceção do Modelo de Investigação.....	48
3.2.	Questão Orientadora da Dissertação.....	49
3.3.	Tipo de Estudo.....	50
3.4.	Objetivos do Estudo.....	51
3.4.1.	Objetivo Geral.....	51
3.4.2.	Objetivos Específicos.....	51
3.5.	Técnicas de Recolha de Informação.....	53

3.5.1.	Inquérito por Questionário.....	53
3.5.2.	Entrevista Exploratória.....	55
3.5.3.	Análise Documental.....	56
3.6.	População, Amostra e Método de Amostragem.....	56
3.6.1.	CrITÉrios de Inclusão.....	58
3.7.	Procedimentos.....	58
3.8.	Metodologia Análise Custo –Benefício.....	59
4.	ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	68
4.1.	Características Sociodemográficas dos Elementos Inquiridos.....	69
4.2.	Caracterização das Necessidades de Fisioterapia.....	78
4.3.	Identificação do Elemento Referenciador e Principal Prestador de Cuidados de Fisioterapia.....	80
4.4.	Caracterização da Acessibilidade aos Cuidados de Fisioterapia.....	81
4.4.1.	Meio de Transporte Utilizado na Deslocação.....	81
4.4.2.	Distância entre Residência e HLA.....	82
4.4.3.	Tempo Disponibilizado para Deslocação.....	84
4.4.4.	Encargos Financeiros Com Deslocação.....	86
4.4.4.1.	Utentes.....	86
4.4.4.2.	Hospital do Litoral Alentejano.....	90
4.5.	Encargos Financeiros Atuais com cuidados de Fisioterapia.....	92
4.5.1.	Encargos Atuais para os Utentes por Tratamento.....	92
4.5.2.	Encargos Atuais para o HLA por Tratamento.....	95
4.6.	Análise dos Custos e Benefícios da Atividade Descentralizada de Fisioterapia nas Organizações do SNS do Alentejo Litoral.....	97
4.6.1.	Avaliação dos Custos.....	102
4.6.2.	Avaliação dos Benefícios.....	106
4.6.3.	Avaliação da Diferença entre os Valores Médios dos Custos, Tempo Despendido e Distância de Deslocação.....	109
4.6.4.	Análise de Custo-Benefício.....	117
5.	Conclusão.....	127
6.	Proposta para uma Intervenção Sócio Organizacional.....	132
7.	Referências Bibliográficas.....	136

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº1 – Despesa total em Saúde em Percentagem do PIB Português	7
Figura nº.2 – Organigrama da ARSA, I.P.	31
Figura nº3. - Rede de Prestadores de Cuidados de Saúde do SNS do Alentejo Litoral..	34
Figura nº4. – Distância por Zonas ao HLA.....	42
Figura nº5 - Processo de Desenvolvimento da Proposta de Intervenção Final.....	133
Figura nº6 - Intervenção por Eixos.....	134
Figura nº7 - Dinâmica da Monitorização com Eixos de Intervenção.....	135

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1 – Evolução do número de utentes externos a realizar tratamentos de Fisioterapia no HLA nos últimos 3 anos	60
Gráfico nº2 – Evolução e Distribuição do número total de utentes por concelho	61
Gráfico nº3 – Média de Idades por Ano.....	61
Gráfico nº4 – Distribuição anual por Género	62
Gráfico nº5 – Percentagem média de utentes por género nos últimos 3 anos	62
Gráfico nº6 - Histograma – Variável Rendimento Médio Mensal	74
Gráfico nº7 - Diagrama de Extremos e Quartis – Variável Rendimento Médio Mensal	75
Gráfico nº8 - Histograma – Variável Distância entre Residência e HLA (km/ viagem)	83
Gráfico nº9 - Diagrama de Extremos e Quartis – Variável Distância entre Residência e HLA (km/ viagem).....	84
Gráfico nº10 - Histograma – Variável Tempo de Deslocação entre Residência e HLA (horas/ viagem).....	85
Gráfico nº11 - Diagrama de Extremos e Quartis – Variável Tempo de Deslocação entre Residência e HLA (horas/ viagem).....	86
Gráfico nº12 - Histograma – Variável Custos com Deslocação entre Residência e HLA (euros/ viagem).....	87
Gráfico nº13 - Diagrama de Extremos e Quartis – Variável Custos com Deslocação entre Residência e HLA (euros/viagem).....	88
Gráfico nº14 – Comparação dos Custos do HLA com Transporte Partilhado de Utentes por Concelho (euros/2011).....	91

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº1 - Número de Camas por Tipologia de Unidade e por Concelho na sub-região do Alentejo Litoral.....	35
Quadro nº2. – Rede de Prestadores Privados no Alentejo Litoral.....	40
Quadro nº3. – Tempo de deslocação às organizações do SNS do Alentejo Litoral.....	41
Quadro nº4.- Rede de Prestadores Privados no Alentejo Litoral.....	46
Quadro nº5 – Número Total de Utentes e Tratamentos realizados por Prestador do SNS.....	80
Quadro nº6 – Custos por Tratamento por Concelho.....	94
Quadro nº7 - Custos Por Tratamento Opção A.....	100
Quadro nº8. – Matriz Análise Custo-Benefício.....	101
Quadro nº10 - Custos com Tempo Despendido com Deslocação entre Residência e Centro de Saúde (horas/ viagem).....	103
Quadro nº11- Custos por Tratamento no Centro de Saúde por Concelho.....	104
Quadro nº12 – Distância, Custos por Deslocação e Tempo de Deslocação entre HLA e Centro de Saúde por Concelho (km/ viagem) e por Profissional.....	105
Quadro nº13 – Custos por Tratamento.....	106
Quadro nº14 – Valor Poucado por Deslocação por Concelho.....	106
Quadro nº15 – Tempo Poucado por Deslocação por Concelho.....	107
Quadro nº16 – Valor Poucado por Tratamento por Concelho.....	107
Quadro nº17 – Análise comparativa dos valores dos custos para os utentes entre as opções A e B por Concelho de Residência.....	109

Quadro nº18 – Análise comparativa dos valores dos custos para o HLA entre as opções A e B por Concelho de Residência.....	116
Quadro nº19 – Matriz da Análise ACB.....	117
Quadro nº20 – Análise comparativa dos valores dos Custos e Benefícios para o HLA entre as Opções A e B.....	119
Quadro nº21 – Análise comparativa dos valores de Benefícios Líquidos para o HLA entre as Opções A e B discriminadas por Concelho.....	119
Quadro nº22 – Análise comparativa dos valores dos custos e Benefícios para os Utentes entre as Opções A e B discriminadas por Concelho.....	120
Quadro nº23 -Critérios de Decisão da Análise Custo-Benefício – HLA.....	121
Quadro nº24 - Opção a Adotar.....	121
Quadro nº25 - Critérios de Decisão da ACB – UTENTES.....	122
Quadro nº 26 - Critérios de Decisão da ACB – HLA.....	122
Quadro nº27 - Opção a Adotar.....	122
Quadro nº28 - Critérios de Decisão da ACB – UTENTES.....	123
Quadro nº 29 - Critérios de Decisão da ACB – HLA.....	123
Quadro nº30 - Opção a Adotar.....	123
Quadro nº31 - Critérios de Decisão da ACB – UTENTES.....	124
Quadro nº 32 - Critérios de Decisão da ACB – HLA.....	124
Quadro nº33 - Opção a Adotar.....	124
Quadro nº34 - Critérios de Decisão da ACB – UTENTES.....	125
Quadro nº35 - Opção a Adotar.....	125
Quadro nº 36 - Critérios de Decisão da ACB – HLA.....	126
Quadro nº37 - Opção a Adotar.....	126

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº1 - Tabela de Frequências – Distribuição da Variável Sexo.....	69
Tabela nº2 - Tabela de Frequências – Distribuição da Variável Faixa Etária.....	70
Tabela nº3 - Tabela de Frequências – Distribuição da Variável Concelho de Residência.....	71
Tabela nº4 - Tabela de Frequências – Distribuição da Variável Habilitações Académicas.....	71
Tabela nº5 - Tabela de Frequências – Distribuição da Variável Estado Civil.....	72
Tabela nº6 - Tabela de Frequências – Distribuição da Variável Situação Profissional.....	72
Tabela nº7 - Tabela – Variável Rendimento Médio Mensal.....	74
Tabela nº8 - Tabela de Frequências – Comparação Variável Rendimento Médio Mensal Com e Sem <i>Outliers</i>.....	76
Tabela nº9 - Tabela de Frequências – Distribuição da Variável Rendimento Médio Mensal por Concelho.....	77
Tabela nº10 - Tabela de Frequências – Distribuição da Variável Motivo para Realização de Fisioterapia.....	78
Tabela nº11 - Tabela de Frequências – Distribuição da Variável Funcionalidade....	79
Tabela nº12 - Tabela de Frequências – Distribuição da Variável Perceção da Importância dos Tratamentos.....	79
Tabela nº13 - Tabela de Frequências – Distribuição da Variável Referenciador do Local dos Tratamentos.....	80
Tabela nº14 - Tabela de Frequências – Distribuição da Variável Meio de Transporte por Concelho.....	82
Tabela nº15 - Tabela – Variável Distância entre Residência e HLA (km/ viagem)....	83

Tabela nº16 - Tabela – Distribuição da Variável Distância entre Residência e HLA (Km/ Viagem) por concelho.....	84
Tabela nº17 - Tabela – Variável Tempo de Deslocação entre Residência e HLA (horas/ viagem).....	85
Tabela nº18 - Tabela – Distribuição da Variável Tempo com Deslocação entre Residência e HLA por concelho (horas/ viagem).....	86
Tabela nº19 - Tabela de Frequências – Comparação Variável Custos com Deslocação entre Residência e HLA (euros/ viagem) Com e Sem <i>Outliers</i>	88 e 89
Tabela nº20 - Tabela – Variável Custos com Deslocação entre Residência e HLA (euros/ viagem).....	90
Tabela nº21 - Tabela – Variável Custos com Tempo de Deslocação entre Residência e HLA (euros/ viagem).....	90
Tabela nº22 – Total de Tempo Despendido por Tratamento (horas/ tratamento).....	93
Tabela nº23 - Distribuição do valor de taxas moderadoras por concelho.....	93
Tabela nº24 – Custos com Deslocação entre Residência e Centro de Saúde (euros/ viagem).....	102
Tabela nº25 - Tempo com Deslocação entre Residência e Centro de Saúde (horas/ viagem).....	103
Tabela nº26 – Análise comparativa por concelho dos valores de Taxas Moderadoras Esperadas por Consultas de MFR.....	108
Tabela nº27 – Teste de Correlação: Test-t	112
Tabela nº28 – Análise comparativa entre os valores Médios de “Custo da Deslocação” e “Tempo da Deslocação” entre Residência-HLA e Residência-Centro de Saúde da área de residência: Test-t para amostras emparelhadas	112
Tabela nº29 - Tabela de Frequências – Variável Concelho de Residência e Disposição para pagar.....	113

Tabela nº30 - Teste de Associação de Phi – Variável Concelho de Residência e Disposição para Pagar.....	113
Tabela nº31 - Tabela de Frequências – Variável Condicionamento do Exercício Profissional e Disposição para Pagar.....	114
Tabela nº32 - Teste de Associação de Phi – Variável Concelho de Residência e Disposição para Pagar.....	115
Tabela nº33 - Teste de Qui- Quadrado – Variável Concelho de Residência e Disposição para Pagar.....	115
Tabela nº34 – Análise comparativa dos valores dos Custos e Benefícios para o HLA entre as Opções A e B discriminadas por Concelho.....	118
Tabela nº35 – Análise comparativa dos valores dos custos e Benefícios para os Utentes entre as Opções A e B discriminadas por Concelho.....	120
Tabela nº36 – Valor Atual Líquido dos Custos e Benefícios Globais HLA.....	121
Tabela nº37 - Valor Atual dos Custos e Benefícios – UTENTES.....	122
Tabela nº38 -Valor Atual dos Custos e Benefícios – HLA.....	122
Tabela nº39 - Valor Atual dos Custos e Benefícios – UTENTES.....	123
Tabela nº40 -Valor Atual dos Custos e Benefícios – HLA.....	123
Tabela nº41 - Valor Atual dos Custos e Benefícios – UTENTES.....	124
Tabela nº42 -Valor Atual dos Custos e Benefícios – HLA.....	124
Tabela nº43 - Valor Atual dos Custos e Benefícios – UTENTES.....	125
Tabela nº44 -Valor Atual dos Custos e Benefícios – HLA.....	126

LISTA DE ABREVIATURAS

- ACB – Análise Custo-Benefício
- ACE – Análise Custo-Efetividade
- ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
- ACES AL - Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo Litoral
- ACM – Análise Custo-Minimização
- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
- ACU – Análise Custo-Utilidade
- AO – Assistente Operacional
- APF – Associação Portuguesa de Fisioterapeutas
- ARS – Administração Regional de Saúde
- ARSA - Administração Regional de Saúde Alentejo
- AT – Assistente Técnico
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- CS – Centro de Saúde
- CVP – Cruz Vermelha Portuguesa
- DALY – *Disability Adjusted Life Years*
- ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados
- ECL – Entidade Coordenadora Local
- ECR – Entidade Coordenadora Regional
- EGA – Equipa de Gestão de Altas
- ERS – Entidade Reguladora da Saúde

FEDER – Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional

FT - Fisioterapeuta

HLA – Hospital do Litoral Alentejano

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MFR – Medicina Física e de Reabilitação

NUTS - Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

PIB – Produto Interno Bruto

PNS – Plano Nacional de Saúde

QALY – *Quality Adjusted Life Years*

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SIARSA – Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde Alentejo

SLS - Sistemas Locais de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TDT – Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

TF – Terapeuta da Fala

TGV – *Train à Grande Vitesse* (Comboio de Alta Velocidade)

TO – Terapeuta Ocupacional

UDPA - Unidade de Dia e Promoção da Autonomia

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

WCPT – World Confederation of Physical Therapy

WPT – *Will (ingness) to Pay* (Disposição para Pagar)

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade e progressivo crescimento da população idosa, em consequência da melhoria das condições de vida, dos avanços médico-cirúrgicos e da promoção e generalização dos cuidados de saúde, tem sido acompanhado do aumento do número de doenças crónicas, na sua maioria incapacitantes.

A prestação de cuidados de saúde com qualidade à população que deles necessite é uma preocupação cada vez mais atual e que tem vindo a adquirir cada vez maior relevância nas organizações prestadoras destes cuidados. Caracterizando a intervenção em saúde como a resolução eficiente e eficaz dos problemas da saúde-doença, pela exigência de respostas interativas no quadro dos recursos organizacionais e profissionais na qual se inscreve, fomentar e sedimentar a qualidade na prestação de cuidados de saúde exige, entre outros, a garantia de efetividade, eficiência, equidade de acesso e acessibilidade a estes mesmos cuidados. As questões da acessibilidade e de eficiência económica requerem uma profunda reflexão sobre a reorganização da governança de todo o sistema de saúde. A qualidade, em particular na sua dimensão de acessibilidade a cuidados de saúde, é frequentemente assimétrica em determinadas regiões de Portugal. Apesar de nesta temática se destacar a classe médica, também nos técnicos de diagnóstico e terapêutica se verifica uma elevada concentração nos centros urbanos em detrimento das restantes regiões. Integrada nos serviços de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) a fisioterapia surge como a área das Carreiras de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) que visa tratar e/ou atenuar as incapacidades causadas por doenças agudas e/ou crónicas decorrentes. A intervenção da fisioterapia, assim como a acessibilidade aos cuidados de saúde prestados pelos profissionais desta área, assume especial relevância em zonas como o Alentejo Litoral, onde, se associam ao elevado envelhecimento da população, assimetria nos ratios população/ fisioterapeutas/ entidades prestadoras destes serviços, baixos rendimentos, redes de transportes deficitárias/ inexistentes em determinadas zonas, grande dispersão geográfica e

isolamento social. De acordo com um estudo da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2008), na vila de Odemira cerca de 17.900 pessoas não estão abrangidas pela rede de MFR uma vez não se encontram entidades desta área a menos de 30 minutos do centro desta vila. De acordo com a mesma fonte, as zonas onde a densidade populacional é menor, e tendencialmente as distâncias a percorrer são maiores, é que a diversidade de serviços é menor, agravando ainda mais a necessidade de percorrer grandes distâncias. Ou seja, as zonas onde a necessidade de serviços de MFR- Fisioterapia é maior (considerando o envelhecimento da população, a prevalência de doenças cerebrovasculares e a incidência de feridos graves resultantes de acidentes rodoviários), não são acompanhadas de uma maior disponibilidade de serviços de MFR (ERS, 2008).

Com vista à obtenção de ganhos em saúde, numa perspetiva de melhoria da qualidade e equidade, as organizações de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) do Alentejo Litoral tendem a facilitar o acesso aos cuidados de fisioterapia através da utilização do transporte partilhado de utentes conforme previsto no Despacho n.º 7861/2011 de 31 de Maio de 2011. Contudo, como os cuidados de fisioterapia se dirigem a utentes com elevadas incapacidades físicas e implicam diversas deslocações, o transporte partilhado de utentes torna-se um elevado encargo para as organizações de saúde e conseqüentemente para o SNS.

Desta forma, esta proposta de dissertação pretende ser um estudo exploratório do tipo estudo de caso com aplicação da metodologia de análise Custo-Benefício. Trata-se de uma abordagem metodológica que pretende compreender e explorar um determinado fenómeno específico, neste caso no Alentejo Litoral, e analisá-lo do ponto de vista económico e financeiro. Esta dissertação pretende responder à questão de investigação: “Será que a descentralização da prestação dos cuidados de fisioterapia do Serviço Nacional Saúde no Alentejo Litoral se apresenta com uma relação Custo-Benefício mais vantajosa do que o modelo organizativo atual?”, e apresentar-se como uma possível estratégia de saúde que vise contribuir para uma melhoria da qualidade e de ganhos em saúde, de forma mais sustentável, garantindo melhores níveis de acesso e equidade através da reorganização dos recursos humanos já existentes, de um trabalho em cooperação entre as diferentes organizações do SNS do Alentejo Litoral e de uma melhor e mais eficiente utilização da capacidade instalada.

Com o objetivo de responder á questão de investigação, procurou-se responder a um conjunto de objetivos específicos, tais como: identificar quais as reais necessidades de

fisioterapia dos utentes do Alentejo Litoral, de que forma têm acesso a estes cuidados, quais as entidades prestadoras e como caracterizariam uma mudança benéfica. De forma a se aferir os custos foi também importante contabilizar os encargos atuais para o SNS. Com base na identificação concreta da problemática procedeu-se à realização de uma análise dos custos e benefícios potenciais de dois cenários (atual e alternativo) tendo por base a atividade descentralizada de cuidados de fisioterapia. No desenvolvimento deste trabalho de investigação foram utilizadas como técnicas de recolha de dados a análise documental, a entrevista exploratória semidirecta e o inquérito por questionário e utilizados como instrumentos um questionário, previamente construído e validado, e o método da análise custo-benefício.

Com a realização deste trabalho foi possível verificar que a prestação baseada na descentralização dos fisioterapeutas do HLA pelos centros de saúde da sub-região é facilitadora de uma redução dos custos para os utentes e organizações envolvidas, e que simultaneamente melhora a acessibilidade a estes cuidados através da aproximação do principal prestador à população. Em suma, a opção alternativa apresentada poderá assumir-se como um contributo importante para a promoção de sinergias entre os Cuidados de Saúde Hospitalares e os Cuidados de Saúde Primários, com vista ao aumento dos níveis de eficiência de resposta, à rentabilização da capacidade instalada do SNS, com vista à otimização dos ganhos em saúde/ funcionalidade assim como os níveis de satisfação da procura.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

2.1. REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

A ideia de região assenta no princípio básico de organização das sociedades e da necessidade de um suporte de integração das diferenças entre os indivíduos e entre os espaços naturais a que elas andam associadas (família, grupo comunitário, grupo étnico-linguístico, entre outros) (Campos, 1983). De acordo com o mesmo autor, uma região assenta, em princípio, na repartição de um determinado espaço geográfico acompanhado da consciência de uma identidade própria.

Ao conceito de região é frequentemente associado o desenvolvimento económico. As sociedades avaliam o seu crescimento baseando-se em indicadores macroeconómicos como, por exemplo, o Produto Interno Bruto (PIB) ou o rendimento *per capita*.

No que diz respeito à saúde a equidade de acesso é um valor muito apreciado nas diferentes sociedades, contudo, o panorama das assimetrias regionais é ainda uma realidade. Associadas às diferentes e assimétricas densidades regionais somam-se as igualmente assimétricas distribuições de serviços e de profissionais de saúde. O aumento da densidade destes profissionais aparece frequentemente associada aos grandes centros urbanos onde se localizam os grandes centros formadores destes profissionais e não às necessidades da população. Frederico (2000 como citado em Santana, 2004) refere que “uma das desigualdades mais claras que existem na dotação de serviços de saúde é a que se verifica entre as áreas rurais e urbanas. Esta desigualdade pode ser explicada pela diferença de custos na dotação de serviços, que são mais elevados nas áreas rurais de baixa densidade populacional” Serrão (1999 citado por Frederico, 2000). De acordo com o mesmo autor “Os economicamente mais débeis, têm menos informação, correm mais riscos e têm uma morbilidade mais frequente e mais severa. Não poderão fazer face, de forma sustentável e equilibrada, às suas necessidades de saúde”. As desigualdades regionais de saúde podem ser reflexo da associação entre as desigualdades geográficas e sociais.

De acordo com alguns autores só se pode falar em equidade quando os utentes em cada local suportarem os mesmos encargos no acesso aos cuidados de saúde. Normalmente, o que se verifica é que os utentes de zonas mais rurais suportam maiores encargos em transportes, tempo perdido, incomodidade, maiores dificuldades no acesso aos serviços e ainda menor qualidade dos cuidados que lhe são prestados e até privação de potenciais benefícios de saúde.

2.2. NECESSIDADES EM SAÚDE

As necessidades de saúde correspondem à diferença entre o estado de saúde observado e o desejado (Béresniark & Duru, 1999). De acordo com Pereira (1993 como citado por ARS Alentejo, 2011), a noção instrumental de necessidade utiliza-se no sentido de determinado indivíduo precisar de consumir cuidados para melhorar o seu estado de saúde. Estas são induzidas ou produzidas por fatores que se podem relacionar com a educação, com as circunstâncias ou com os valores do indivíduo (Santana, 2004). São a consequência da desigualdade na qualidade e quantidade de serviços oferecidos e têm consequências nas desigualdades da procura expressa. Estão no entanto dependentes da variação dinâmica entre a procura e oferta e são de quatro tipos (Santana, 2004):

- Necessidades sentidas ou percebidas individualmente;
- Necessidades normativas ou profissionalmente reconhecidas pelos médicos ou outros prestadores de cuidados de saúde, são necessidades teóricas definidas pelos próprios profissionais que tomam como referência uma “norma”;
- Necessidades comparativas ou comprovadas cientificamente;
- Necessidades expressas ou sentidas e convertidas em procura expressa, é muito realista pois tem em consideração as necessidades sentidas pelas diferentes categorias da população.

De uma forma genérica a definição de um processo de avaliação de necessidades em saúde está diretamente relacionada com a capacidade de beneficiar de algo.

As necessidades comandadas pelas possibilidades económicas/ financeiras dos países ou pelas políticas sociais fazem variar a relação entre as necessidades sentidas pela população e as necessidades reais, e, diferem consoante as estratégias, táticas ou planos operacionais de cada país.

Os serviços de saúde têm sido alvo de um aumento da procura uma vez que estes estão atualmente associados a um aumento da longevidade, da satisfação das necessidades de saúde e da melhoria da qualidade de vida.

2.3. ECONOMIA

Do Grego *Oikonomía*, que significa direção de uma casa, e do Latim *Oeconomia*, que significa disposição ou arranjo, a Economia começou por corresponder à boa administração da casa. Atualmente, como é de conhecimento comum, o seu âmbito estendeu-se muito para além da esfera doméstica.

Economia pode definir-se como “o estudo de como os indivíduos e a sociedade acabam por escolher, com ou sem utilização de moeda, a aplicação dos recursos produtivos escassos que podem ter usos alternativos, para produzir variados bens e distribuir estes bens para consumo atual ou futuro, entre as várias pessoas e grupos da sociedade” Pereira, (1992 como citado por Frederico, 2000). Esta definição assenta em dois conceitos básicos em Economia, nomeadamente, o “bem” como algo que satisfaz uma necessidade, e o “recurso” como algo fundamental que serve para produzir o “bem”.

A Economia surge muito associada ao conceito de escassez e a análise económica parte do pressuposto que os recursos são escassos e limitados, contudo, considera possível combiná-los de diferentes formas, escolher e decidir para possibilitar a satisfação de várias necessidades.

“Um bem não escasso é todo aquele que existe em quantidade tal que a sua utilidade marginal é nula, ou seja, chega e sobra para satisfazer as necessidades” Neves (1998 como citado por Frederico, 2000).

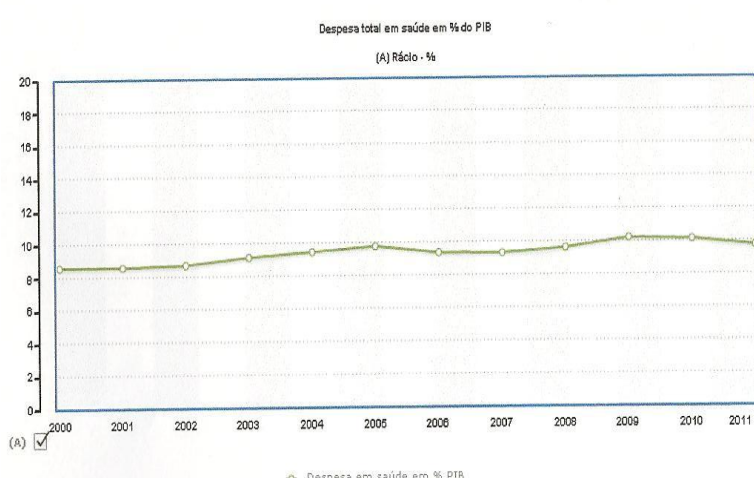
Um bem surge portanto como algo que satisfaz uma necessidade humana. Embora existam alguns bens livres (como por exemplo o ar), na sua grande maioria são bens económicos, produzidos pelo Homem através de recursos ou fatores produtivos. Um recurso é algo que serve para produzir um bem, sendo exemplos de recursos, a terra, o trabalho e o capital.

A constituição da Economia como corpo teórico sistematizado começou na segunda metade do século XIII. É uma ciência social porque estuda o Homem inserido num grupo, contudo, distingue-se das restantes porque estuda os fenómenos sociais na perspetiva económica que reside no facto dos recursos serem escassos para a satisfação das necessidades dos membros.

2.3.1. Economia da Saúde

O sector da saúde tem-se destacado nas últimas décadas como um sector de elevado peso financeiro para os estados de diversos países. Por este motivo tem vindo a merecer uma atenção acrescida e conduzido a frequentes discussões sobre a forma como as políticas/ instrumentos de gestão têm sido aplicados e que repercussões têm na racionalização dos recursos e na qualidade dos serviços prestados. Em 2000 este representava cerca de 8,6% e em 2011 cerca de 9,8% do PIB português¹.

Figura nº1 – Despesa total em Saúde em Percentagem do PIB Português



Fonte: www.pordata.pt

Anos	Despesa em saúde em % do PIB
2000	8,6
2001	8,6
2002	8,7
2003	9,2
2004	9,5
2005	9,8
2006	9,4
2007	9,4
2008	9,7
2009	10,2
2010	Pre10,2
2011	Pre9,8

¹ www.pordata.pt, consultado em 8 de Outubro de 2011

Esta importância e agravamento ao longo dos anos deveu-se sobretudo ao facto de nos últimos anos se terem verificado, associadas a uma crescente importância social e cultural dada à saúde, uma melhoria do acesso e oferta de cuidados de saúde, elevados avanços tecnológicos e científicos condicionando uma melhoria da qualidade dos tratamentos e conseqüentemente dos seus custos, a um aumento significativo das doenças crónicas e longevidade da população. O controlo dos gastos em saúde tornou-se num tema obrigatório das sociedades ocidentais no quadro das suas políticas tendo originado o desenvolvimento de um ramo da Economia – *Economia da Saúde*.

O consumo de cuidados de saúde faz-se com o único objetivo de restabelecer um estado de saúde entretanto perdido ou debilitado, ou seja, estamos perante um bem sem utilidade intrínseca e cujo consumo está sempre relacionado com um estado de necessidade por parte do agente da procura – o utente. A aquisição de um estado de saúde constitui o grande objetivo do consumo de cuidados de saúde, contudo, a sua procura está dependente das necessidades de saúde de determinada população.

O sector da saúde é um sector com algumas especificidades que o tornam único e que merecem uma análise detalhada. É um sector onde predomina a incerteza a diversos níveis, onde a informação é frequentemente assimétrica, com elevadas restrições e assimetrias na concorrência, que diz respeito a um bem público, onde o agente da decisão pode decidir mediante outros interesses – indução da procura, e onde o consumo de um bem pode ter efeitos sobre outros. É simultaneamente um sector onde a escassez dos recursos é uma realidade no que diz respeito à satisfação de todas as suas necessidades e é neste ponto que se tornam fundamentais as decisões baseadas em avaliações sistemáticas e objetivas (Perelman, 2005). Assim, pode-se definir Economia da Saúde como “a aplicação da teoria económica aos fenómenos e problemas associados ao tema da saúde” Pereira (1992 como citado em Frederico, 2000). Pestana (1995 como citado em Frederico, 2000), acrescenta que “a economia da saúde é basicamente um ramo da microeconomia constituindo a questão da escassez de recursos sociais e da sua conseqüente afetação com critérios de eficiência e equidade uma forte preocupação para os economistas que atuam nesta área”.

Qualquer política de cuidados de saúde deve estar devidamente integrada num Plano Nacional de Saúde (PNS). De acordo com Frederico (2000) o planeamento em saúde pode definir-se como “A racionalização do uso de recursos com vista à redução dos problemas de saúde considerados prioritários, e implicando a coordenação de

esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos”. Desta forma, o objetivo de qualquer plano de saúde é o de fornecer um enquadramento para as diversas políticas ou programas, para que os seus objetivos sejam alcançados e consequentemente a obtenção da melhoria de um estado de saúde da população.

2.3.2. Planeamento em Saúde

De acordo com Reinke (1995 como citado em Béresniark & Duru, 1999), o planeamento consiste na distribuição racional, prática e eficaz de recursos escassos, alicerçada em objetivos realistas e nas prioridades que for possível avaliar. Este visa sobretudo a satisfação das necessidades, contudo, como os recursos são sempre escassos, estas dificilmente são satisfeitas na sua totalidade.

A finalidade do planeamento em saúde é sempre organizar, com método e lógica, grandes ações ou programas, com a finalidade de obter uma melhoria de um estado de saúde de uma determinada população avaliados em grande parte através da utilização de indicadores de morbilidade, mortalidade, esperança média de vida, entre outros.

O método utilizado para o planeamento é constituído geralmente pelas seguintes fases (Béresniark & Duru, 1999):

- Identificação dos problemas de saúde da população, a fim de determinar as suas necessidades de saúde;
- Identificação e classificação das suas necessidades prioritárias;
- Elaboração e acionamento dos programas de saúde direcionados para as prioridades identificadas;
- Avaliação da eficácia dos programas.

As intervenções propostas no PNS podem ser constituídas por ações puramente médicas ou por ações fora do campo da medicina. O planeamento em saúde é frequentemente confundido com planeamento médico, ocultando o importante papel desempenhado pela alimentação, higiene e ambiente.

Os pressupostos de escassez de recursos, usos alternativos e escolha entre diversas alternativas, próprios da análise económica, estão também presentes na saúde, mais concretamente na prestação de cuidados de saúde.

2.3.3. Financiamento das Políticas de Cuidados de Saúde

O aumento dos encargos com a saúde e o aumento da esperança média de vida da população levantam algumas questões relacionadas com a sustentabilidade do financiamento do sistema de saúde e com a melhor forma de o aplicar. Existe a preocupação com a sustentabilidade dos recursos a curto, médio e longo prazo, e, com a acessibilidade a serviços de qualidade que, tendo em conta a evolução previsível, satisfaçam as necessidades de saúde da população. A sustentabilidade deve ser contemplada em diversos níveis, nomeadamente (Barros, 1999):

- Sustentabilidade técnica – O sistema de saúde deve ter a capacidade de responder em termos técnicos às necessidades de uma população de uma forma duradoura, e de responder a possíveis alterações;
- Sustentabilidade Financeira – O sistema deve ter a capacidade financeira de garantir sustentabilidade técnica;
- Sustentabilidade ao nível de cada Instituição – cada instituição deve ter receitas suficientes para garantir os seus custos, ou seja, deve apelar à eficiência sem colocar em causa a prestação dos cuidados;
- Sustentabilidade Agregada – O sistema de saúde como um todo deve ter a capacidade de assegurar, com o menor custo possível, o acesso aos cuidados de saúde por parte da população.

2.3.4. Avaliação Económica em Saúde

O desafio dos sistemas de saúde na próxima década é identificar a alocação ótima dos recursos disponíveis para maximizar a saúde. Decidir em saúde coloca em avaliação aspetos éticos e deontológicos ao mesmo tempo que dinamiza os aspetos

económicos que lhes estão inerentes. Os cuidados de saúde são considerados um bem económico na medida em que são um bem escasso. A avaliação económica em saúde justifica-se pelo facto de a economia ser uma ciência que estuda os recursos escassos nas sociedades. Do ponto de vista económico o objetivo de decidir a distribuição dos recursos em cuidados de saúde é o de chegar o mais próximo possível da maximização do valor dos benefícios para a comunidade. A avaliação económica consiste na identificação, mensuração, avaliação com posterior comparação dos custos (*inputs*) e benefícios (*outputs*) de duas ou mais intervenções alternativas. Surge como o nome genérico de um conjunto de técnicas de análise, que avaliam, comparativamente, duas ou mais tecnologias/programas/ações/projetos utilizando um meio de identificação sistemática de custos e resultados de cada uma delas com a finalidade de fornecer aos agentes de decisão informações sobre os prós e contras de uma nova tecnologia/programa/ação/projeto em relação às alternativas disponíveis. Para que uma avaliação económica seja considerada completa é necessário que contemple duas condições: realizar comparação entre duas ou mais alternativas possíveis, por exemplo, avaliar tipos de tratamentos alternativos para uma determinada doença. A segunda condição é a avaliação simultânea de custos e resultados, ou seja, devem-se considerar os custos e resultados dos diferentes tipos de tratamentos possíveis para uma mesma doença. A relação entre a diferença de custos das intervenções e a diferença de benefícios resultantes das mesmas deve fornecer uma razão, a qual deve nortear as ações e prioridades (Drummond, 1997).

De acordo com o mesmo autor, estão descritos na literatura essencialmente quatro tipos de avaliação económica em cuidados de saúde:

- Análise de Custo-Minimização (ACM);
- Análise de Custo-Efetividade (ACE);
- Análise de Custo-Utilidade (ACU);
- Análise de Custo-benefício (ACB).

Estes diferentes tipos de avaliação diferem de acordo com a intenção da sua utilização e, conseqüentemente, na forma como as conseqüências de determinado ato são medidas e avaliadas.

A característica que une estas técnicas é a identificação dos custos do serviço/projeto a ser avaliado. O primeiro passo da análise económica em saúde consiste portanto na identificação dos custos e a sua quantificação em unidades monetárias. A análise dos custos que concorrem para a realização determinado projeto é realizada quando existem razões para crer que as alternativas em consideração têm as mesmas consequências. Entre as técnicas de avaliação económica difere apenas a forma como se tratam os benefícios/ consequências. A grande limitação destas técnicas prende-se com a elevada variabilidade de critérios em análise. Em saúde importa diferenciar que custo é diferente de preço ou de pagamento direto. O custo surge associado aos recursos consumidos, enquanto que o preço é o que o utilizador paga. Os custos diretos são os recursos gastos e/ ou pagos, envolvendo uma transferência monetária, na definição de um diagnóstico, na prevenção e/ ou tratamento. Os custos indiretos, não envolvem uma transferência monetária, e correspondem aos recursos perdidos devido à doença ou à intervenção para prevenir e/ou tratar a doença, são um exemplo destes o tempo perdido. Estes incluem os custos de morbilidade e de mortalidade. Os custos podem ainda ser classificados como intangíveis e estão associados a efeitos cuja valorização é difícil (por exemplo, dor ou infertilidade).

2.3.4.1. Análise Custo-Minimização (ACM)

A ACM refere-se à comparação de custos entre diferentes tecnologias, alternativas de intervenção ou programas de saúde com o objetivo final de procurar a alternativa com menor custo. Em casos particulares onde se considere plausível o pressuposto de igualdade de benefícios a utilização da ACM como técnica é a mais adequada pois a decisão atenderá unicamente às diferenças de custos.

2.3.4.2. Análise Custo-Efetividade (ACE)

A ACE consubstancia-se na avaliação económica na qual se avaliam tanto os custos como as consequências de determinada ação. Esta é a técnica a que os investigadores de saúde mais recorrem justificando-o sobretudo quando os benefícios são difíceis de traduzir em unidades monetárias. É um tipo de avaliação objetiva, e os resultados dos programas de saúde são medidos em unidades físicas como por exemplo anos de vida ganhos ajustados à qualidade (*Quality Adjusted Life Years - QALY*).

Tende a responder a dois tipos de questões que se prendem com a maximização dos recursos e minimização dos custos.

2.3.4.3. Análise Custo-Utilidade (ACU)

A ACU é a forma de avaliação económica em que as consequências dos programas de saúde são medidas em unidades físicas combinadas com elementos qualitativos. A palavra utilidade representa o valor de determinado nível de saúde para o indivíduo ou sociedade. Reflete uma evolução da saúde geral, ao ver o utente como um ser em interação, como um ser social e não apenas sob o ponto de vista biológico. Os resultados desta técnica, expressam-se em termos de custo por dia saudável ou custo por QALY (Drummond *et al*, 1997). Expressa-se em termos de duração e qualidade de sobrevivida obtida pelos diversos tipos de intervenção em saúde. Grande parte dos investigadores referem ser esta a técnica de eleição em saúde uma vez que não implica a monetarização dos benefícios e porque torna claro que o objetivo de intervenção em saúde não é apenas a maximização da sobrevivência, mas sobretudo a qualidade de vida para o utente e sua família.

A ACU é uma evolução da ACE na medida em que agrega a qualidade de vida à quantidade de vida, variável fundamental a ser considerada em virtude da mudança no perfil demográfico dos países e conseqüente aumento de doenças relacionadas ao envelhecimento e crônicas. Assim, em nações onde a expectativa de vida já é alta, torna-se importante avaliar a qualidade de vida, como medida de desempenho do sistema de saúde. Existem muitas semelhanças entre a ACE e a ACU, inclusive muitos autores consideram que a ACU é um caso particular de ACE, e questões como se inclui ou não as perdas de produtividade ou se desconta os efeitos futuros continuam presentes. Contudo, os dois tipos de avaliação económica diferem bastante na forma de medir os resultados. Enquanto que na ACE, o desfecho pode ser final (vidas salvas, por exemplo) ou intermediário (por exemplo, casos detetados), na ACU os desfechos intermediários são inadequados por não poder ser convertidos em medidas de desfecho requeridas para a ACU, como os QALY ganhos. A análise custo-utilidade foi desenvolvida para resolver o problema da ACE que só consegue expressar o benefício numa medida única. A ACU permite incluir uma extensa gama de resultados relevantes com um método capaz de combinar resultados díspares num resultado único (medida resumo), que permite efetuar comparações amplas entre programas muito distintos entre

si, a ACU aporta um método de atribuir valores aos resultados, ponderando mais aqueles de maior importância. Convertendo os dados de efetividade numa unidade de medida comum, como os QALY, a ACU pode incorporar simultaneamente mudanças tanto em quantidade (mortalidade) como em qualidade (morbidade) de vida. A utilização da ACU é mais indicada quando por exemplo a qualidade de vida relacionada com a saúde é um resultado importante; quando o programa afeta tanto a morbidade como a mortalidade; quando os programas submetidos à comparação têm ampla variedade de tipos de resultado e se deseja compará-los numa unidade comum; quando se quer comparar um programa com outros já avaliados com recurso à ACU. Não se deve utilizar quando: só é possível conseguir dados sobre desfechos intermediários; os dados sobre efetividade mostram que as alternativas são igualmente efetivas em todos os aspetos relevantes para os consumidores; os dados de efetividade mostram que o novo programa é dominante (mais efetivo e com menos custos); se considera que o custo extra de obter e usar os valores de utilidade não é custo-efetivo em si.

2.3.4.4. Análise Custo-Benefício (ACB)

A ACB é a técnica de avaliação económica que visa identificar e valorizar os custos e os benefícios sociais diretos e indiretos de determinadas ações em termos monetários. Todos os custos e resultados associados a diferentes alternativas são avaliados, com o objetivo de determinar qual a alternativa que maximiza a diferença ou a razão entre os benefícios e os custos. Este método permite a comparação direta dos resultados com os custos, podendo determinar o valor líquido de um determinado programa em ambas as magnitudes o que faz com que seja uma forte técnica que o agente responsável pela tomada de decisões tem à sua disposição. Desta forma, quando os benefícios superam os custos, isto é, quando o valor líquido é positivo está economicamente justificada determinada opção. Para Puig-Junoy *et al.* (2001 como citado em Santos, 2010), a técnica de ACB tem regras muito claras, encontra uma referência sólida na Economia de bem-estar e os seus resultados tem aplicabilidade direta na tomada de decisões sobre a alocação de recursos. A maior vantagem e simultaneamente o maior desafio deste tipo de análise está precisamente no seu principal objetivo: medir os resultados em dinheiro. De acordo com Frederico (2000), esta é a mais compreensiva forma de avaliação económica pois coloca valores monetários quer nos custos quer nos resultados (benefícios) dos cuidados de saúde. De

acordo Giraldes (1997 como citado em Frederico,2000) o método de ACB diz respeito a dois conceitos: “Eficiência Técnica” e “Eficiência Alocativa”, sendo que por “Eficiência Técnica” se entende a avaliação da relação entre os recursos utilizados (*inputs*), na produção de um dado serviço, e os resultados obtidos (*outputs*), (sendo tanto melhor quanto maiores os resultados para os recursos pré-fixado, e a “Eficiência Alocativa” a eficiência servida pela técnica custo-benefício dos recursos disponíveis.

O primeiro passo da ACB consiste na identificação dos custos. Quando esta técnica é associada a decisões médicas pode-se pensar em três tipos de custos: os custos diretos, os custos não diretos e os custos indiretos. Os custos médicos diretos incluem todos os custos dos prestadores de cuidados médicos, incluindo análises, exames, os custos de tratamento de rotina e acompanhamentos posteriores. Os custos médicos não diretos correspondem a todos os custos monetários que não estão associados ao pessoal médico, nomeadamente, custos com transportes, comida especial, etc. Os custos indiretos correspondem a todos os custos não monetários do tratamento, nomeadamente, tempo gasto e o seu valor. A ACB deve ainda identificar os benefícios, que no caso de intervenções médicas podem ser classificados como: custos médicos evitados devido à prevenção de uma doença, o valor monetário da diminuição da produção evitada, e o valor monetário da perda de utilidade evitada devido ao prolongamento da vida ou de uma melhor saúde durante o tempo de vida restante.

Os custos médicos podem ser avaliados por parâmetros de saúde não monetários como parâmetros QALY, anos-vida ajustados pela incapacidade (*Disability Adjusted Life Years - DALY*) em oposição aos ganhos ou perdas monetárias. A utilidade da vida é o valor atribuído ao número de anos de vida com a doença e a qualidade de vida em cada ano. Os benefícios em unidades físicas, tais como anos de vida ganhos, foram melhorados pelo cálculo do custo por QALY acrescido, uma medida compreensiva e padronizada do estatuto da saúde que tem muitas vantagens para o decisor dos cuidados de saúde. Todavia existem muitos problemas e limitações dos métodos existentes e medidas subjacentes que foram concebidas para exprimir o produto da saúde e para comparar intervenções e programas.

O cálculo do QALY incorpora as preferências do paciente para obter estas ponderações (níveis de qualidade) para os diferentes estados de saúde. O peso da preferência individual para um resultado particular é a utilidade. O método convencional para medir as utilidades é o de Neumann-Morgenstern no qual o paciente

escolhe entre certos estados de saúde relevantes e um jogo alternativo em que os resultados possíveis sejam melhores ou piores. Um método alternativo, uma técnica de escolha intemporal é também um método de escolha forçada no qual o paciente tem que equacionar o valor da vida entre dois estados de saúde com diferentes tempos de vida.

No que diz respeito à identificação dos benefícios, existem diversas abordagens na forma de atribuição de valores monetários aos benefícios que provêm dos cuidados de saúde mas que no essencial se subdividem em Benefícios Diretos e Indiretos. Os benefícios diretos são poupanças potenciais por menor utilização de recursos. Em geral, estes por serem custos evitados, não oferecem grande dificuldade de quantificação. Os benefícios indiretos são efeitos potenciais de produtividade que não seriam alcançáveis de outro modo. Tipicamente, na estimação de benefícios indiretos há a considerar perdas de salário e de produtividade resultantes da doença; envolve frequentemente a necessidade de valorizar a vida. Os benefícios intangíveis são benefícios psicológicos decorrentes de melhor saúde. São de muito difícil quantificação.

Robinson (1993 como citado em Frederico, 2000) considera que a quantificação dos benefícios se subdivide em duas abordagens distintas: Abordagem do Capital Humano e Abordagem baseada nos indivíduos observados ou em preferências declaradas. De acordo com o mesmo autor, inicialmente era utilizada a abordagem do Capital Humano centrado a avaliação dos benefícios na produtividade sendo as taxas de pagamento usadas como indicadores dessa produtividade. Abordagens mais recentes baseiam as abordagens nas pessoas e observam as suas preferências. Esta última abordagem envolve a observação do comportamento dos indivíduos e serve-se dessas observações como base para quantificar os benefícios. Um dos métodos é o de observação do comportamento dos indivíduos no que diz respeito ao risco e então estimar a sua avaliação pessoal implícita a esse comportamento. Contudo, uma das maiores desvantagens deste método de abordagem é o número limitado de situações nas quais o risco pode ser observado e medido. Esta desvantagem condicionou ao desenvolvimento de outras técnicas em que as pessoas são inquiridas relativamente às suas preferências, especificando-se em valores monetários. Entre estas técnicas encontra-se a *Willingness to Pay* (WPT) ou disposição a pagar. Através desta técnica as preferências declaradas são baseadas na “disposição a pagar”. O valor que as pessoas ligam aos resultados de cuidados de saúde é estabelecido perguntando quanto é que estão dispostos a pagar para evitar o curso da doença. O facto da “disposição a pagar”

poder depender do rendimento do indivíduo cria dificuldade porque as respostas podem refletir o valor que as pessoas dão ao dinheiro em si, bem como a valoração dos seus benefícios dos cuidados de saúde.

As grandes limitações iniciais nas técnicas de valoração monetária das mudanças no estado de saúde levaram consigo o descrédito da ACB neste campo e a difusão de técnicas como a ACE e ACU. A valoração dos resultados em saúde por meio da disposição a pagar surge como uma tentativa de utilizar a análise custo-benefício e se possa conseguir uma medida de benefício social líquido decorrente da introdução de uma nova tecnologia. Contudo, a Economia não dispõe de nenhum instrumento específico para valorar de forma direta o aumento do bem-estar que o consumo de um bem ou um serviço proporciona a um consumidor, de modo que utiliza como medida deste bem-estar o que os consumidores no mercado manifestam que estão dispostos a pagar. O valor dos bens e serviços depende, então, das preferências dos consumidores e estas manifestam-se através de sua disposição a pagar por um determinado bem ou serviço. O problema surge quando não existem mercados e preços para alguns produtos, como é o caso da maioria dos benefícios derivados da saúde, nomeadamente, o aumento da esperança de vida, o aumento da qualidade de vida, a redução da dor, etc. Nestas situações, deve-se recorrer a métodos indiretos para conhecer o valor que os indivíduos dão a um novo medicamento ou produto para a saúde que concede uma determinada melhoria no estado de saúde (utilidade) já que a disposição a pagar não é observável no mercado (Puig-Junoy *et al.*,2001).

O enfoque dado à disposição a pagar desenvolveu-se por meio de dois tipos de métodos de valoração monetária do estado de saúde: os métodos da preferência revelada e os da preferência declarada.

Puig-Junoy *et al.* (2001) apresentam os métodos de preferência revelada:

- a) Preços hedônicos: estimativa da contribuição marginal implícita do atributo relacionado com o estado de saúde ao preço do produto objeto da transação, por exemplo, salários;
- b) Custo de viagem: estimativa do valor monetário que os indivíduos estão dispostos a suportar para aceder a um serviço de saúde em termos de tempo e custo de deslocamento (por exemplo, acesso a uma unidade de saúde para realização de mamografias);

- c) Custos evitados: estimativa dos custos em saúde necessários para mitigar ou reduzir determinados efeitos negativos sobre o estado de saúde (lesões na pele ocasionadas pela redução da camada de ozônio);
- d) Contribuições voluntárias: estimativa baseada na disposição mostrada pelos indivíduos a contribuir para organizações não lucrativas para finalidades relacionadas com a melhora do estado de saúde.

Os métodos de preferência declarada:

- a) Valoração contingente: estimativa da disposição a pagar ou a ser compensado/aceitar mediante a simulação de um mercado hipotético com técnicas de pesquisa;
- b) Análise conjunta: estimativa da disposição a pagar a partir da classificação ordinal de diferentes alternativas mediante técnicas de pesquisa (Puig-Junoy *et al.*, 2001).

2.4. SERVIÇO DE NACIONAL DE SAÚDE – SNS

2.4.1. Enquadramento Histórico

A organização dos serviços de saúde sofreu ao longo dos tempos diversas mudanças no sentido de dar resposta às necessidades de saúde e cura de determinadas doenças. Grande parte destas mudanças foi condicionada pela influência que determinados conceitos religiosos e políticos tinham em cada época. Em 1899, pelo Dr. Ricardo Jorge, é iniciada a organização dos denominados “Serviços de Saúde e Beneficência Pública” regulamentados em 1901 e em vigor a partir de 1903. A prestação de cuidados de saúde era na época de índole privada, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres. A Lei nº 2001 (1946), vem definir a organização dos serviços prestadores de saúde então existentes, nomeadamente, dos Hospitais das Misericórdias, Hospitais Estatais, Serviços Médico-Sociais, Serviços de Saúde Pública e Serviços Privados. As Misericórdias, instituições centenárias de solidariedade social,

ocupavam um lugar de relevo na saúde – geriam grande parte das instituições hospitalares e outros serviços de saúde por todo o País. Os Serviços Médico-Sociais, prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixas de Previdência (quotização obrigatória de empregado e empregador para financiar o acesso aos cuidados de saúde). Os Serviços de Saúde Pública estavam vocacionados essencialmente para a proteção da saúde (vacinações, proteção materno-infantil, saneamento ambiental, entre outras valências). Os Hospitais estatais, gerais e especializados, encontravam-se principalmente localizados nos grandes centros urbanos. Os Serviços privados eram dirigidos aos estratos socioeconómicos mais elevados.

Em 1971, com a conhecida “Reforma de Gonçalves Ferreira”, surge o que viria a ser o primeiro esboço do Serviço Nacional de Saúde – SNS e que incluía os Centros de Saúde de 1ª geração. Através desta reforma passam a ser explicitados alguns princípios, tais como, o reconhecimento do direito de todos os cidadãos portugueses à saúde, cabendo ao Estado assegurar esse direito através de uma política unitária de saúde sob responsabilidade do Ministério da Saúde, a integração de todas as atividades de saúde e assistência com vista à melhor rentabilização dos recursos utilizados, e ainda, a noção de planeamento central e de descentralização na execução através da dinamização dos serviços locais.

A partir de 1974, a política de saúde em Portugal sofreu modificações acentuadas que em 1979 permitiram, associada à democratização do país, a criação do SNS. Através do SNS o Estado Português assegura o direito à saúde a todos os cidadãos. O SNS envolve todos os cuidados de saúde integrados, compreendendo a promoção e vigilância de saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento de doentes e a reabilitação médica e social.

Nos anos 90 é aprovada a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e publicado, através do Decreto-Lei nº11/93 (1993), o novo Estatuto do SNS. O SNS de acordo com o seu estatuto é “Um conjunto ordenado hierarquizado de instituições e serviços oficiais afins, prestadoras de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministério da Saúde”. Este pretende ultrapassar a dicotomia existente entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Diferenciados privilegiando a criação de Unidades de Saúde Integradas que viabilizem a articulação entre grupos

personalizados de centros de saúde e hospitais assim como uma gestão de recursos humanos mais próxima dos destinatários.

2.4.2. Unidades Funcionais de Saúde/ Sistemas Locais de Saúde

A figura de Unidade Funcional de Saúde, prevista no Decreto-Lei n.º11/93 (1993), foi criada para servir como dispositivo articulador entre centros de saúde e hospitais e como instância de planeamento de recursos. O Despacho n.º 24/94 (1994) veio acrescentar a estas duas componentes a formação e a investigação. A lógica deste dispositivo assentava principalmente na necessidade dos serviços estabelecerem canais de comunicação entre si e, por essa via, facilitar-se o processo de referenciação clínica e de continuidade de cuidados. Num nível mais funcional, as Unidades Coordenadoras Funcionais, criadas pelo Despacho n.º 6/91 (1991), têm constituído um importante instrumento de coordenação entre diferentes tipos de serviços, nomeadamente, centros de saúde e evidenciando-se sobretudo nos cuidados de apoio perinatal para as respostas às necessidades de cuidados de saúde materno-fetais, neonatais e infantis. A concertação de ações no sentido de se obterem ganhos em saúde e a necessidade de se refazer o fluxo natural das pessoas entre os diversos prestadores impõem que a figura da Unidade Funcional de Saúde evolua no sentido de um dispositivo que inclua todos os prestadores que, no terreno, concorram para a saúde dos indivíduos, das famílias e dos grupos sociais.

O Sistema Local de Saúde é o instrumento funcional que materializa este dispositivo. O Decreto-Lei n.º 156/99 (1999) institui o regime do Sistema Local de Saúde (SLS). Um SLS constitui um conjunto de recursos da saúde articulados na base da complementaridade, organizados segundo critérios geográfico-populacionais, implantado tanto nas zonas urbanas como nas zonas rurais, desenhado a partir das necessidades em saúde definidas em termos de risco de uma comunidade finita, responsável pelos cuidados a prestar aos indivíduos, às famílias e aos grupos sociais, com capacidade de coordenar os recursos disponíveis, facilitador da participação social e que, em articulação com a Rede de Referenciação Hospitalar, concorre para o desenvolvimento e fortalecimento do SNS e do Sistema de Saúde. A articulação visa facilitar o acesso, garantir o encaminhamento da informação clínica acordada, promover o aumento de qualificação dos profissionais e a avaliação dos cuidados prestados.

Assim se pretende reduzir a burocracia, eliminar atos desnecessários ou duplicados e evitar o hospitalocentrismo.

Segundo Justo (1998 como citado em Barros, 1999), os SLS fazem parte da estratégia de reorganização e reorientação do SNS, cujo propósito é a prestação de cuidados de saúde com equidade, efetividade e eficiência sociais, com uma significativa participação dos cidadãos e das comunidades na execução e programas de saúde. Um SLS é constituído pelo conjunto de centros de saúde, hospitais, instituições privadas com e sem fins lucrativos, organizações não-governamentais e instituições comunitárias com intervenção no domínio da saúde, como sede na área geográfica definida para o SLS.

2.4.3. SNS e Administrações Regionais de Saúde

Os serviços centrais do Ministério da Saúde desempenham no SNS um papel de regulamentação, orientação, planeamento e inspeção enquanto que, para permitir uma gestão de recursos tão próxima quanto possível da população a que se destina, se encontram definidas cinco regiões de saúde denominadas de Administrações Regionais de Saúde, I. P. Abreviadamente designadas por ARS, I. P., de acordo com Decreto-Lei n.º 222/2007 (2007) definem-se como “ (...) pessoas coletivas de direito público, integradas na administração indireta do Estado, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial” e tem como missão “garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde e cumprir e fazer cumprir o Plano Nacional de Saúde na sua área de intervenção.” As ARS detêm de autonomia administrativa e financeira para coordenar a atividade dos serviços de saúde, incluindo hospitais, da região onde se localizam.

As ARS, I. P., exercem as suas atribuições nas áreas correspondentes ao nível II da Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) e têm sede:

- a) ARS do Norte, I. P., no Porto;
- b) ARS do Centro, I. P., em Coimbra;
- c) ARS de Lisboa e Vale do Tejo, I. P., em Lisboa;
- d) ARS do Alentejo, I. P., em Évora;
- e) ARS do Algarve, I. P., em Faro.

O SNS é administrado a dois níveis principais: a nível central (Ministério da Saúde) e a nível regional (as ARS). Embora muito da autoridade esteja descentralizada nos Conselhos de Administração das ARS, na prática, o Ministério da Saúde ainda detém a maior parte do poder, o que é particularmente evidente no que se refere aos hospitais, em relação aos quais o Ministério controla a política de desenvolvimento, a gestão estratégica e a avaliação. Apesar dos centros de saúde e os hospitais estarem diretamente sob o controlo de gestão das ARS surge ainda a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) que tem atuado sobretudo na concretização de projetos específicos como a promoção da acessibilidade ao ambulatório e a redução de listas de espera.

2.4.4. Cuidados Continuados Integrados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) constitui-se como um modelo organizacional desenvolvido em parceria pelos Ministérios do trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, e constitui-se por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social promovendo desta forma a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia. É missão da RNCCI “Prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.”

“São objetivos da RNCCI a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra.”²

São destinatários das Unidades / Equipas da Rede as pessoas que se encontrem em alguma das seguintes situações:

- a) Dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro;
- b) Dependência funcional prolongada;
- c) Idosos com critérios de fragilidade;

² www.rncci.min-saude.pt, consultado em 10 de Novembro de 2011

- d) Incapacidade grave, com forte impacto psicossocial;
- e) Doença severa, em fase avançada ou terminal.

(artigo 31º do Decreto-Lei n.º 101/2006, 6 de Junho)

O acesso à Rede é feito através das Equipas coordenadoras Locais (ECL) que asseguram o acompanhamento e a avaliação das respostas a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e atividades, na sua área de incidência.

Os utentes podem aceder à Rede através de duas proveniências:

a) Hospital do SNS

O planeamento da alta de doentes internados em hospitais do SNS que careçam de cuidados continuados integrados no período pós alta, requer o envolvimento da equipa do respetivo serviço hospitalar, a qual sinaliza à Equipa de Gestão de Altas (EGA) essa necessidade. A referenciação de doentes a partir do hospital deve ser concretizada através da respetiva EGA, mediante proposta de ingresso à ECL da área de domicílio do doente (critério de proximidade), até 48 horas antes da data prevista para a alta.

b) Comunidade (domicílio, hospital privado ou outro local de residência)

Entende-se por «domicílio» a residência particular, o estabelecimento ou a instituição onde habitualmente reside a pessoa em situação de dependência (alínea o), do artigo 3º do Decreto-Lei n.º 101/2006, 6 de Junho). A sinalização de utentes oriundos do domicílio, ou de outro local onde residam à data da referenciação, pode ser efetuada por qualquer profissional da área da saúde e/ou social, bem como por qualquer cidadão que identifique a necessidade de cuidados de saúde / apoio social de outrem. Esta sinalização deve ser dirigida ao médico de família, enfermeiro ou assistente social do Centro de Saúde da área de domicílio do utente. A situação do utente identificado deve ser avaliada pela equipa assistencial do Centro de Saúde, de forma a verificar se este possui necessidades de cuidados. Caso assim seja deverá ser proposto o seu ingresso na Rede. A referenciação de utentes para a Rede, a partir da comunidade, deverá ser efetuada pelo Centro de Saúde, através do seu Elemento Referenciador: (Médico (a); Enfermeiro (a) ou Assistente Social).

2.4.5. Acessibilidade em Saúde

Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregue de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com a utilização de serviços de saúde. Donabedian, citado em Travassos & Martins (2004), definiu acessibilidade como um dos aspetos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. A acessibilidade, neste caso, é definida de forma mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos num determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. O mesmo autor distingue duas dimensões da acessibilidade: a sócio organizacional e a geográfica sendo que estas se interrelacionam. A acessibilidade sócio organizacional: inclui todas as características da oferta de serviços, exceto os aspetos geográficos, que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas utilizarem os serviços. São exemplo as políticas formais ou informais que selecionam os pacientes em função de sua condição social, situação económica ou diagnóstico. Acessibilidade geográfica: relaciona-se com o espaço que pode ser medido pela distância linear e tempo de deslocação, custo da viagem, entre outros. A acessibilidade indica também o grau de (des) ajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados. Acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes.

A acessibilidade reflete a complexa interação dos fatores socioculturais e físicos. A acessibilidade em saúde implica que os utentes e os serviços prestadores de cuidados de saúde estejam ligados de forma dinâmica, interagindo e influenciando-se mutuamente. De acordo com Santana (2004) nos estudos de acesso devem ser observadas as seguintes variáveis:

- Componentes físicas e geográficas, nomeadamente, tempo e distância entre a residência e os cuidados de saúde uma vez que expressam a proximidade espacial e representam a acessibilidade locacional dos serviços;
- Características dos utentes, nomeadamente, sexo, idade, rendimentos e cobertura de saúde;

- Características Sócio Organizacionais, nomeadamente, todos os atributos dos recursos que utilizam ou dificultam os esforços dos utentes para receber cuidados de saúde, por exemplo, referenciação, tipo de cuidados.

De acordo com a autora acima citada, as barreiras ao acesso podem ser essencialmente de dois tipos:

- Barreiras estruturais potenciais, nomeadamente, disponibilidade de serviços, taxas, tempo de viagem, horário de atendimento, área de influência do serviço de saúde, etc.;

- Características dos médicos, nomeadamente, sexo, idade, atitude profissional, experiência profissional, etc.

Também os fatores geográficos influenciam a acessibilidade aos cuidados de saúde. Existem diferenças na acessibilidade aos serviços públicos de saúde em consequência dessa localização em pontos específicos do território. Mesmo que estes cuidados não sejam pagos pelos utentes, para usufruírem destes cuidados de saúde os utentes têm que pagar custos da deslocação que se traduz em gastos com a própria viagem, em tempo, esforço e conforto.

As áreas rurais são normalmente áreas carenciadas de transportes públicos, onde os índices de população idosa e de dependência nesta população são muito elevados, onde as necessidades de cuidados de saúde frequentes e diferenciados são reais, e onde é oferecido um conjunto muito restrito de cuidados quase exclusivamente delimitados aos cuidados de saúde primários. As áreas urbanas são áreas de elevada diversidade socioprofissional, de índices de dependência de idosos muito baixos, de rendimento médio superior ao da população rural, com uma elevada oferta de transportes públicos e com baixos custos, onde é oferecida uma oferta de cuidados de saúde diversificada em quantidade e qualidade e de maior proximidade com a população (Santana, 2004).

A importância absoluta dos fatores geográficos, que afetam a acessibilidade, depende da separação geográfica entre os prestadores e consumidores. As barreiras geográficas à acessibilidade tornam-se relativamente menos importantes quando as

barreiras socioeconómicas se atenuam, quando a densidade da rede de serviços aumenta ou quando a mobilidade dos potenciais consumidores cresce. A mudança na organização geográfica dos cuidados de saúde primários têm um considerável impacto nos padrões de acessibilidade pois influenciam a acessibilidade a todo o sistema de saúde.

2.4.6. Transporte Terrestre de Doentes

O Estado Social preconizou uma tendência crescente para a preocupação com as questões da qualidade, disponibilidade e acessibilidade dos cuidados de saúde. Esta tendência tem sido acompanhada de um crescimento significativo das despesas em Saúde e de um crescimento do seu peso no total dos recursos consumidos, em termos de despesa nacional global e pública.

O transporte de doentes surge como uma atividade instrumental da prestação dos cuidados de saúde. Estes permitem indiretamente melhorar o acesso geográfico a cuidados de saúde uma vez que tem como finalidade aproximar os consumidores dos prestadores de cuidados de saúde. Este está previsto na base XXIII da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº48/90 (1990), e a sua fiscalização cabe ao Ministério da Saúde. A qualidade dos serviços de transportes de doentes contribui determinadamente para a melhoria da eficácia do SNS e de todo o sistema nacional de saúde.

De acordo com a natureza das situações que originam o serviço e as limitações que existem á entrada de novos prestadores, o sector do transporte terrestre de doentes subdivide-se em dois tipos de mercado: Transporte Primário Urgente, onde operam os bombeiros, Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e Cruz Vermelha Portuguesa (CVP); e transporte não urgente e urgente secundário, onde operam bombeiros, CVP, empresas privadas, entidades sem fins lucrativos e táxis. O serviço de transporte de doentes corresponde à grande parcela da atividade das corporações de bombeiros (cerca de 90%), assumindo mesmo um papel fulcral na atividade dos bombeiros em Portugal (ERS; 2007).

A prestação de serviços pelas associações de bombeiros e outras entidades no transporte de doentes é paga pelo SNS, desde 1 de Outubro de 2006, em função de um preço estabelecido por quilómetro. Contudo, o transporte de doentes tem um peso

significativo no orçamento da saúde. Estima-se que os encargos anuais com este tipo de transporte deverão rondar os 135 milhões de euros, dos quais cerca de $\frac{3}{4}$ são financiados pelo SNS, e o restante suportado pelos subsistemas, pelas seguradoras e, residualmente, pelos utentes IGIF (2005 como citado em ERS, 2007). Só a despesa dos centros de saúde com este serviço, em 2004, cifrou os 75 milhões de euros representando 3,75% do total dos seus custos operacionais (com exceção dos custos com medicamentos) IGIF (2004 como citado em ERS, 2007). Os elevados encargos do SNS com a prestação deste serviço, associados ao contexto económico que o país atravessa conduziu à necessidade de restrição do acesso (Despacho n.º 19264/2010, 2010), a este serviço e atualização do preço pago às entidades prestadoras deste serviço para € 0,47 (Despacho n.º 19 965/2008, 2008) e posteriormente para € 0,48 (Despacho n.º 6303/2010, 2010).

2.5. A REGIÃO ALENTEJO

2.5.1. Breve Caracterização Territorial

A região Alentejo é a maior NUTS II de Portugal, ocupando uma área de 31.550,9 km², o que representa 32,3% do território nacional. A integração da NUTS III Lezíria do Tejo, na NUTS II Alentejo, resultou num aumento de 4.275,1 km² (+15,7%) na dimensão da região. Com esta integração, a NUTS II Alentejo passou a ser composta por 5 NUTS III: Alentejo Central, Alto Alentejo, Baixo Alentejo, Alentejo Litoral e Lezíria do Tejo (FEDER, 2007).

2.5.2. Sistema Urbano

A região do Alentejo, à semelhança de outras regiões do país, tem assistido, nas últimas décadas, ao reforço demográfico dos principais centros urbanos, sobretudo em resultado do crescimento do sector terciário e em detrimento dos aglomerados populacionais de menor dimensão. As cidades da região assumiram-se, em definitivo, como os pilares da organização territorial. Reportando aos Censos 2011 do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011), 44,97% da população total do Alentejo vive nos doze aglomerados com mais de 21.000 habitantes (Évora, Elvas, Portalegre, Santarém, Beja, Almeirim, Benavente, Cartaxo, Coruche, Rio Maior, Santiago do Cacém e Odemira) que estão dotados de serviços públicos e de maior oferta de emprego

(indústria, comércio e serviços). Verifica-se nesta região uma fraca articulação das maiores cidades com o restante sistema urbano (ao nível das sedes de concelho) devido a ritmos muito diferenciados de crescimento e investimento. De igual modo, na relação das sedes de concelho com o território envolvente (concelho), verifica-se um fenómeno semelhante, sendo notória uma dinâmica de deslocação da população do espaço rural (aldeias e lugares) para estas localidades. Estes fenómenos de concentração demográfica têm sido, por vezes, acompanhados da descaracterização da imagem das cidades e aglomerados urbanos, nomeadamente nas novas expansões.

2.5.3. Características Demográficas e Socioeconómicas

A população residente nesta região é, de acordo com os dados preliminares dos Censos 2011 (INE, 2011), de 758739 habitantes, uma redução de cerca de 2% relativa aos valores verificados nos censos de 2001. O Alentejo é a região portuguesa com menor índice de densidade populacional, devido a um ordenamento territorial orientado pelas especificidades históricas de uma agricultura extensiva e pouco propícia à concentração populacional e, num passado mais recente, pelo despovoamento derivado de um processo de êxodo rural que, apesar de ter ocorrido em todo o país, assumiu particular destaque no Alentejo.

Com exceção da NUTS III Lezíria do Tejo, que verificou um crescimento na última década de 3%, as restantes sub-regiões verificaram uma redução da sua população na ordem dos 6% mais significativamente nas NUTS III do interior.

Um traço marcante da estrutura demográfica da região reside no seu elevado índice de envelhecimento. Apesar de inserido na tendência nacional, o peso da população idosa assume, no Alentejo, proporções mais expressivas. Reportando a dados de 2001, o índice de envelhecimento da região cifrava-se em 179 (ou seja, 168 residentes com mais de 65 anos por 100 jovens com menos de 15 anos), ao passo que a média nacional era de 129. Note-se que este fenómeno conheceu um “avanço” notório nos últimos anos: em 1991, o índice de envelhecimento da região era de 107. Este processo de envelhecimento atinge o topo e a base da estrutura etária, uma vez que o Alentejo é a única região do país onde a proporção de idosos ultrapassa, em 2011, 20% dos residentes e onde o peso dos jovens se situa abaixo dos 14%. Este facto pode dever-se por um lado ao aumento da esperança média de vida e por outro à baixa natalidade na região.

No capítulo do emprego, o Alentejo continua a ser região de Portugal com maiores taxas de desemprego. De acordo com dados relativamente recentes do Instituto Nacional de Estatística (para o 2º trimestre de 2011), a região apresentava uma taxa de desemprego de 12,1% mais especificamente cerca de 675 mil pessoas, estando acima cerca de 0,3 p.p. da média nacional (que se cifra em 11,8%).

2.5.4. Acessibilidade Regional

Em resultado da sua vantajosa localização geográfica, com posicionamento estratégico no corredor ibérico Lisboa-Madrid e nos corredores nacionais Lisboa-Algarve e Centro-Algarve, o Alentejo dispõe de uma presença significativa nas redes transeuropeias de transportes (FEDER, 2007). De acordo com a mesma fonte a região Alentejo encontra-se inserida em 4 dos 30 projetos prioritários europeus, designadamente: o projeto nº 3 - eixo ferroviário de alta velocidade do sudoeste da Europa; o projeto nº 16 - rede ferroviária Sines/Algeciras – Madrid – Paris; o projeto nº 8 - eixo multimodal Portugal/ Espanha- resto da Europa; e o projeto nº 21 – autoestradas do mar. Na sua maioria, estes projetos irão ser executados durante o período de programação 2007/2013, sendo previsível que desempenhem um relevante contributo na melhoria da competitividade da economia regional e induzam a captação de investimentos em sectores estratégicos.

De acordo com RAVE (2005 citado em FEDER, 2007), o caso da rede de alta velocidade (TGV), prevê-se a obtenção de um importante impulso no transporte de passageiros, garantindo uma inegável vantagem competitiva às regiões abrangidas. De acordo com o estudo citado anteriormente, estima-se que, em 2013, o eixo Lisboa – Madrid tenha um tráfego anual de 6,1 milhões de passageiros. Para além do TGV, a construção da ligação ferroviária do porto de Sines à fronteira espanhola (projeto prioritário nº 16 das TEN-T) afigura-se como outro dos projetos estruturantes para o desenvolvimento regional, proporcionando maior competitividade às atividades económicas instaladas em Sines e alargando a área de influência desta “porta atlântica” ao *hinterland* ibérico. O porto de Sines está igualmente inserido nas “autoestradas do mar” (projeto prioritário nº 21), atendendo às suas características (porto de águas profundas) e posicionamento no contexto europeu.

No que respeita à rede ferroviária convencional, esta continua a evidenciar uma debilidade estrutural, visto não ligar de forma satisfatória os principais centros urbanos

da região. Nos últimos anos, os investimentos na rede ferroviária exibem uma acentuada dicotomia: linhas que têm sido objeto de intervenções de modernização (Linha do Sul, Linha de Évora), em paralelo com o abandono progressivo de outras linhas, com a consequente degradação e supressão gradual de serviços.

Relativamente às acessibilidades rodoviárias, a região dispõe atualmente de uma razoável cobertura, fruto dos investimentos efetuados nos últimos Quadros Comunitários de Apoio, em particular, as autoestradas A1 (entre Lisboa – Santarém – Coimbra – Porto) A6 (entre Lisboa – Évora – Elvas – Espanha), A2 (autoestrada do Sul entre Lisboa e o Algarve). a A13 (ligação entre Santarém e Marateca, funcionando como via de articulação entre o Centro e o Sul do país) e mais recentemente a A26 (Autoestrada do Baixo Alentejo a fazer a ligação Sines-Beja).

A rede rodoviária parece ser ainda insuficiente e deficitária nesta região. A inexistência de uma rede de acessibilidades adequada entre as principais cidades contribui, em parte, para o défice de articulação do sistema urbano regional. A par do reforço de investimentos em alguns polos e eixos estruturantes, associados a áreas de maior dinamismo económico ou a lógicas de atravessamento da região, tem-se assistido a uma tendência regressiva dos investimentos em áreas mais periféricas, nomeadamente na rede viária de âmbito municipal, onde existem áreas territoriais onde a cobertura é muito reduzida. No capítulo do serviço de transportes públicos de passageiros, é notória uma acentuação das assimetrias intrarregionais. À exceção de situações pontuais relacionadas com os centros urbanos de maior dimensão, estes transportes evidenciam deficiências, sobretudo nas áreas mais afastadas dos eixos principais e dos maiores aglomerados, relacionadas com a falta de qualidade dos serviços prestados (baixa frequência ou pura inexistência). Atendendo às questões demográficas da região, a rentabilidade dos serviços de transporte encontra-se condicionada. Verificam-se ainda nesta região problemas de flexibilidade e de articulação no mesmo modo de transporte (com destaque para o modo rodoviário) e entre diferentes modos de transporte, evidenciando-se também dificuldade em contrariar o uso crescente do transporte individual nas deslocações urbanas.

2.5.5. Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA)

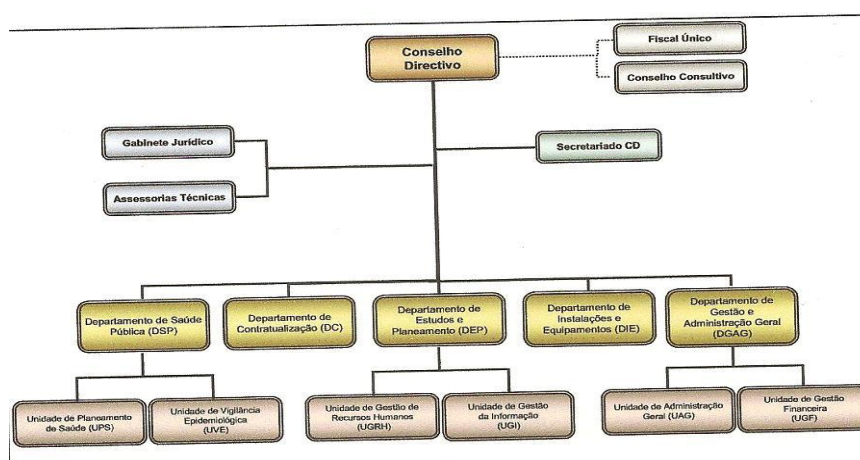
2.5.5.1. Caracterização da ARSA

A Administração Regional de Saúde do Alentejo, I. P. (ARSA), criada pela Portaria n.º 652/2007 (2003), define-se no seu Plano de Atividades de 2011 como “(...) uma pessoa coletiva de direito público, integrada na administração indireta do Estado, dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Trata-se de um serviço desconcentrado do Ministério da Saúde, cujo âmbito de ação é a região Alentejo e que visa coordenar as ofertas e otimizar os recursos disponíveis para prestar os cuidados de saúde necessários à comunidade que serve. A sua missão é a de “(...) garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde e cumprir e fazer cumprir o Plano Nacional de Saúde na sua área de intervenção” Administração Regional do Alentejo (ARS) (2011).

Para cumprir os seus objetivos, a ARSA conta com um conjunto alargado de infraestruturas e equipamentos e com uma equipa de profissionais de saúde, empenhada, mobilizada e disponível para dar o melhor de si própria ao serviço das populações. Conta ainda com a cooperação das Autarquias e das Associações, que complementam e facilitam a criação de condições para a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade”.

2.5.5.2. Estrutura Orgânica da ARSA

Figura nº.2 – Organigrama da ARSA, I.P.



Fonte: Plano de Atividades 2011 (ARS, 2011)

2.5.5.3. Área de Intervenção ARSA

A área de intervenção da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P. abrange as NUTS III do Alto Alentejo, Alentejo Central, Alentejo Litoral, e Baixo Alentejo, correspondendo a uma área total de cerca de 27.225, 53 Km² e a uma população residente, de acordo com as estimativas da população do INE para 2009, de 503.507 indivíduos.

2.5.6. Perfil de Saúde na Região Alentejo

A auto percepção do estado de saúde é classificada, no 4º Inquérito Nacional de Saúde (INS) (2005/06 como citado em ARS, 2011) como “bom ou muito bom” em cerca de 60% da população do sexo masculino e em 44% do sexo feminino.

A tensão arterial alta, a dor crónica e a doença reumática são as doenças crónicas que apresentam maiores valores de prevalência nesta região, apresentando valores inferiores aos do Continente no que se refere às duas últimas doenças. No que se refere à prevalência Auto referida da diabetes apresenta igualmente valores superiores aos verificados no Continente. Mais de metade dos utilizadores dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Alentejo Litoral, Alentejo Central I e II declararam sofrer ou ter sofrido de doenças crónicas. A partir da prescrição de medicamentos em ambulatório estima-se que as doenças crónicas com prevalência mais elevada sejam: as cardiovasculares, psiquiátricas, diabetes, hiperlipidemia, disfunção ácida gástrica e respiratória crónica. Mais de 65% destas doenças ocorrem em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos.

O número de internamentos hospitalares por 10.000 habitantes no Alto Alentejo é o mais elevado da Região. As grandes categorias de diagnóstico com maior peso relativo nos internamentos a doentes por NUTS III, por causa, foram as Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório e do Aparelho Digestivo. As doenças de declaração obrigatória com maior incidência em 2009 foram a tuberculose e a febre escarionodular.

2.5.7. Determinantes de Saúde

De acordo com INS (2005/2006 como citado em ARS, 2011):

- Mais de 50% da população residente, com 18 e mais anos, tem excesso de peso ou é obesa, sendo na Região Alentejo cerca de 54,4% e no Continente 52,2%;

- Cerca de 22% da população, com 10 anos ou mais anos, é fumadora, 16,3% é ex-fumadora e 61,4% nunca fumou;
- Cerca de 50% da população da região ingeriu bebidas alcoólicas no ano anterior à realização do estudo;
- O número de acidentes rodoviários corresponde a 5% do total do continente, mas nesta região parecem revelar ter maior gravidade;
- O número de mortes, por 100 acidentes com vítimas em 2009, foi superior em todas as NUTS III da Região Alentejo (4,8) relativamente ao observado no Continente (2,1).

2.5.8. Rede de Prestadores do SNS da Região Alentejo

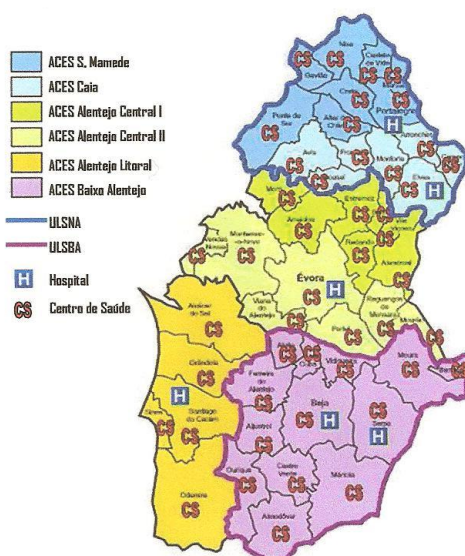
No Alto Alentejo, a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA), EPE, integra os Hospitais Dr. José Maria Grande de Portalegre e Santa Luzia de Elvas e os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) de São Mamede e do Caia, e tem um total de 133.037 utentes inscritos em 2010.

No Alentejo Central, a prestação de cuidados de saúde hospitalares, é assegurada pelo Hospital do Espírito Santo, EPE. Ao nível dos cuidados de saúde primários, existem os ACES do Alentejo Central I (com cerca de 58.276 utentes inscritos em 2010) e Alentejo Central II (com cerca de 122.423 utentes inscritos em 2010), sob gestão da ARSA. Também responde à ARSA a área da Saúde Pública relativa aos distritos de Portalegre, Évora e Alentejo Litoral.

No Baixo Alentejo, a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA), EPE, integra o Centro Hospitalar do Baixo Alentejo e o ACES do Baixo Alentejo com cerca de 138.052 utentes inscritos em 2010.

O Litoral Alentejano é servido pelo Hospital do Litoral Alentejano, EPE (HLA). Quanto aos cuidados de saúde primários, também sob gestão da ARSA, existe o ACES do Alentejo Litoral (ACESAL) com cerca de 103.934 utentes inscritos em 2010.

Figura nº3.- Rede de Prestadores de Cuidados de Saúde do SNS do Alentejo Litoral



Fonte: Plano de Atividades 2011 (ARS, 2011)

2.5.9. Cuidados continuados Integrados no Alentejo

A implementação territorial da RNCCI no Alentejo compreende lugares em unidades de internamento e lugares no domicílio onde há prestação de cuidados por Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Estes lugares (485 em unidades de internamento e 362 no domicílio, a 31 de Dezembro de 2010) estão distribuídos por 24 dos 47 concelhos dos distritos de Beja, Évora, Portalegre e concelhos alentejanos de Setúbal. Para o fim do ano de 2011 a rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados perspetiva que em termos globais, se proceda à criação de mais 5 lugares em Unidades de Cuidados Paliativos, 77 lugares em Unidades de Convalescença, 36 lugares em Unidades de Média Duração e Reabilitação, 121 lugares em Unidades de Longa Duração e Manutenção e 20 lugares em Unidade de Dia e Promoção da Autonomia (UDPA), totalizando 730 lugares e alargando deste modo a Rede a mais 5 concelhos.

Em relação às ECCI, prevê-se a criação de mais 289 lugares em 2011, o que fará com que existam 691 lugares de apoio domiciliário no final deste ano, os quais se juntam aos 730 lugares de internamento e farão com que a RNCCI disponha de 1.421 lugares no Alentejo em final de 2011.

A sub-região do Alentejo Litoral dispõe atualmente de unidades de cuidados continuados com capacidade para um total de cerca de 247 utentes. Relativamente às unidades com internamento existem unidades de Convalescença, Média duração e Reabilitação, Longa Duração e Manutenção nos concelhos de Santiago do Cacém,

Odemira e Grândola (quadro N° 1). Para além das anteriormente descritas existem ainda uma Unidade de Dia e Promoção de Autonomia em Grândola e de uma ECCI em cada centro de saúde.

Quadro nº1 - Número de Camas por Tipologia de Unidade e por Concelho na sub-região do Alentejo Litoral

Entidade	Concelho	Tipologia de Cuidados	Nº de camas
AIRSGRA – Associação de Intervenção Social de Grândola	Grândola	Longa Duração e Manutenção	20
HLA – Hospital do Litoral Alentejano	Santiago do Cacem	Convalescença	25
Santa Casa da Misericórdia de Santiago do Cacém – S. João de Deus	Santiago do Cacem	Longa Duração e Manutenção	20
Santa Casa da Misericórdia de Santiago do Cacém – Conde Bracial	Santiago do Cacem	Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção	40
Santa Casa da Misericórdia de Odemira	Odemira	Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção	36

Fonte: Elaboração Própria

2.6. ALENTEJO LITORAL

2.6.1. Características Demográficas e Socioeconómicas

O Alentejo Litoral corresponde a uma sub-região da região Alentejo com uma área total de 5.309,04 km², limitada a norte pela península de Setúbal e Alentejo Central, a leste pelo Baixo Alentejo, a sul pela região Algarve e a Oeste pelo Oceano Atlântico. Nesta sub-região integram-se cinco concelhos: Sines, Alcácer do Sal, Grândola, Odemira e Santiago do Cacém pelos quais se distribuem cerca de 97.918 habitantes residentes aproximadamente 12,9% da população total da região Alentejo (INE, 2011). Relativamente aos dados de 2001 verificou-se uma redução da população residente nesta sub-região por NUTS III de cerca de 2% seguindo a tendência de redução da região Alentejo que em 2001 correspondia a 7,5% da população residente por NUTS II e em 2011 corresponde a 7,2%, contudo, esta redução foi mais significativa nas zonas do interior que no caso do Baixo Alentejo atingiu uma quebra de 6%. De acordo com o INE (2011), esta sub-região apresenta uma densidade

populacional média de 18,44 habitantes por Km² que distribui da seguinte forma por concelho:

- Alcácer do Sal: 8,7 hab/ Km²,
- Grândola: 18,8 hab/ Km²,
- Odemira: 15,1 hab/ Km²,
- Santiago do Cacém: 28,1 hab/ Km²,
- Sines: 70,0 hab/ Km².

A Economia do Alentejo Litoral é amplamente caracterizada pela prevalência do sector terciário. Atualmente, esta sub-região vive um enorme impulso de desenvolvimento nos quais se destacam os sectores de turismo e indústria e que se deve por um lado à sua posição privilegiada e por outro às características únicas da sua orla costeira. Este facto pode explicar a variação positiva da população residente por município, em relação aos dados de 2001, se ter verificado apenas no concelho de Sines. De acordo com dados relativos aos Censos 20011 (INE, 2011), o concelho de Grândola contava com quase 1.100 alojamentos em estabelecimentos hoteleiros, seguindo-se Sines com 613 e Odemira com 515. Grândola é, também, o concelho com mais dormidas, ultrapassando as 140 mil, mas é Alcácer do Sal que consegue a maior taxa de ocupação (43,2%). De acordo com a mesma fonte, a taxa de desemprego, no NUTS III Alentejo Litoral, situava-se nos 9 % sendo o concelho de Santiago do Cacém o apresentava maior taxa de desemprego: 10,3%.

2.6.2. Indicadores Sociais

A sub-região do Alentejo Litoral dispõe de um Hospital de natureza Pública localizado em Santiago do Cacém – HLA, e de 5 centros de saúde localizados um em cada concelho – Sines, Santiago do Cacém, Alcácer do Sal, Grândola e Odemira cada um com diversas extensões.

O concelho que regista maior número de médicos por habitantes é Sines com cerca de 1,6 por mil habitantes. Alcácer do Sal é o concelho com maior número de Farmácias, cerca de 3,9 por mil habitantes.

Relativamente à mortalidade infantil, esta apresenta valores mais altos no concelho de Odemira, encontrando o seu oposto em Grândola que surge como o concelho do Alentejo Litoral onde morrem menos crianças. O analfabetismo é superior no município de Alcácer do Sal (33%), sendo Sines o concelho que menor taxa (12%).

A estrutura etária da população residente encontra-se particularmente envelhecida, de acordo com os dados do Censos 2011 (INE, 2011) cerca de 24,1% da população desta sub-região tem mais de 65 anos, sendo que o concelho de Odemira o que apresenta maior percentagem (26,4%) e o de Sines o menor valor (17,7%).

Relativamente à população em idade ativa residente (15-65 anos), o Alentejo Litoral apresenta cerca de 63,2% sendo o concelho de Sines o que apresenta valores mais elevados (67,7%) em oposição ao concelho de Odemira que apresenta o valor mais baixo (61,5%).

O Alentejo Litoral apresenta uma proporção de 190,1 idosos por cada 100 indivíduos jovens, sendo que o concelho de Odemira apresenta o valor mais elevado (217,8 por cada 100 jovens) e o concelho de Sines o menos elevado (122,1 idosos por cada 100 jovens) (INE, 2011). O seu panorama demográfico, associado a uma enorme dispersão territorial e a uma ruralidade marcada no interior do território constituem aspetos determinantes de saúde que demonstram o quão dependente da população ativa está a população com mais de 65 anos de idade.

2.6.3. Rede de Prestadores de Serviços de Saúde do SNS no Alentejo Litoral

Cuidados de Saúde Especializados/ Hospitalares: HLA - Iniciou a sua atividade em Junho de 2004 submetendo-se ao regime de instalação previsto no *Decreto-lei n.º 215/97, de 18 de Agosto* definindo-se atualmente como entidade coletiva de direito público de natureza empresarial com autonomia administrativa, financeira e patrimonial (*Decreto-lei n.º 558/99 de 17 de Dezembro e art.º 18º do anexo da Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro*). Situado em Santiago do Cacem definiu a sua Missão da seguinte forma:

“Prestar cuidados de saúde diferenciados de máxima qualidade à população do Litoral Alentejano, em integração com a rede de cuidados de saúde, com respeito pelo utente, resolubilidade, equidade, acessibilidade, utilizando procedimentos eficazes, eficientes e seguros, e promovendo a satisfação dos utentes e dos profissionais.”

A população da sua área de atracão é estimada em 100.000 habitantes dos Concelhos de: Santiago do Cacém; Sines; Grândola; Odemira e Alcácer do Sal. Tendo em conta à sua missão é uma preocupação dos dirigentes desta organização de saúde adotar opções de gestão estratégica que otimizassem os seus recursos financeiros e materiais com vista à obtenção de ganhos em saúde através da prestação de cuidados de qualidade à população abrangida.

A sua atividade assistencial centra-se na prestação de cuidados em ambulatório e internamento através de cinco grupos de serviços disponibilizados:

- Consultas Médicas de Especialidade, cardiologia, Gastroenterologia, medicina interna, Oncologia Médica, Pediatria e pneumologia;
- Especialidades Médico-cirúrgicas, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia, Oftalmologia e Senologia,
- Especialidades de Diagnóstico e Terapêutica, Anestesiologia, Imuno Hemoterapia, Medicina Física e de Reabilitação, Imagiologia, Patologia Clínica e Anatomia Patológica,
- Serviço de Urgência,
- Urgência Médico-cirúrgica.

Possui ainda uma Unidade de Cuidados Intensivos e uma Unidade de Cuidados Paliativos.

Cuidados de Saúde Primários – Os ACES- são criados e legislados pelo Decreto-lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro, pelo reconhecimento do Governo Constitucional de que os cuidados de saúde primários são um pilar central no sistema de saúde português. Estes constituem o primeiro acesso à prestação dos cuidados de saúde e assumem um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença, na prestação de cuidados na doença, na continuidade da prestação de cuidados e na ligação a outras organizações de saúde. Os ACES são serviços públicos de saúde, com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais

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

A missão dos ACES é, “ (...) *Garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma área geográfica determinada, procurando manter os princípios de equidade e de solidariedade, de modo a que todos os grupos populacionais partilhem igualmente dos avanços científicos e tecnológicos, postos ao serviço da saúde e do bem-estar.*”³

O ACES do Alentejo Litoral, está sediado em Alcácer do Sal e tem como prestadores associados os centros de saúde de Alcácer do Sal, de Grândola, de Santiago do Cacém, de Sines e de Odemira. Presta cuidados de saúde a uma população total de utentes inscritos de 103.934 (SIARSA, 2010 como citada em ARS, 2011). A sua estrutura orgânica respeita o que se encontra definido no pelo Decreto-lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro.

A sua atividade assistencial centra-se em atividades de assistência médica e de promoção e prevenção da doença e incluem apoio médico geral e familiar, enfermagem, vigilância oncológica, rastreio de retinopatia diabética, terapia compressiva de úlceras venosas crónicas do membro inferior, consulta de cessação tabágica, consulta de diagnóstico pneumológico, consulta de cirurgia geral descentralizada, rede nacional de cuidados continuados, terapia da fala, fisioterapia, psicologia, dietética, higiene oral, serviço social, Saúde escolar, Intervenção precoce, saúde pública, unidade móvel de saúde, entre outros.

2.6.4. Rede de Prestadores Privados de Serviços de Saúde

No contexto da oferta privada de cuidados de saúde, a sub-região do Alentejo Litoral caracteriza-se por possuir uma carteira de entidades privadas pouco significativa, caracterizada sobretudo por pequenas clínicas prestadoras de cuidados em regime de ambulatório e centros produtores de cuidados relacionados com meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Não se verificando portanto a existência de nenhuma

³ www.arslvt.min-saude.pt, consultado em 2 de Dezembro de 2011

Unidade Hospitalar privada nesta sub-região. No que diz respeito à sua dispersão geográfica como se pode verificar no Quadro N°2 o concelho de Santiago do Cacem é o que oferece maior concentração deste tipo de entidades privadas.

Quadro nº2. – Rede de Prestadores Privados no Alentejo Litoral

Concelho	Entidade Privada de Saúde
Alcácer do Sal	Mútua de Socorros de Alcácer do Sal SadoClínica, Ld. ^a
Santiago do Cacém	Cedisul Instituto Médico-Cirúrgico de Santiago Centro Médico e de Enfermagem Aliflor, Ld. ^a Centro Clínico de Santiago do Cacém MEFISA – Centro de Fisioterapia GINÉTRIA – Clínica Médica da Mulher e Criança Clínica Médica Marinhos, Ld. ^a Argo Navis – Diagnósticos Anatomopatológicos Policlínica de S. Jorge
Grândola	GEME – Centro de Exames Radiológicos e Ecográficos, Ld. ^a Policlínica de S. Jorge CCV – Centro de Diálise da Costa Vicentina Fisiogrândola – Clínica de Medicina Física e de Reabilitação, Ld. ^a
Sines	Clídis – Clínica de Diagnóstico de Sines, Ld. ^a Centro Policlínico de Sines Sinesmédica – Centro Médico de Sines Policlínica de S. Jorge
Odemira	Cenários Reais – Serviços Médicos Clínica Médica Pontual Clirefis – Clínica de Medicina Física e de Reabilitação, Ld. ^a

Fonte: Elaboração Própria

2.6.5. Acessibilidade na Sub-região aos cuidados de Saúde do SNS

A análise da acessibilidade teve em conta não só o acesso ao Hospital do Litoral Alentejano, mas também todo o Agrupamento de Centros de Saúde ACES AL sob a forma dos Centros de Saúde de cada Concelho. A tabela seguinte sintetiza a informação analisada com base numa pesquisa realizada através do site *Via Michelin* utilizando o percurso mais curto:

Quadro nº3. – Tempo de deslocação às organizações do SNS do Alentejo Litoral

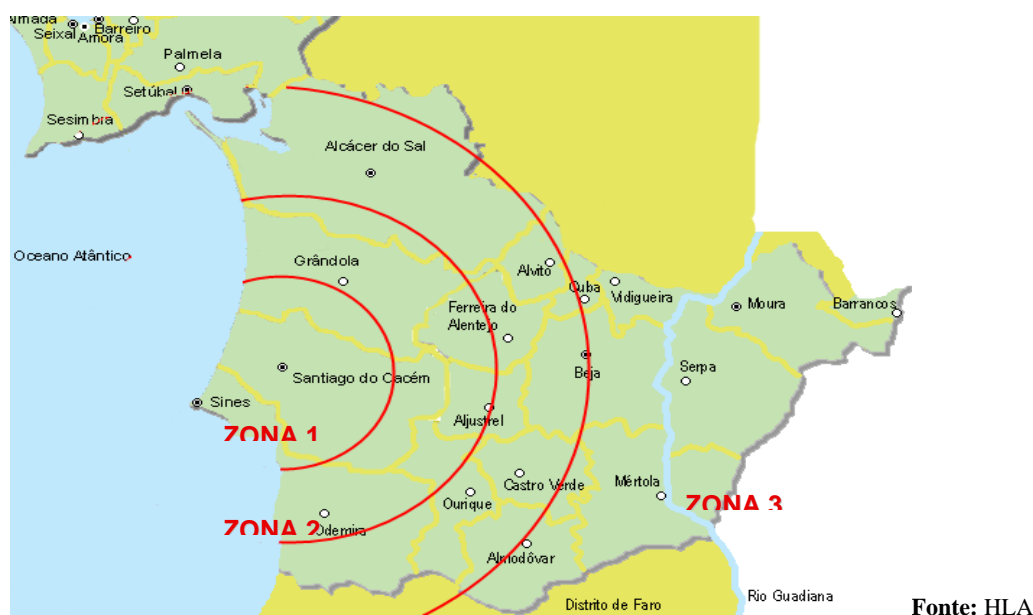
TEMPO DE DESTINO (MINUTOS)	HLA	CENTRO DE SAÚDE DO CONCELHO	DIFERENÇA DE TEMPO DE ACESSO ENTRE O HLA E CENTRO DE SAÚDE (MINUTOS)
ALCÁÇER DO SAL			
- Alcácer do Sal	44	3	- 41
- Comporta	46	33	- 13
- Santa Susana	58	20	- 38
- São Martinho	57	23	- 35
- Torrão	74	43	- 31
GRÂNDOLA			
- Azinheira Barros	41	17	- 24
- Carvalhal	38	28	- 10
- Grândola	26	2	- 24
- Melides	17	24	+ 7
- Santa Margarida da Serra	17	13	+ 4
ODEMIRA			
- Bicos	54	26	- 28
- Boavista dos Pinheiros	67	45	- 22
- Colos	59	12	- 47
- Longueira/ Almogrove	55	55	0
- Luzianes – Gare	93	31	- 62
- Santa Maria	100	55	- 45
- São Salvador	65	38	- 7
- Pereiras	116	65	- 51
- Relíquias	68	15	- 53
- Sabóia	106	53	- 53
- Santa Clara a Velha	97	47	- 50
- São Luís	49	46	- 3
- S.Martinho das Amoreiras	72	19	- 53
- S. Teotónio	74	55	- 19
- Vale de Santiago	66	2	- 64
- Vila Nova de Milfontes	48	54	+ 6
- Zambujeira do Mar	75	65	- 10
SANTIAGO DO CACEMENTO			
- Abela	25	24	- 1
- Alvalade	43	42	- 1
- Cercal	37	41	+ 4
- Ermidas do Sado	38	38	0
- Santa Cruz	5	1	- 4
- Santiago do Cacem	0	0	0
- Santo André	9	22	+ 13
- S. Bartolomeu da Serra	18	16	- 2
- S. Domingos			
- S. Francisco da Serra	30	16	- 14
- Vale de Água	13	23	+ 10
	36	34	- 2
SINES			
- Porto Covo	28	24	- 4
- Sines	19	0	- 19

Fonte: <http://www.viamichelin.pt/web/Itinerarios> consultado em 2 de Maio de 2012

A acessibilidade ao HLA em termos de tempo de viagem em veículo próprio foram analisadas para todas as freguesias da área de influência do hospital, tendo sido determinadas 3 grandes zonas:

- Zona 1: Acesso ao hospital em menos de 30 minutos
- Zona 2: Acesso ao hospital entre 30 e 60 minutos
- Zona 3: Acesso ao hospital a mais de 60 minutos

Figura nº4. – Distância por Zonas ao HLA



Tal como resulta da análise apresentada na figura anterior (Fig. nº4), a zona 1 abrange uma população de 43.9876 habitantes, a zona 2 de 40.862 e a zona 3 de 13.046 (INE, 2011).

Relativamente à acessibilidade dos utentes do Litoral Alentejano ao HLA verifica-se que:

- Cerca de 48% da população do Litoral alentejano se encontra a menos de 30 minutos do HLA, 33% entre 30 e 60 minutos e os restantes 19% a mais de 1 hora (tempo de acesso calculado assumindo a utilização de veículo próprio automóvel);
- Os utentes do concelho de Odemira têm tempos de acesso ao HLA quase sempre superiores a 60 minutos, sendo o concelho que se encontra em pior situação em termos de acessos;
- O acesso ao HLA de cada uma das freguesias da área de influência do hospital apresenta grandes variações, existindo tempos de acesso em veículo próprio

que oscilam desde os 5 minutos (caso da freguesia de Santa Cruz no Concelho de Santiago do Cacem) e os 116 minutos (caso da freguesia de Pereiras Gare no concelho de Odemira).

É importante salientar que um número significativo de utentes não tem acesso ao HLA em transporte próprio pelo que as suas deslocações têm que ser efetuadas através da utilização de transporte público. A utilização deste tipo de transporte sofre de constrangimentos significativos uma vez que a sua existência, tal como se verifica em toda a região Alentejo, é muito reduzida (em alguns casos mesmo inexistente). Este facto agrava-se quando diz respeito a deslocações fora das sedes de concelho onde se verifica uma reduzida capilaridade da rede, a desadequação dos horários de transporte face às necessidades associadas aos serviços de saúde e, sobretudo quando falamos de utentes que incapacidades/ limitações da sua independência funcional.

2.7. MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO – MFR

2.7.1. MFR - Definição e Prática Profissional

A MFR é uma área de especialização médica com o objetivo de contribuir, juntamente com outros profissionais, para a reabilitação/recuperação do indivíduo afetado funcionalmente por uma doença ou traumatismo. É no âmbito desta especialidade médica que são prestados, entre outros, cuidados de fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional. Embora não exista a nível nacional nenhum registo centralizado de informação relativa aos utentes que procuram esta especialidade médica, é do conhecimento geral que a esta especialidade recorrem habitualmente utentes com necessidades de tratamento/ prevenção por doenças crónicas/agudas ou por alterações físicas por lesões agudas que podem ser provenientes dos diversos sistemas do organismo e que se traduzem em incapacidades físicas e em restrições da sua funcionalidade e participação social.

De acordo com o Manual de Boas Práticas de Medicina Física e de Reabilitação citado por ERS (2008), os serviços de MFR deverão integrar três categorias de profissionais de saúde, Médicos Fisiatras, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica – TDT – que são especificamente os Fisioterapeutas, os Terapeutas da Fala, os Terapeutas

Ocupacionais e Ortoprotésicos, e outros técnicos de saúde como é o caso dos Auxiliares de Fisioterapia e de Ação Médica, Enfermeiros, etc.

A ERS (2008) identificou em 2008 a existência de 617 serviços de MFR a nível Nacional de natureza pública e privada. Embora sejam predominantemente privados, o sector público emprega 24,3% dos profissionais dos quais cerca de 45% são Fisioterapeutas e 29% Médicos Fisiatras. De acordo com a mesma fonte, a grande maioria dos serviços de MFR emprega 1 a 2 médicos e entre 1 e 4 fisioterapeutas.

2.7.2. Acessibilidade à Rede de MFR

A avaliação da acessibilidade aos serviços de MFR consiste na estimação da população que dispõe de serviços de MFR suficientemente próximos da sua residência.

De acordo com ERS (2008), cerca de 85% dos utentes efetuam deslocações inferiores a 30 minutos e a acessibilidade dos utentes a serviços de MFR em Portugal continental é de 94%. As regiões do Sul e Interior do país são referidas neste estudo como aquelas em que a percentagem de população não abrangida pelas áreas de alcance de 30 minutos é maior (6%), considerando por isso como as regiões de acessibilidade menor.

Em Portugal continental existem cerca de 6 serviços de MFR por cada 100.000 habitantes. Importa no entanto referir que em 2008 Odemira, Sertã e Ponte de Sôr estavam completamente desprovidos destes serviços.

As desigualdades regionais são uma vertente comum em muitas das vertentes da realidade socioeconómica do país e no que diz respeito aos cuidados de MFR não é exceção. Excluindo o concelho de Odemira, que em 2008 não tinha nenhum profissional desta área, todo o restante Alentejo Litoral dispunha de 2,52 profissionais por 10.000 habitantes enquanto que, por exemplo, o Porto era detentor de cerca de 6,30 profissionais por 10.000 habitantes (ERS, 2008). A densidade de serviços parece ser maior onde a densidade populacional é superior. Não haverá por isso um ajustamento perfeito da oferta às necessidades da população, já que em zonas onde a densidade populacional é menor, é que a diversidade é menor, agravando ainda mais a necessidade de percorrer grandes distâncias.

2.7.3. Fisioterapia - Definição e Prática Profissional

Os Fisioterapeutas encontram-se atualmente enquadrados na carreira de técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) legislada pelo Decreto-Lei nº564/99 de 21 de Dezembro, no pressuposto legal de corpo especial do Ministério da Saúde que define o fisioterapeuta como o profissional que se “ (...) centra na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, da incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objetivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida”. De acordo com a *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT) o fisioterapeuta, no desempenho da sua atividade profissional, presta serviços a pessoas e populações com o fim de desenvolver, manter e restaurar o movimento e a capacidade funcional, maximizando sempre o seu potencial, através de todo o ciclo de vida. A fisioterapia inclui a prestação de serviços em circunstâncias em que o movimento e a função estão ameaçados pelo processo de envelhecimento, por lesão ou doença.

A fisioterapia é nos dias de hoje parte integrante e essencial nos sistemas de saúde. Estes profissionais podem atuar, desde que exista indicação clínica, de forma individual ou em contexto de programas e projetos interdisciplinares de habilitação/reabilitação, e guiam a sua prática por códigos e princípios éticos próprios, mais propriamente pelos padrões de prática de Fisioterapia preconizados pela WCPT e elaborados pela Associação Portuguesa de Fisioterapia (APF) e que estão ligados com os seguintes propósitos:

- Promoção da saúde e bem-estar dos indivíduos e público em geral;
- Prevenção de diminuições, limitações funcionais e incapacidades devidas a fatores relacionados com a saúde, socioeconómicos ou de estilo de vida.

- Intervenção com a finalidade de restaurar a integridade dos sistemas corporais essenciais ao movimento, maximizando a função e recuperação, minimizando a incapacidade, e dando ênfase à qualidade de vida em indivíduos ou grupos de indivíduos com alterações da sua mobilidade que resultam em diminuições, limitações funcionais e incapacidades.

De acordo com estes propósitos a prática da fisioterapia pode ser desenvolvida numa grande variedade de locais. No que diz respeito ao tratamento e reabilitação, a fisioterapia ocorre usualmente em instituições preparadas para tal, nomeadamente, hospitais, centros de reabilitação, clínicas/ gabinetes privados, centros de saúde, domicílio, etc. Relativamente à prevenção e promoção, a prática ocorre mais frequentemente nos centros ou serviços de Saúde Ocupacional, Centros de Saúde em parceria com escolas, centros de dia para idosos, etc.

2.7.4. Rede de MFR e Fisioterapia – Sub-Região do Alentejo Litoral

Tal como acontece nas restantes sub-regiões, a oferta de cuidados destas duas especialidades subdivide-se em dois sectores: privado e público. Especificamente no litoral alentejano não se pode destacar nenhum destes sectores de atividade. A prática privada desenvolve-se através da atividade independente destes profissionais a nível particular, em piscinas municipais e em clínicas privadas a sua grande maioria não convencionada com o SNS.

Quadro nº4.- Rede de Prestadores Privados no Alentejo Litoral

Concelho	Entidade Privada de Saúde Prestadora de MFR
Alcácer do Sal	SadoClínica, Ld. ^a
Santiago do Cacém	Centro Clínico de Santiago do Cacém MEFISA – Centro de Fisioterapia
Grândola	Fisiogrândola – Clínica de Medicina Física e de Reabilitação, Ld. ^a
Sines	Policlínica de S. Jorge
Odemira	Clirefis – Clínica de medicina Física e de Reabilitação, Ld. ^a

Fonte: Elaboração Própria

Relativamente ao sector público, a prática é desenvolvida em diversas organizações de saúde do SNS, nomeadamente, no HLA EPE e no ACES AL.

O HLA dispõe nas suas instalações de um Serviço de MFR, no qual desenvolvem atividade uma médica Fisiatra (diretora do serviço), 10 fisioterapeutas, uma terapeuta ocupacional, uma terapeuta da fala, duas assistentes operacionais e duas assistentes administrativas. Os fisioterapeutas desenvolvem a sua atividade a tempo inteiro nos diversos serviços do hospital, nomeadamente, instalações do serviço de MFR, Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios, Serviços de Medicina/ Ortopedia/ Cirurgia e Unidade de Convalescença procurando dar resposta às solicitações clínicas existentes quer em regime de internamento quer em regime de ambulatório. O atendimento pode ser realizado em grupo ou individualmente consoante a condição clínica e os objetivos de intervenção. A médica Fisiatra iniciou a sua atividade neste serviço em 2010, que atualmente é desenvolvida a tempo parcial, e incide sobretudo no atendimento de utentes em ambulatório. As áreas de intervenção são diversas mas incidem maioritariamente no tratamento e reabilitação de utentes pós-cirúrgicos do foro ortopédico, utentes com diversas patologias agudas do foro músculo-esquelético, utentes com AVC, utentes com outras lesões neurológicas, utentes com lesões crónicas degenerativas, utentes com amputações, utentes com patologias respiratórias e utentes pediátricos com diversas patologias. A referenciação é feita para os utentes em ambulatório através de consulta de Fisioterapia do serviço de MFR e para os utentes em internamento através de pedido em impresso próprio do médico assistente.

O ACES AL dispõe de dois fisioterapeutas que asseguram a prática de fisioterapia a tempo inteiro no centro de saúde de Odemira e a tempo parcial nos centros de Saúde de Alcácer do Sal (3 vezes por semana) e de Grândola (2 vezes por semana). As áreas de intervenção são diversas mas incidem sobretudo na promoção/ prevenção/ manutenção através de projetos de educação escolar/ educação postural e de projetos multidisciplinares de preparação pré parto e recuperação pós parto realizados nas instalações do centro de saúde e escolas. Em menor dimensão a atividade desenvolvida é a de tratamento e reabilitação de utentes que neste caso pode ser desenvolvida no domicílio do utente ou nas instalações do centro de saúde. A referenciação para a fisioterapia é feita através de pedidos médicos de diversas especialidades, incluindo do médico de família, e de outros profissionais.

3. METODOLOGIA

Neste capítulo procuram-se clarificar os aspetos de natureza metodológica que orientaram este trabalho de investigação. Iniciamos com a contextualização do estudo, procedendo à justificação e finalidade do estudo. Ao longo deste capítulo procuraremos ainda descrever e fundamentar as opções metodológicas tomadas ao longo do percurso de investigação tendo em conta a definição da problemática.

3.1. CONCEÇÃO DO MODELO DE INVESTIGAÇÃO

O sector da saúde está em grande mudança não apenas a nível administrativo mas também na forma como são organizadas e financiadas as organizações de saúde. O seu dinamismo tem vindo a ser reconhecido como essencial, tanto para a mobilização da sociedade civil, como para a implementação de políticas públicas. Existem vantagens claras em encarar a gestão destas organizações de uma forma mais global. Os princípios base de gestão no sector público diferem completamente das organizações privadas da saúde cuja obtenção de lucros é o seu móbil. Atendendo à natureza específica da organização, da sua missão e seus propósitos a gestão é diferente.

As intervenções estratégicas delineadas, no sector público da saúde, deverão contribuir inequivocamente para a obtenção de ganhos em saúde com qualidade, mensuráveis e centrados no utente. O sector da saúde em Portugal tem atualmente a preocupação em definir planeamentos estratégicos baseados no conhecimento das necessidades de saúde da população, na definição de indicadores, estabelecer metas quantificáveis e medir os resultados. Um dos seus objetivos estratégicos passa pela definição de políticas de saúde, de acordo com avaliações da envolvente externa, que se traduzem nos Planos Nacionais de Saúde, que procuram promover o desenvolvimento de projetos inovadores, e atingir o seu objetivo final que visa a sustentabilidade política, técnica e financeira do serviço nacional de saúde.

As análises quantitativas e qualitativas definem-se neste contexto como imprescindíveis à tomada de decisões estratégicas por parte das organizações de saúde.

3.2. QUESTÃO ORIENTADORA DA DISSERTAÇÃO

A prestação de cuidados de saúde com qualidade à população que deles necessita é uma preocupação cada vez mais atual e que tem vindo a adquirir cada vez maior relevância nas organizações prestadoras destes cuidados. A qualidade, em particular na sua dimensão de acessibilidade a cuidados de saúde, é frequentemente assimétrica em determinadas regiões de Portugal. Apesar de nesta temática se destacar a classe médica, também nos técnicos de diagnóstico e terapêutica (TDT) se verifica uma elevada concentração nos centros urbanos em detrimento das restantes regiões. Integrada nos serviços de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) a fisioterapia surge como a área das Carreiras de TDT que visa tratar e/ou atenuar as incapacidades causadas por doenças agudas e/ou crónicas decorrentes. A intervenção da fisioterapia, assim como a acessibilidade aos cuidados de saúde prestados pelos profissionais desta área, assume especial relevância em sub-regiões como o Alentejo Litoral, onde, se associam ao elevado envelhecimento da população, assimetria nos ratios população/fisioterapeutas/ entidades prestadoras destes serviços, baixos rendimentos, redes de transportes deficitárias/ inexistentes em determinadas zonas, grande dispersão geográfica e isolamento social. Com vista à obtenção de ganhos em saúde, numa perspetiva de melhoria da qualidade e equidade do acesso, as organizações de saúde do SNS do Alentejo Litoral tendem a facilitar o acesso aos cuidados de fisioterapia através da utilização do transporte partilhado de utentes conforme previsto no despacho n.º 7861/2011 de 31 de Maio de 2011. Contudo, estas medidas conduzem inevitavelmente a um aumento dos encargos para as organizações de saúde e conseqüentemente para o SNS sobretudo devida às características da prestação de cuidados de fisioterapia, ou seja, estes cuidados dirigem-se a utentes com elevadas incapacidades físicas e implicam diversas deslocações. Tendo em conta a identificação desta problemática e face a uma inquietação e preocupação na procura de respostas que e soluções surgiu a questão orientadora deste trabalho de investigação.

Para Fortin (1999), qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada problemática, isto é, causadora de um mal-estar, irritação inquietação e que por consequência exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado. A mesma autora define três fases comportadas pelo processo de investigação, nomeadamente, as fases conceptual, metodológica e empírica. Na primeira fase, ou conceptual, procede-se á revisão de literatura, formulação de um problema de

investigação, definição de objetivos e de hipóteses de investigação. Na segunda fase, ou metodológica, ocorre a definição de todo o desenho de investigação, do tipo de estudo, da população em estudo, amostra, técnica de amostragem, métodos e técnicas de recolha de dados. Na terceira fase ou empírica deverá proceder-se á recolha dos dados, posterior análise dos dados, interpretação e discussão dos resultados e por fim publicação dos mesmos.

A questão de investigação revela-se como: “uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações” (Fortin, 1999). As perguntas de investigação orientam o desenho do estudo, conduzindo a procura de respostas Considerando a problemática e a finalidade do estudo, elaborámos a seguinte questão de investigação, que norteou o desenvolvimento do estudo:

“Será que a descentralização da prestação dos cuidados de fisioterapia do Serviço Nacional Saúde no Alentejo Litoral se apresenta com uma relação Custo-Benefício mais vantajosa do que o modelo organizativo atual?”

3.3. TIPO DE ESTUDO

Segundo Fortin, (1999), “a escolha do tipo de estudo precisa-se no decurso da formulação do problema, quando a questão de investigação se tornou definitiva”, ou seja, a questão de investigação dita o método apropriado ao estudo do fenómeno. Para a sua concretização optou-se por um estudo transversal, descritivo de carácter exploratório do tipo estudo de caso. Pensamos que, ao descrever e explorar o fenómeno em estudo, podemos contribuir para um melhor conhecimento da problemática em questão. Como refere Polit & Hungler (1995), a pesquisa exploratória visa mais do que a observação e a descrição do fenómeno: “a pesquisa exploratória visa explorar as dimensões desse fenómeno, a maneira pela qual ele se manifesta e os fatores com os quais ele se relaciona”.

O estudo de caso trata-se de uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores. De acordo com Guba & Lincoln (1994) o objetivo do estudo de caso é o de relatar os factos como sucedem, descrever situações ou factos, proporcionar um aumento do conhecimento acerca do fenómeno em estudo e comprovar ou contrastar

efeitos e relações presentes no caso. Este trabalho de investigação em particular debruça-se deliberadamente sobre o caso específico da prestação de cuidados de fisioterapia na sub-região do Alentejo Litoral que se apresenta como única nomeadamente no que diz respeito às suas características sociodemográficas, à rede de prestadores de cuidados de saúde existente/ acessibilidade a estes, e necessidades de saúde da sua população. Com este estudo pretende-se, entre outros, descrever a forma como os utentes tem acesso aos cuidados de fisioterapia dentro das organizações do SNS, as suas motivações, necessidades e encargos.

O estudo decorrerá em ambiente natural sem a interferência do investigador e a recolha de dados será feita através da utilização de diversos instrumentos, nomeadamente, inquéritos por questionários, entrevistas e análise documental.

3.4. OBJETIVOS DO ESTUDO

3.4.1. OBJETIVO GERAL

De acordo com Fortin (1999), o objetivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão, indicando o que o investigador tem intenção de fazer no percurso da investigação.

Assim, e no contexto específico deste estudo, o principal objetivo deste trabalho de investigação, relativamente à metodologia utilizada é avaliar a relação Custo-Benefício de uma lógica de organização dos fisioterapeutas que vise a descentralização da prestação dos cuidados dentro das organizações do SNS no Alentejo Litoral.

3.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

De forma a responder à sua questão orientadora e atingir o objetivo geral foram definidos os seguintes objetivos específicos para este trabalho de investigação:

OE1. Caracterizar as necessidades de fisioterapia e a acessibilidade a estes cuidados dos utentes do Alentejo Litoral;

OE2. Fazer um levantamento dos principais prestadores e prescritores de cuidados de fisioterapia dentro das organizações do Serviço Nacional de Saúde do Alentejo Litoral;

OE3. Inventariar os encargos financeiros atuais com a prestação dos cuidados de fisioterapia para os utentes e para as organizações do Serviço Nacional de Saúde do Alentejo Litoral;

OE4. Realizar uma Análise dos Custos-Benefícios esperados da atividade descentralizada dos fisioterapeutas tendo como base duas opções possíveis: Opção A – HLA e ACES AL como organizações independentes (situação atual), Cenário B – HLA e ACES AL como organizações independentes a trabalhar em parceria.

Desta forma, com base nos objetivos definidos neste trabalho, concebeu-se o seguinte modelo global de investigação constituído por duas grandes componentes:

- A componente **Contexto**, realizada através da caracterização da região e sub-região sob investigação, nomeadamente através da caracterização socioeconómica da sua população, caracterização geográfica, identificação da rede de prestadores de cuidados de fisioterapia do Serviço Nacional de Saúde, caracterização das necessidades de fisioterapia dos seus utentes, da acessibilidade a estes cuidados e os encargos resultantes da sua prestação para as organizações do SNS. Esta componente procura dar resposta aos objetivos específicos OE1, OE2 e OE3 e baseia-se na análise documental de indicadores socioeconómicos e financeiros, e através de inquéritos por questionário realizados aos utentes, conjugada com a revisão bibliográfica

- A componente **Processo de Mudança**, realizada através da definição de um projeto de mudança organizativo exequível baseado numa perspetiva organizativa de descentralização da prestação destes cuidados, mediante dois cenários possíveis, facilitadora do desenvolvimento de sinergias e de um trabalho em parceria entre os cuidados de saúde hospitalares e primários. Procura dar resposta ao objetivo específico OE4 e assenta na análise dos Custos-Benefícios esperados, pretende responder a este objetivo através da análise comparativa entre o projeto de descentralização apresentado, tendo em conta dois cenários possíveis, e os encargos atuais/ satisfação com a prestação destes cuidados.

3.5. Técnicas de Recolha de Informação

3.5.1. Inquérito por Questionário

Face ao tipo de estudo, objetivos, e, por ser o método mais rápido, económico e acessível, para o presente estudo adotou-se como principal técnica de recolha de dados o inquérito por questionário. A opção por este instrumento teve como principal objetivo responder aos objetivos específicos OE1 e OE2.

O inquérito consistiu na aplicação de um questionário desenvolvido com apoio e participação direta do investigador e orientadores, e teve por base uma pesquisa bibliográfica intensa sobre as características de saúde e acessibilidade da sub-região em estudo e sobre a metodologia de avaliação económica Análise Custo-Benefício. Depois de construído, este foi devidamente validado na sua forma e conteúdo. A primeira fase de validação, validação interna ou de conteúdo (1º pré-teste), decorreu nos meses de Fevereiro e Março de 2012 e contou com a colaboração de três *experts* em Análise Custo-Benefício, Economia e Economia da Saúde, respetivamente, do Prof. Doutor António Bento Caleiro da Universidade de Évora, do Prof. Doutor Pedro Damião Henriques da Universidade de Évora e do Prof. Doutor Julian Perelman da Escola Nacional de Saúde Pública. Após terem sido avaliadas todas as sugestões apresentadas pelos profissionais anteriormente referidos, procedeu-se a algumas alterações no instrumento. Posteriormente, para testar a inteligibilidade, a aplicabilidade e a fidedignidade do instrumento, entre os dias 16 e 20 de Abril de 2012 procedeu-se à segunda fase de validação, validação externa (2º pré-teste) para testar a inteligibilidade, a aplicabilidade e a fidedignidade do instrumento este foi aplicado a 7 utentes (cerca de 10% da amostra) que tivessem a realizar tratamentos de fisioterapia em regime ambulatorio. Posteriormente, 5 dias após terem preenchido o questionário, foi realizada uma entrevista direta aos mesmos utentes, utilizando como matriz o questionário aplicado e procedeu-se ao confronto entre as respostas dadas inicialmente e as dadas em entrevista. Do questionário proposto apenas as questões do grupo C (caracterização do acesso aos cuidados de Fisioterapia) revelaram alguns problemas na sua resposta, nomeadamente, as questões relacionadas com estimativas de custos para os utentes dependentes de outros para a deslocação, com a disposição para pagar para a fazer os tratamentos mais perto da sua residência e quantificação desse valor, e em questões relacionadas com os seus rendimentos. Com base nos resultados dos pré-testes

efetuados, o instrumento foi revisto tendo-se procurado clarificar algumas das questões e termos utilizados mantendo a sua estrutura inicial. Foi então elaborada a sua versão final que posteriormente procedeu-se à aplicação do instrumento devidamente aprovada pelos Prof. Doutor (s) António Bento Caleiro, Joaquim Fialho e Julian Perelman.

O instrumento utilizado (APÊNDICE I) foi um questionário de autorresposta que poderia ser preenchido pelo próprio ou por um cuidador, com cerca de 28 questões essencialmente de resposta fechada (de escolha dicotómica e múltipla) e algumas de resposta curta distribuídas por quatro grandes grupos seguindo uma lógica coerente (A – caracterização do Utente Inquirido, B – Caracterização da Necessidade de Fisioterapia, C – Caracterização do Acesso aos Cuidados de Fisioterapia, D – Apreciação Global). Procurou-se que este fosse adequado e inteligível para a população em estudo, com frases curtas, simples e não ambíguas, e com uma linguagem acessível independentemente do nível de escolaridade do respondente.

Embora fosse objetivo deste trabalho e no desenvolvimento do instrumento tivessem sido contempladas todas as organizações do SNS prestadoras de cuidados de fisioterapia na sub-região do Alentejo Litoral, o instrumento foi distribuído apenas no serviço de MFR do HLA por só dispormos de autorização desta organização para realização do estudo. A sua distribuição teve início no 1º dia do mês de Maio e fim quando obtivermos participação de pelo menos 10% da população em estudo, e foi feita pelos fisioterapeutas do serviço a prestarem cuidados a utentes em regime ambulatorio e que se disponibilizaram para participar no estudo. A estes foi feita uma breve explicação do questionário e seus objetivos. Os questionários foram entregues a todos os utentes que estavam a realizar tratamentos de fisioterapia em regime de ambulatorio e que demonstrassem interesse em participar no estudo mediante a assinatura de um consentimento informado (APÊNDICE II). No fim do seu preenchimento este foi novamente entregue à fisioterapeuta do utente.

3.5.2. Entrevista Exploratória

A entrevista adquire bastante importância em estudos do tipo estudo de caso, uma vez que é através desta técnica que o investigador percebe a forma como os sujeitos interpretam as suas vivências já que “ é utilizada para recolher dados descritivos

na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo” (Bogdan & Biklen, 1994). A entrevista neste trabalho assume elevada importância, uma vez que é através dela que se percebe a forma como os sujeitos entrevistados interpretam as suas vivências e o fenómeno a ser explorado. Esta é uma técnica não documental qualitativa de recolha de informação o que, pelas suas características, permite um ganho significativo no conhecimento do contexto em estudo e o desenvolvimento de uma forte componente exploratória importante para todo o processo de investigação. No caso deste estudo em particular foi realizada uma entrevista exploratória, realizada de forma aleatória a uma fisioterapeuta do ACES AL, que demonstrou interesse em participar no estudo, teve como principal função ajudar a construir a problemática e a revelar determinados aspetos do fenómeno em estudo, nomeadamente, permitiu ter um conhecimento mais aprofundado do modelo organizativo dos fisioterapeutas do Agrupamento, do tipo de utentes a que dão resposta e das áreas de intervenção. Neste caso optou-se pela utilização de uma entrevista semidirecta para que se pudesse potencializar simultaneamente a descoberta/ exploração da temática mantendo simultaneamente um papel ativo no controlo das variáveis e desta forma atingir os objetivos definidos. Os temas a abordar foram definidos anteriormente. A entrevista realizada obedeceu a uma estruturação aberta, através de um guião (APÊNDICE III), visando apenas o controlo da abordagem dos temas principais: Qual o modelo organizativo do ACES AL, que tipo de utentes recorre ao agrupamento, qual o tipo de intervenção e qual a opinião acerca de um trabalho em parceria.

As questões não obedeceram a nenhuma ordem específica tendo-se adaptado ao encadeamento com que os temas foram emergindo. Esta opção torna-se importante na medida em que permite uma fluência de raciocínio sem no entanto dispersar a informação recolhida.

A entrevista foi conduzida pelo investigador o que dá mais garantias sobre o processo de aplicação desta técnica e seus resultados. Durante o processo de entrevista foi garantido, pelo investigador, o total anonimato do entrevistado porque se pensa que desta forma a qualidade da informação recolhida melhora significativamente e melhora a relação de confiança com o investigador.

3.5.3. Análise Documental

Esta constou da análise de diversos documentos que se revelaram fundamentais para a construção da problemática e descrição exaustiva do caso, nomeadamente:

- Documentos de Informação Estatística como os Censos 2012 - INE,
- Documentos de Contabilidade Analítica,
- Documentos de informação estratégica como os Planos Nacionais e Regionais de Saúde,
- Documentos reguladores emitidos pelos Ministérios da Saúde e Segurança Social como Decretos-Lei e Portarias,
- Estudos oficiais publicados por entidades públicas Nacionais e Internacionais como a Entidade Reguladora da Saúde e Organização Mundial de Saúde.

3.6. POPULAÇÃO, AMOSTRA E MÉTODO DE AMOSTRAGEM

A população engloba todos os elementos., ou conjuntos de unidades, que se pretendem estudar e que poderiam ser observadas individualmente no estudo, partilhando características comuns, definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo, para o qual se pretendem fazer generalizações (Fortin, 1999).

Neste trabalho de investigação, a população em estudo corresponde a todos os utentes que estejam a realizar tratamentos de fisioterapia em regime de ambulatório nas organizações do SNS prestadoras destes cuidados, nomeadamente, ACES AL e HLA na sub-região do Litoral Alentejano. Contudo, dado que não foi concedida até ao momento de tratamento dos dados autorização por parte do ACES AL, para aplicação do questionário foi considerada para este estudo apenas a população correspondente a todos os utentes submetidos a tratamentos de fisioterapia em regime de ambulatório no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital do Litoral Alentejano no ano de 2012. Esta sub-região foi escolhida por conveniência para o investigador, em função da acessibilidade e da disponibilidade demonstrada pelos profissionais. Esta é uma sub-

região onde pelas suas características sociodemográficas (baixa densidade populacional, grande extensão geográfica, população com baixos rendimentos e rede de transportes deficitária/ inexistente e não adaptada a pessoas com limitações físicas) este tipo de estudo assume particular relevância. Para a presente investigação optou-se por uma amostra aleatória simples. O acesso aos inquiridos foi feito por intermédio dos fisioterapeutas que prestam cuidados de fisioterapia no HLA em regime de ambulatório e que se disponibilizaram para a aplicação do instrumento de recolha de dados (questionário).

De acordo com Fortin (1999), a dimensão da amostra é uma questão importante para a qual não existe nenhuma fórmula simples de determinação, e na qual devem ser considerados diversos fatores, nomeadamente, o objetivo do estudo e a homogeneidade relativa á população em estudo. Segundo a mesma autora deve procurar ter uma amostra com uma dimensão que possibilite a deteção de diferenças estatísticas, sendo que, geralmente, grandes amostras conduzem a melhores aproximações às características e parâmetros da população.

A recolha dos dados foi realizada diariamente de forma sistemática a todos os utentes até se atingir cerca de 10% de inquiridos, tendo como referência a população do ano de 2011. A amostra foi caracterizada através dos seguintes indicadores por concelho de residência:

- Dados individuais: faixa etária (Grupo 1: dos 0 aos 18 anos; Grupo 2: dos 19 aos 35; Grupo 3: dos 36 até 64; e Grupo 4: a partir dos 65), género, habilitações académicas e rendimento médio mensal;
- Necessidade de fisioterapia, recomendação e meio de transporte utilizado para deslocações.

3.6.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Utentes que estejam a realizar tratamentos de fisioterapia em regime de ambulatório nas instalações do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do HLA;
- Utentes que demonstrassem disponibilidade para participarem no estudo (pois apenas desta forma poderíamos garantir o seu empenho).

3.7. PROCEDIMENTOS

Após se ter verificado a sua relevância e significância, e, após ter sido delineado o tipo de estudo a ser realizado, os seus objetivos, a amostra e os métodos de recolha de informação a serem utilizados procedeu-se à construção do instrumento. Simultaneamente, em Setembro/ Outubro de 2011 foram feitos os primeiros contactos com as organizações onde teria interesse a realização do estudo, nomeadamente, ACES AL e HLA para autorização da sua realização. Em Outubro de 2011 foi concedida oficialmente autorização para realização do estudo no HLA (APÊNDICE IV). O primeiro pré-teste ao instrumento foi realizado entre Fevereiro e Março e entre os dias 16 e 20 de Abril de 2012 foi realizado o segundo pré-teste tendo sido posteriormente realizadas as alterações consideradas necessárias. No início do mês de Maio foi realizada uma reunião informal com os elementos da equipa de fisioterapeutas que se disponibilizaram para colaborar no estudo na qual foi feita uma explicação sumária do estudo, objetivos, procedimentos e instrumento, esclarecer possíveis dúvidas e reforçar os critérios de inclusão. Procedeu-se de imediato à entrega e recolha do instrumento a todos os utentes que preenchiam os critérios de inclusão. Foram distribuídos 80 questionários e recolhidos 63, 78,8% dos questionários entregues e 9% da população em estudo.

Deu-se início ao tratamento de dados assim que foram recolhidos os questionários com recurso aos programas de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20 e Excel.

3.8. METODOLOGIA ANÁLISE CUSTO- BENEFÍCIO

Embora o estudo tivesse sido inicialmente desenhado para analisar os dados relativos aos custos e benefícios das organizações do SNS – HLA e ACES AL e dos utentes que usufruem dos cuidados de fisioterapia, mesmo após terem sido feitas várias diligências, não nos foi possível aceder aos dados relativos à prestação destes cuidados no ACES AL, sendo portanto apenas considerados os dados estatísticos e de custos do HLA e utentes do HLA.

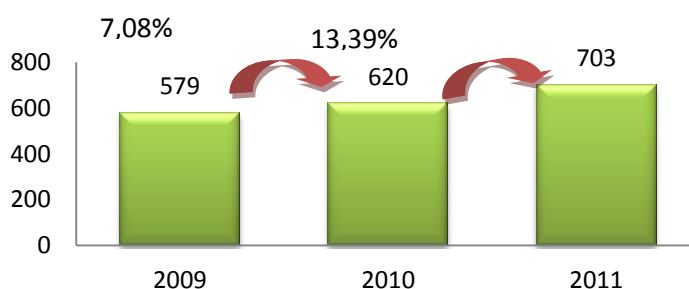
Face ao objetivo da análise custo-benefício seria necessário utilizar dados relativos às fases anterior e posterior à aplicação do projeto de descentralização dos fisioterapeutas, contudo, esta análise diz respeito à análise dos custos e dos benefícios potenciais de um projeto de parceria/ reestruturação, entre as organizações do SNS prestadoras destes cuidados, que ainda não foi implementado. Por este motivo, este estudo irá assentar essencialmente na análise dos custos e dos benefícios esperados a dois níveis, HLA e Utes, comparados posteriormente com os custos e benefícios potenciais alternativos no cenário de hipotética implementação do projeto. Os dados para o hipotético cenário de 2012 serão calculados de acordo com a análise retrospectiva dos anos de 2009, 2010 e 2011. Este intervalo de anos para recolha dos dados deve-se ao facto de desde 2010 terem existido significativas alterações legislativas no âmbito da saúde, nomeadamente, alterações relativas às regras de acesso ao transporte partilhado de utentes, sendo por isso necessário ter pelo menos um ano de referência onde imperava essencialmente o critério clínico para acesso a este tipo de transporte. No caso de não se verificarem diferenças significativas entre estes 3 anos serão utilizados apenas os dados do ano transato de 2011.

ANÁLISE RETROSPETIVA DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE MFR E FISIOTERAPIA NO HLA – 2009/ 2010 E 2011

O serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital do Litoral Alentejano tem sofrido algumas alterações nos últimos 3 anos, nomeadamente, no que diz respeito aos recursos humanos com reflexo no número de utentes tratados e nos tratamentos realizados. O aumento da oferta está provavelmente na base do aumento do

número de utentes a realizar tratamentos em ambulatório neste serviço que passaram de 579 para 703 (Gráfico nº1). Apesar de ter ingressado no serviço mais um fisioterapeuta em 2011 a sua entrada não influenciou os dados uma vez que este ingressou diretamente na Unidade de Convalescença não tendo a sua prestação reflexo no tratamento de utentes em ambulatório.

Gráfico nº1 – Evolução do número de utentes externos a realizar tratamentos de Fisioterapia no HLA nos últimos 3 anos

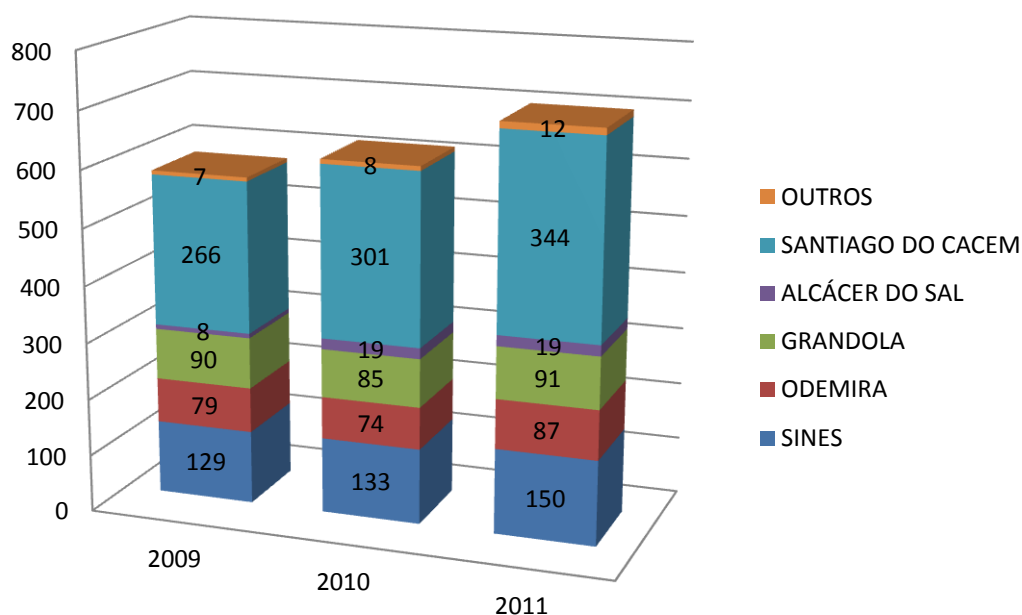


Fonte: Dados do SONHO

De 2009 para 2010 verificou-se um aumento de 7,081% do número de utentes e de 2010 para 2011 de 13,387%. Este facto poderá ser explicado pelo facto de que em 2010 integraram o Serviço duas profissionais uma Médica Fisiatra e uma Terapeuta Ocupacional. Em 2011 integrou o serviço outro fisioterapeuta contudo, não se espera que a sua entrada influencie os dados esperados de 2012 uma vez que este ingressou diretamente na Unidade de Convalescença não tendo a sua prestação reflexo no tratamento de utentes em ambulatório.

A este serviço recorrem utentes de toda a sub-região do Alentejo Litoral com maior expressão dos utentes do Concelho de Santiago do Cacem, seguidos dos Concelhos de Sines, Grândola e Odemira. O concelho de Alcácer do Sal é o que está representado de forma menos expressiva. (Gráfico nº2)

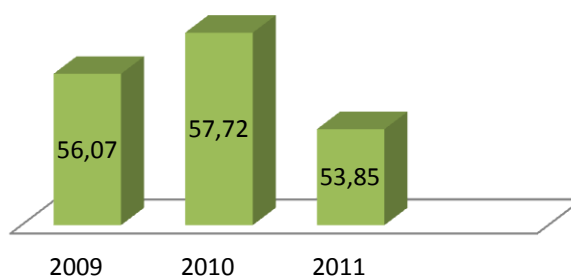
Gráfico n°2 – Evolução e Distribuição do número total de utentes por concelho



Fonte: Dados do SONHO

Relativamente à média de idades dos utentes que recorrem ao tipo de tratamentos oferecidos pelo serviço de MFR, verificou-se não existir diferenças significativas ao longo dos 3 anos em análise sendo que a média oscilou entre os 57,72 anos em 2010 e os 53,85 anos em 2011 (Gráfico n°3).

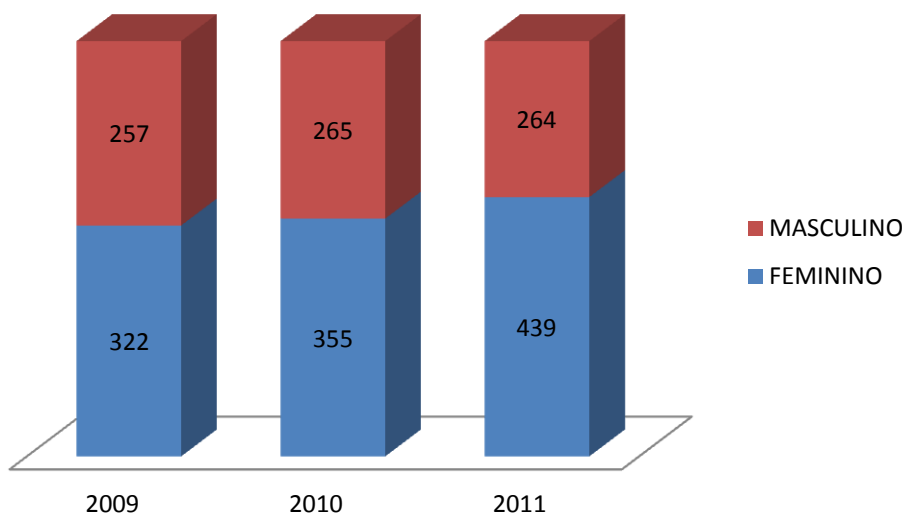
Gráfico n°3 – Média de Idades por Ano



Fonte: Dados do SONHO

No que diz respeito à distribuição dos utentes por sexo por ano tal como se pode verificar no quadro existiu nos três anos em análise uma predominância de utentes do sexo feminino relativamente ao masculino mas os seus valores apresentaram pequenas variações da de elementos de cada grupo ao longo dos três anos (Gráfico nº4).

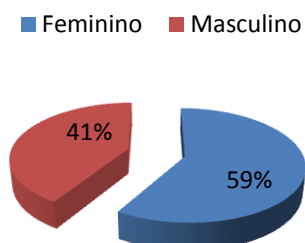
Gráfico nº4 – Distribuição anual por Género



Fonte: Dados do SONHO

Tendo em conta os três anos em análise verificou-se que do número total de utentes que receberam cuidados do serviço de MFR do HLA 59% foram utentes do sexo feminino e 41% do sexo masculino (Gráfico nº5)

Gráfico nº5 – Percentagem média de utentes por género nos últimos 3 anos



Fonte: Dados do SONHO

AVALIAÇÃO DOS CUSTOS

A avaliação dos custos neste trabalho baseou-se na pesquisa prévia de custos:

- Diretos, nomeadamente, custos dos tratamentos, custos com consultas e taxas moderadoras;
- Não Diretos, nomeadamente, custos com Recursos Humanos, com Recursos Materiais e com transportes;
- Indiretos, nomeadamente, custo do tempo despendido.

Devido ao facto dos seus impactos serem bilaterais optou-se por se subdividir a avaliação dos custos em dois grandes grupos de interessados: os Utentes e a Organização prestadora dos cuidados que neste caso dirá respeito apenas ao HLA. Desta forma calculou-se para:

- A organização

Custo unitário do Tratamento - O valor unitário de cada procedimento, bem como o valor da taxa moderadora cobrada aos utentes não isentos, estão tabelados de forma discriminada publicada em diário da República, 1ª série – Nº 21 de 30 de Janeiro de 2009. Contudo, em cada sessão de tratamento de fisioterapia são executados um número não especificado de procedimentos que podem variar diariamente consoante Indicação Médica, Condição Clínica e Necessidades de cada utente em particular, tal como da sua condição de saúde e incapacidades dela resultante. Por este motivo o número total de sessões, o número de procedimentos e as técnicas de tratamento utilizadas em cada sessão para cada utente não é possível de determinar. Desta forma optou-se por considerar que o valor monetário de cada tratamento para a organização (custos por tratamento) seria igual à soma entre os Custos Totais com Recursos Humanos (*TCCustos Humanos*) e Custos Totais com Recursos Materiais (*TCCustos Materiais*) a dividir pelo número total de tratamentos realizados em ambulatório no Serviço de MFR do HLA.

Para o cálculo do total dos vencimentos anuais dos técnicos de diagnóstico e terapêutica do serviço foram contemplados e somados os encargos que a organização teve com os vencimentos base, com horas extraordinárias, subsídios de refeição, subsídios de férias e de Natal destes profissionais. Para o cálculo do total dos vencimentos anuais do pessoal Assistente foram calculados e somados os encargos que a organização teve com os vencimentos base, subsídios de refeição, subsídios de férias e de Natal do pessoal Assistente Técnico e Assistente Operário. Os dados utilizados correspondem aos dados da Contabilidade Analítica do Serviço de MFR fornecidos pelos Serviços Financeiros do HLA.

Custo unitário por Deslocação dos Profissionais - Os custos com as deslocações dos fisioterapeutas irão variar de acordo com o local para onde este se desloca. Tendo em conta que o cenário que se pretende avaliar é o de descentralização da atividade de fisioterapia para os centros de saúde, este irá variar consoante o centro de saúde para onde o fisioterapeuta de deslocará.

O número de quilómetros entre o HLA e os centros de Saúde serão calculados para cada centro de saúde com recurso ao *site Via Michelin*⁴ com utilização da opção caminho mais económico.

O valor da comparticipação utilizado será o valor por quilómetro (0,48 €) previsto na legislação em vigor⁵.

Custo médio das Deslocações por utente através da utilização do transporte partilhado de utentes não urgentes com recurso às corporações de bombeiros da região - Este valor será calculado com recurso aos dados fornecidos pelos Serviços Financeiros e de Gestão de Doentes do HLA com recurso ao valor dos subcontratos realizados com as corporações de bombeiros por concelho exclusivamente para o transporte de utentes para a realização de tratamentos de fisioterapia (independentemente da especialidade médica prescritora). Sendo que os dados disponíveis relativos ao ano de 2011 correspondem apenas aos dados de sete meses e apresentam um comportamento regular, os dados relativos ao ano foram extrapolados tendo em conta o comportamento dos sete meses.

⁴ <http://www.viamichelin.pt/web/Itinerarios>, consultado em 10 de Maio de 2012

⁵ Despacho n.º 6303/2010, *Diário da República*, 2.ª série — N.º 69 — 9 de Abril de 2010

- **Os Utentes:**

Os custos com os tratamentos para os utentes resultará da soma entre o valor médio das taxas moderadoras pagas para a realização de tratamentos de fisioterapia e o valor médio de vencimento por hora do utente a multiplicar pelo tempo despendido com os tratamentos, a dividir pelo número total de utentes.

O valor recebido de Taxas moderadoras por ano corresponde ao valor que o HLA refere ter recebido no ano transato de 2011. Temos como referência este ano porque não se esperam alterações organizativas e de Recursos Humanos no HLA no ano de 2012 comparativamente com 2011.

O valor de remuneração média mensal corresponde tal como o número total de horas despendidas para a realização de tratamentos (tempo desde que deixa a residência até que regressa após tratamento), correspondem à média dos valores referidos pelos elementos da amostra, no questionário aplicado, a dividir pelo total de utentes inquiridos.

AValiação dos Benefícios

Relativamente à análise dos benefícios, dado que o projeto não tem como intenção modificar ou intervir na prestação de cuidados de fisioterapia, tal como no tipo de tratamentos administrados, a utilização de parâmetros de saúde não monetários para aferir os benefícios, tais como anos-vida ajustados pela qualidade (QALY) ou anos-vida ajustados pela incapacidade (DALY) não foram ponderados uma vez que não se espera que estes sejam alterados nos cenários hipotéticos.

Desta forma a avaliação dos benefícios neste trabalho baseou-se na pesquisa prévia de Benefícios:

- Diretos, ou seja, nas poupanças potenciais por menor utilização de recursos ou custos evitados nomeadamente no que diz respeito ao custos com deslocações,

- Indiretos, ou seja, na avaliação da produtividade e das preferências declaradas, nomeadamente, através da “disposição a pagar” pela obtenção de um bem ou serviço.

A avaliação dos benefícios neste trabalho, tal como aconteceu na Avaliação dos Custos, irá subdividir-se em dois grandes grupos de interessados: os Utentes e a Organização prestadora dos cuidados que neste caso dirá respeito apenas ao HLA. Desta forma calculou-se para:

- **A organização**

Relativamente aos benefícios potenciais para a organização serão considerados:

Valor Poupado por Deslocação, este deverá ser calculado para cada concelho.

O número de quilómetros entre o HLA e os centros de Saúde serão calculados para cada centro de saúde com recurso ao *site Via Michelin*⁶ com utilização da opção caminho mais económico.

O valor da comparticipação utilizado será o valor por quilómetro (0,40 €) previsto na legislação em vigor³.

O valor pago por km às corporações de Transporte não Urgente de Doentes utilizado será o valor por quilómetro previsto na legislação em vigor⁷ (). Uma vez que estas corporações vão buscar os utentes às suas residências, sendo desta forma difícil obter um valor de quilómetros rigoroso, o número de quilómetros será calculado para o concelho³.

Valor de Taxas moderadoras por consulta de MFR (produtividade)⁸:

⁶ <http://www.viamichelin.pt/web/Itinerarios>, consultado em 10 de Maio de 2012

⁷ Despacho n.º 6303/2010, *Diário da República*, 2.ª série — N.º 69 — 9 de Abril de 2010

⁸ Tabela de MCDT convencionados em www.acss.pt, consultado em 10 de Maio de 2012

- **Os utentes:**

Valor Poupado por Deslocação, avaliado por Concelho

Relativamente ao indicador de qualidade de vida dos utentes, não existem dados disponíveis, contudo, dado que o projeto visa aproximar os prestadores dos utentes, foram considerados como um indicador tangível indireto de qualidade de vida o:

Tempo Poupado por deslocação, avaliado por Concelho,

A valorização monetária do tempo Poupado por Deslocação será feita tendo em conta o valor médio de rendimento mensal.

Alguns dos indicadores que também consideramos que seriam relevantes analisar neste ponto seriam a adesão aos tratamentos de fisioterapia, contudo, não se pode aferir que uma possível má adesão se deva à centralização da prestação destes cuidados. Para além dos benefícios anteriormente referidos serão analisados de forma muito geral outros benefícios intangíveis muito difíceis de serem passíveis de atribuição de um valor monetário como a satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde.

4. ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Seguindo o modelo inicialmente proposto, a análise estatística, que inclui a análise descritiva e inferencial dos dados, será apresentada de forma subdividida nas duas componentes identificadas anteriormente: Componente Contexto e Processo de Mudança.

Na componente **Contexto**, será realizada uma caracterização sociodemográfica da sua população através do tratamento de dados referentes à amostra em estudo, caracterização das necessidades de fisioterapia dos seus utentes, identificação dos elementos referenciadores de cuidados de fisioterapia, caracterização da acessibilidade a estes cuidados e os encargos resultantes da sua prestação para as organizações do SNS e para os utentes. Esta componente procura dar resposta aos objetivos específicos OE1 (Caracterizar as necessidades de fisioterapia e a acessibilidade a estes cuidados dos utentes), OE2 (fazer um levantamento dos principais prestadores e prescritores de cuidados de fisioterapia) e OE3 (inventariar os encargos financeiros atuais com a prestação dos cuidados de fisioterapia para os utentes e para as organizações) e baseia-se na análise documental de indicadores socioeconómicos e financeiros, e através de inquéritos por questionário realizados aos utentes, conjugada com a revisão bibliográfica.

A componente **Processo de Mudança**, realizada através da definição de um projeto de mudança organizativo exequível baseado numa perspetiva organizativa de descentralização da prestação destes cuidados, mediante dois cenários possíveis procura dar resposta ao objetivo específico OE4 (realizar uma Análise dos Custos-Benefícios esperados da atividade descentralizada dos fisioterapeutas) através de uma análise dos Custos e Benefícios do projeto de descentralização apresentado. Durante o processo de recolha de dados foram distribuídos 80 questionários e recolhidos 63, cerca 78,8% dos questionários entregues e 9% da população em estudo (703 indivíduos). Neste capítulo procurou-se então analisar e atribuir significado aos dados recolhidos. Para tal, deu-se início ao tratamento de dados recolhidos e procedeu-se à análise estatística com recurso aos programas de tratamento estatístico mais utilizados em Ciências Sociais o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20 e Excel.

4.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ELEMENTOS INQUIRIDOS

A caracterização Sociodemográfica dos indivíduos inquiridos baseia-se na recolha dos dados através de algumas questões presentes no questionário entregue e relativas às variáveis idade através da categorização em faixa etária, sexo, estado civil, concelho de residência, escolaridade, situação profissional e rendimento mensal. Foram ainda recolhidos dados que permitiram caracterizar os utentes em termos de nível de funcionalidade ou dependência funcional, condição patológica motivadora da realização de tratamentos, elemento referenciador da organização para a realização dos tratamentos e avaliação da perceção da importância dos tratamentos de fisioterapia para a sua recuperação.

A variável Sexo, qualitativa medida em escala nominal, é uma variável dicotómica tendo-se, por este motivo, apresentado no instrumento com duas opções possíveis: Masculino e Feminino. A informação descritiva relevante para as variáveis nominais refere-se às frequências simples e à (s) categoria (s) mais frequente (moda) caso existam diferentes frequências (Gageiro & Pestana, 2008). O sexo feminino foi o que obteve maior representatividade nos elementos da amostra. Perante 63 respostas válidas verificou-se uma predominância de elementos do sexo feminino (71,4%) e os restantes (28,6%) do masculino (Tabela nº1), aliás tal como verificado nos anos anteriores (Gráfico nº5).

Tabela nº1 - Tabela de Frequências – Distribuição da Variável Sexo

	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Sexo	Feminino	45	71,4
	Masculino	18	28,6
	Total	63	100,0

Fonte: Inquérito por questionário

Relativamente à variável Idade, variável quantitativa medida em escala de razão, verificou-se que os elementos da amostra apresentaram uma média de idades de 55,19 anos com um desvio padrão de 15,516 anos. O elemento mais novo inquirido tinha 15 anos e o mais velho 76 anos. A média de idades da amostra recolhida assemelha-se aos valores de média de idades da população em estudo nos últimos 3 anos (analisadas no capítulo anterior), sendo que estas oscilaram entre os 57,72 anos em 2010 e 53,85 anos em 2011.

De modo a conseguir-se uma maior representatividade da população em estudo procedeu-se a uma estratificação da amostra para esta variável através da transformação da variável idade (Variável quantitativa medida em escala de razão) em diferentes faixas etárias (Variável qualitativa medida em escala ordinal) sendo que dos 0 aos 18 anos se considerou o grupo 1 ou das “Crianças e Jovens”, dos 19 aos 35 anos o grupo 2 ou dos “Adultos-Jovens”, dos 36 aos 64 anos o grupo 3 ou dos “Adultos”; e a partir dos 65 anos de idade o grupo 4 ou dos “Idosos”. A informação descritiva relevante para as variáveis ordinais refere-se às frequências simples, às frequências acumuladas, à moda e às estatísticas de ordem (Gageiro & Pestana, 2008).

A faixa etária com maior representatividade na amostra (n=35) com 55,6% é a de Adultos, seguindo-se os Idosos com 33,3% (n=21), e por fim com menor representatividade as Crianças e jovens (n=3) com 4,8% e os Adultos-Jovens (n=4) com 6,3%. O grupo 3 ou “Adultos” correspondem à classe modal, sendo que 88,9% dos elementos inquiridos apresentam idades iguais ou superiores a 35 anos de idade (Tabela nº2).

Tabela nº2 - Tabela de Frequências – Distribuição da Variável Faixa Etária

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Faixa Etária	Crianças e Jovens	3	4,8
	Adultos-Jovens	4	6,3
	Adultos	35	55,6
	Idosos	21	33,3
	Total	63	100,0

Fonte: Inquérito por questionário

No que diz respeito à proveniência dos elementos da amostra o instrumento utilizado disponibilizou seis opções nas quais 1=Santiago do Cacém, 2= Odemira, 3= Alcácer do sal, 4= Sines, 5= Grândola e 6= Outro. Sendo as cinco primeiras opções correspondentes aos concelhos da sub-região em estudo e a última opção “Outros” colocada por se ter verificado na análise realizada aos anos anteriores (referida no capítulo anterior) que existem utentes de outros concelhos a realizar tratamentos nesta sub-região. Após análise da Tabela nº3 verificou-se que, à semelhança dos anos anteriores analisados no capítulo anterior, o concelho, variável qualitativa medida em escala nominal, com maior representatividade com 52,4% das respostas foi o concelho

de Santiago do Cacém, seguido dos concelhos de Sines e Grândola ambos com 15,9% e por fim os concelhos de Odemira com 9,5% e Alcácer do Sal com 4,8%.

Tabela nº3 - Tabela de Frequências – Distribuição da Variável Concelho de Residência

		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Concelho de Residência	Santiago do Cacém	33	52,4	52,4
	Odemira	6	9,5	61,9
	Alcácer do Sal	3	4,8	66,7
	Sines	10	15,9	82,5
	Grândola	10	15,9	98,4
	Outros	1	1,6	100,0
Total		63	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário

Ainda pela análise da mesma tabela identifica-se como grupo modal o de habitantes no concelho de Santiago do Cacém, no qual se localiza o principal prestador destes cuidados e onde foi aplicado o instrumento.

Relativamente às Habilitações Académicas, variável qualitativa medida em escala nominal, estas foram analisadas com recurso a 4 opções possíveis: 1= Sem Escolaridade, 2= Ensino Básico, 3= Ensino Secundário e 4= Ensino Superior. Dos 63 elementos inquiridos apenas foram obtidas 57 respostas válidas nas quais 56,1% (n=32) dos elementos inquiridos referiram ser detentores de Ensino Básico, 29,8% (n=17) de Ensino Secundário, 10,5% (n=6) Sem Escolaridade e com menor representatividade, 3,5% (n=2) dos inquiridos com Ensino Superior (Tabela nº4).

Tabela nº4 - Tabela de Frequências – Distribuição da Variável Habilitações Académicas

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida
Habilitações Académicas	Sem Escolaridade	6	9,5	10,5
	Ensino Básico	32	50,8	56,1
	Ensino Secundário	17	27,0	29,8
	Ensino Superior	2	3,2	3,5
Total		57	90,5	100,0

Fonte: Inquérito por questionário

Quando inquiridos sobre o seu Estado Civil, variável qualitativa medida em escala nominal, com recurso a cinco opções possíveis: 1= Solteiro(a), 2= Casado(a), 3= Divorciado(a), 4= União de Facto e 5= Viúvo(a), dos 63 elementos inquiridos apenas foram obtidas 62 respostas válidas nas quais 55,6% (n=35) dos elementos inquiridos referiram ser Casado(a), 17,5% (n=11) Divorciado(a), 14,3% (n=9) Solteiro(a), 7,9% (n=5) Viúvo(a) e com menor representatividade, 3,2% (n=2) dos inquiridos em União de Facto (Tabela nº5).

Tabela nº5 - Tabela de Frequências – Distribuição da Variável Estado Civil

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida
Estado Civil	Solteiro(a)	9	14,3	14,5
	Casado(a)	35	55,6	56,5
	Divorciado(a)	11	17,5	17,7
	União de Facto	2	3,2	3,2
	Viúvo(a)	5	7,9	8,1
	Total	62	98,4	100,0

Fonte: Inquérito por questionário

No que concerne à situação profissional, variável qualitativa medida em escala nominal, verificou-se que 57,2% dos elementos inquiridos não exerce qualquer tipo de atividade profissional (28,6% dos inquiridos estão reformados, 15,9% são doméstica(o), 6,3% estão desempregados, 4,8% estudantes, 1,6% com incapacidade permanente) sendo apenas 39,7% os trabalhadores ativos (dos quais 23,8 em atividade e 15,9% de baixa médica) (Tabela nº6).

Tabela nº6 - Tabela de Frequências – Distribuição da Variável Situação Profissional

		Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Situação Profissional	Trabalhador(a) por conta própria	3	4,8	4,8
	Trabalhador(a) por conta de outrem	12	19,0	23,8
	Desempregado	4	6,3	30,2
	Estudante	3	4,8	34,9
	Doméstica(o)	10	15,9	50,8
	Reformada(o)	18	28,6	79,4
	Baixa Médica	10	15,9	95,2
	Incapacidade Permanente	1	1,6	96,8
	Outra Situação	2	3,2	100,0
	Total	63	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário

Tendo por base as informações recolhidas através da aplicação dos 63 questionários e expostas anteriormente através da análise e interpretação dos dados pode-se afirmar que os elementos da amostra deste estudo se caracterizam por uma maioria de elementos do sexo feminino (71,4%), com uma média de idades de 55,19 anos, sendo que na sua maioria (88,9%) têm idades iguais ou superiores a 36 anos, sobretudo casados (55,6%) e moradores do concelho de Santiago do Cacém (52,4%). Na sua maioria 89,5% dos elementos inquiridos têm um nível de escolaridade igual ou superior ao ensino básico sendo este a classe modal com 56,1%, 57,2% dos elementos inquiridos não exerce qualquer tipo de atividade profissional sendo apenas 39,7% os trabalhadores ativos.

Comparando estes dados com os dados referentes à população e relativos aos anos anteriores pode-se verificar que tal como em 2009, 2010 e 2011, analisados no capítulo anterior, existiu uma predominância de utentes do sexo feminino com valores médios de idades entre os 53,85 (em 2011) e os 57,72 (e 2010) e provenientes sobretudo do concelho de Santiago do Cacém, seguido de Sines, Grândola, Odemira e Alcácer do Sal.

A avaliação dos rendimentos mensais requer uma avaliação mais pormenorizada uma vez que serão um valor de extrema importância a ser utilizado na aplicação da técnica de ACB (quando se pretender aferir sobre os custos dos utentes aquando da deslocação aos tratamentos de fisioterapia).

No que diz respeito a esta variável, quando inquiridos sobre o seu rendimento médio mensal, variável quantitativa medida em escala de razão, apenas as respostas de 49 elementos da amostra (77,8%) foram consideradas. A existência de um elevado número de valores omissos (n=14) pensa-se poder ser explicado pelo facto das pessoas se mostrarem sempre receosas de responder a questões sobre rendimentos com receio de serem prejudicadas, nomeadamente, e mais especificamente neste caso, no que diz respeito ao pagamento de taxas moderadoras.

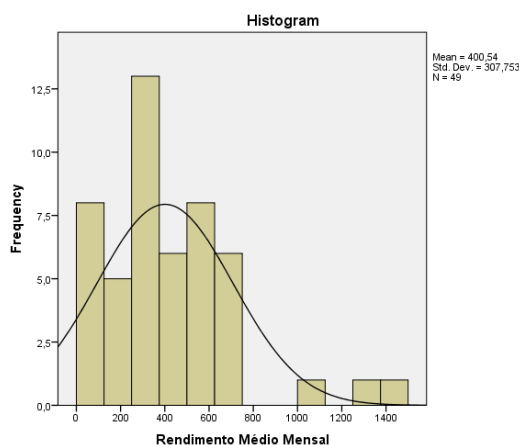
Após análise dos dados verificou-se que o rendimento médio mensal dos utentes inquiridos apresenta uma média total de 400,54 euros com um desvio padrão de 307,753 euros (Tabela nº7).

A análise do histograma abaixo representado (gráfico nº) sugere que a variável rendimento médio mensal têm uma distribuição assimétrica positiva confirmada com o coeficiente de assimetria obtido através do quociente entre 1,252 e 0,340, ou seja 3,68.

Dado que o valor do coeficiente obtido se encontra fora do intervalo -1,96 e 1,96 confirma-se a existência de uma distribuição assimétrica positiva da variável, ou seja, para um nível de significância de 0,05 mostra que existe uma predominância de valores de rendimento médio mensais mais baixos.

No que concerne ao achatamento recorreu-se ao coeficiente de achatamento ou curtose através do quociente entre 2,429 e 0,668, ou seja, 3,64. Dado que o valor do coeficiente obtido se encontra fora do intervalo -1,96 e 1,96 indica que estamos perante uma distribuição leptocúrtica.

Gráfico nº6 - Histograma – Variável Rendimento Médio Mensal



Fonte: Inquérito por questionário

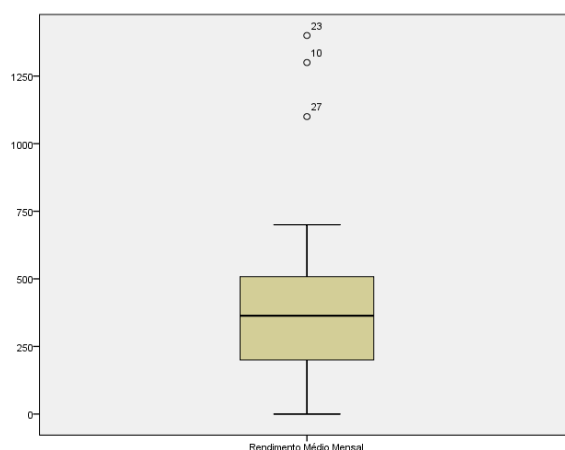
Tabela nº7 - Tabela – Variável Rendimento Médio Mensal

		Dados	Desvio Padrão	
Rendimento Médio Mensal	Mean	400,54	43,965	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	312,15	
		Upper Bound	488,94	
	5% Trimmed Mean	372,60		
	Median	363,70		
	Variance	94712,078		
	Std. Deviation	307,753		
	Minimum	0		
	Maximum	1400		
	Range	1400		
	Interquartile Range	346		
	Skewness	1,252	,340	
	Kurtosis	2,429	,668	

Fonte: Inquérito por questionário

Na análise dos dados consistentemente com a avaliação de percentis pode-se verificar que 75% dos elementos inquiridos apresentam rendimentos que oscilam entre os 0 e os 545,5 euros.

Gráfico nº7 - Diagrama de Extremos e Quartis – Variável Rendimento Médio Mensal



Fonte: Inquérito por questionário

Da análise do diagrama de extremos e quartis (Gráfico nº7) verifica-se a existência de 3 *outliers* moderados superiores correspondentes aos seguintes valores de rendimento 1100, 1300 1400 euros. Os *outliers* ou também designados como observações “anormais”, “extremas” ou “aberrantes” são observações que apresentam um grande afastamento das restantes (Maroco, 2007). A preocupação com observações *outliers* é antiga e data das primeiras tentativas de analisar um conjunto de dados. A sua existência aumenta sempre a dispersão dos dados e normalmente influenciam a média (Gageiro & Pestana, 2008). Inicialmente pensava-se que a melhor forma de lidar com esse tipo de observação seria através da sua eliminação da análise. Atualmente, este procedimento é ainda utilizado e defendido por muitos autores, existindo, no entanto, outros que defendem outras formas de lidar com este tipo de fenómeno. Conscientes deste facto e sabendo que tais observações poderão conter informações importantes em relação aos dados, sendo por vezes as mais importantes, importa analisar as causas do seu aparecimento para fundamentar a decisão de inclusão ou de exclusão destes valores. Após a análise da base de dados, após exclusão da hipótese de se tratarem de erros de introdução ou codificação dos dados, verificou-se que os valores de rendimento identificados como *outliers* moderados correspondiam aos dois únicos elementos da amostra com ensino superior e a um com ensino secundário. No entanto, de acordo com Gageiro e Pestana (2008) para se conhecer o efeito dos *outliers* devem comparar-se as estatísticas resultantes da análise com e sem estas observações “aberrantes” e caso os resultados sejam semelhantes significa que estas observações afetam pouco a

distribuição. Desta forma para analisar a influência da presença destas observações “aberrantes” procedeu-se à análise dos dados sem a presença destes valores Tabela n°8.

Tabela n°8 - Tabela de Frequências – Comparação Variável Rendimento Médio Mensal Com e Sem *Outliers*

Rendimento Médio Mensal	Dados Com <i>Outliers</i>		Dados Sem <i>Outliers</i>	
	Dados	Desvio Padrão	Dados	Desvio Padrão
Mean	400,54	43,965	344,06	31,868
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		279,87	
	Upper Bound		408,24	
5% Trimmed Mean	372,60		343,40	
Median	363,70		345,00	
Variance	94712,078		46716,457	
Std. Deviation	307,753		216,140	
Minimum	0		0	
Maximum	1400		700	
Range	1400		700	
Interquartile Range	346		300	
Skewness	1,252	,340	-,055	,350
Kurtosis	2,429	,668	-,887	,688

Fonte: Inquérito por questionário

Da análise da média aparada a 5% no quadro anterior, com e sem *outliers*, verifica-se que esta apresenta valores muito semelhantes na distribuição (400,54: 344,06). Tendo em conta que os valores obtidos em análise comparativa entre as medidas de tendência central se assemelham (nomeadamente no que diz respeito aos valores de média, mediana, desvio padrão e amplitude interquartis) e sofrem alterações muito pequenas, por se tratar de um estudo de caso e por serem *outliers* moderados considerou-se que a sua existência se deve à variabilidade inerente dos elementos da amostra e optou-se por não excluir estes valores do tratamento de dados. A pequena diferença entre ambas permite utilizar a média aritmética para representar o valor médio de rendimento mensal. Desta forma, se analisarmos por concelho os valores médios mensais variam muito de concelho para concelho conforma se pode verificar através da tabela n°9. O concelho que parece ter um valor médio mais real por ter um desvio padrão menor (166,936) é o concelho de Odemira com um valor de rendimento médio mensal de 171,21 euros. Os concelhos de Odemira e Sines apresentam valores de desvio padrão muito superiores 455,814 euros e 360,482 respetivamente pelo que teria sido importante aumentar o número de elementos da amostra destes concelhos para apresentar dados mais aproximados (Maroco, 2007).

Tabela nº9 - Tabela de Frequências – Distribuição da Variável Rendimento Médio Mensal por Concelho

Concelho de Residência	Média	N	Desvio Padrão
Santiago do Cacém	435,39	26	278,210
Odemira	655,00	4	455,814
Alcácer do Sal	151,50	2	214,253
Sines	477,53	7	360,482
Grândola	171,21	9	166,936
Outros	500,00	1	.
Total	400,54	49	307,753

Fonte: Inquérito por questionário

Concelhos diferentes, pela sua disposição geográfica, têm diferentes impactos na acessibilidade geográfica ao principal prestador do SNS de cuidados de fisioterapia. Por este motivo, com objetivo de aplicação da técnica ACB, a análise do rendimento médio mensal dos elementos inquiridos foi realizada por concelho de residência tendo sido excluídos todos os elementos que referiram ter como rendimento médio mensal “0 euros” assim como todos os que referiram pertencer à categoria “Outros” visto pretender-se analisar apenas a sub-região do Alentejo Litoral (Tabela nº9). Desta forma com recurso à tabela nº9, podemos afirmar, com uma confiança de 95%, que o valor médio de Rendimento Mensal se situa no intervalo:

- $\mu \in [323,02;547,76]$ com uma margem de erro de 112,37 euros para os elementos inquiridos de Santiago do Cacem;
- $\mu \in [-70,30;1380,30]$ com uma margem de erro de 1450,6 euros para os elementos inquiridos de Odemira⁹;
- $\mu \in [-1773,49;2076,49]$ com uma margem de erro de 1924,99 euros para os elementos inquiridos de Alcácer do Sal;
- $\mu \in [144,14;810,92]$ com uma margem de erro de 333,39 euros para os elementos inquiridos de Sines;
- $\mu \in [42,89;299,53]$ com uma margem de erro de 128,32 euros para os elementos inquiridos de Grândola;

O concelho onde a média estimada é mais precisa é o de Santiago do Cacém pois apresenta uma margem de erro menor. Tendo em conta o mesmo grau de confiança de

⁹ A existência de um valor negativo não se coloca por existirem valores negativos de rendimentos mas surge como resultado das hipóteses estatísticas subjacentes à construção deste género de intervalos.

95%, para se aumentar a precisão da média estimada teria de se elevar o número de elementos da amostra (Gageiro & Pestana, 2008).

4.2. CARACTERIZAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FISIOTERAPIA

A Necessidade de Fisioterapia foi avaliada tendo em conta a análise de 3 variáveis que pretendem caracterizar as necessidades sentidas ou percebidas individualmente pelos utentes inquiridos e as necessidades normativas ou profissionalmente reconhecidas:

- Motivo/ Problema de Saúde que condicionou a necessidade de realização de tratamentos;
- Nível de Funcionalidade ou Dependência Funcional;
- Perceção da importância/ necessidade da realização dos tratamentos.

Relativamente ao motivo pelo qual os utentes inquiridos referiram realizar tratamentos de Fisioterapia, variável qualitativa medida em escala nominal, a Recuperação Pós-Cirurgia surge como o principal motivo com 63,5% das respostas. Os restantes motivos referidos apresentam uma representatividade menor com 7,9% simultaneamente as Lesões Neurológicas Degenerativas e Recuperação Pós Acidente, com 3,2% Doenças Crónicas, 1,6% Infeções Respiratórias e para 9,5% foram outros motivos que motivaram a realização dos tratamentos (Tabela nº10)

Tabela nº10 - Tabela de Frequências – Distribuição da Variável Motivo para Realização de Fisioterapia

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Cumulativa
Recuperação Pós Cirurgia	40	63,5	63,5	63,5
Lesão Neurológica Degenerativa	5	7,9	7,9	71,4
Recuperação após AVC	4	6,3	6,3	77,8
Recuperação Pós-Acidente	5	7,9	7,9	85,7
Infeção Respiratória	1	1,6	1,6	87,3
Doença Crónica	2	3,2	3,2	90,5
Outro	6	9,5	9,5	100,0
Total	63	100,0	100,0	

Fonte: Inquérito por questionário

Relativamente à funcionalidade ou dependência funcional, variável qualitativa medida em escala nominal, dos 61 elementos inquiridos com respostas válidas, 62,3% destes deslocam-se de forma independente, 32,8% depende de algum tipo de ajuda técnica ou auxiliar de marcha e 4,9% depende de cadeira de rodas para se deslocar (Tabela nº11).

Tabela nº11 - Tabela de Frequências – Distribuição da Variável Funcionalidade

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Cumulativa
Funcionalidade	Independente de Auxiliar	38	60,3	62,3
	Cadeira de Rodas	3	4,8	67,2
	Dependente de Auxiliar	20	31,7	100,0
	Total	61	96,8	100,0

Fonte: Inquérito por questionário

A perceção da importância dos tratamentos de fisioterapia foi avaliada com recurso a uma Escala do tipo de Likert, variável qualitativa medida em escala ordinal, com 5 opções onde: 1= “Imprescindíveis”, 2= “Bastante Importantes”, 3= “Importantes”, 4= “Pouco Importantes”, 5= “Nada Importantes”.

Tabela nº12 - Tabela de Frequências – Distribuição da Variável Perceção da Importância dos Tratamentos

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Cumulativa
Perceção da Importância dos Tratamentos	Imprescindíveis	24	38,1	38,1
	Bastante Importantes	31	49,2	87,3
	Importantes	8	12,7	100,0
	Total	63	100,0	100,0

Fonte: Inquérito por questionário

Os tratamentos de fisioterapia foram percecionados por 49,2% dos elementos inquiridos como sendo “Bastante Importantes”, para 38,1% “Imprescindíveis” e para 12,7% “Importantes” (Tabela nº12). Nenhum dos elementos inquiridos referiu as outras 2 opções “Pouco Importantes” e “Nada Importantes”.

4.3. IDENTIFICAÇÃO DO ELEMENTO REFERENCIADOR E PRINCIPAL PRESTADOR DE CUIDADOS DE FISIOTERAPIA DO SNS

Em primeiro lugar refira-se que, por impossibilidade de realizar o estudo no ACES AL devida ao facto de até à data não ter sido concedida autorização para realização do estudo, os dados foram recolhidos apenas no HLA. No entanto, foi-nos possível ter acesso aos dados sobre “Tratamentos Realizados” e “Nº de Utentes” do HLA e do ACES AL relativos ao ano de 2011 (Quadro nº5). A partir dos dados referentes ao ano anterior poderemos aferir qual o principal prestador de cuidados de Fisioterapia do SNS na sub-região em análise não só por ter o maior número total de utentes tratados mas também de tratamentos realizados. Pensa-se que estes valores se devam ao facto de este prestador ter maior número de profissionais da área (9 para 2).

Quadro nº5 – Número Total de Utentes e Tratamentos realizados por Prestador do SNS

Local		Nº de Utentes	Tratamentos Realizados
HLA		2096	72314
ACES AL	CS Odemira	541	2950
	CS Alcácer do Sal	282	1215
	CS Grândola	128	191

Fonte: HLA

Quando inquiridos sobre o elemento referenciador da organização onde estão a realizar os tratamentos, variável qualitativa medida em escala nominal, o médico especialista aparece referido por 85,5%, dos 62 elementos inquiridos com respostas válidas como o elemento referenciador sendo este o grupo modal (Tabela nº13).

Tabela nº13 - Tabela de Frequências – Distribuição da Variável Referenciador do Local dos Tratamentos

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Cumulativa
Referenciador do Local dos Tratamentos	Iniciativa Própria	2	3,2	3,2
	Familiares/ Amigos	2	3,2	6,5
	Médico de Família	3	4,8	11,3
	Médico Especialista	53	84,1	96,8
	Outro	1	1,6	98,4
	Médico Centro de Saúde e Médico Especialista	1	1,6	100,0
	Total	62	98,4	100,0

Fonte: Inquérito por questionário

Da análise da mesma tabela podemos verificar a existência de outros elementos referenciadores contudo com bastante menor expressão.

4.4. CARACTERIZAÇÃO DA ACESSIBILIDADE AOS CUIDADOS DE FISIOTERAPIA

Neste estudo, pelos objetivos a que se propõe, foi analisada a acessibilidade dos utentes aos cuidados de Fisioterapia do SNS da sub-região do Alentejo Litoral apenas na sua vertente geográfica com base na análise de quatro variáveis por concelho:

- Meio de transporte utilizado na deslocação;
- Distância entre residência e o local prestador de cuidados de fisioterapia;
- Tempo disponibilizado para a deslocação;
- Encargos financeiros com a deslocação: para os Utentes e para o HLA

4.4.1. Meio de transporte utilizado na deslocação

No que diz respeito ao meio de transporte utilizado na deslocação aos tratamentos, variável qualitativa medida em escala nominal, o carro surge como o meio de transporte mais utilizado com 66,7% do total das respostas válidas.

No total, em 39,7% dos casos a utilização do carro é em viatura própria e em 27% na viatura de outra pessoa. Relativamente à análise da sua utilização por concelho como se pode verificar (tabela nº14) em todos os concelhos (com exceção de Alcácer do Sal) a percentagem de utilização (em 3 dos 5 concelhos) é acima dos 70%. A utilização de transporte partilhado de utentes/ Bombeiros é referida no total por 23,8% dos elementos inquiridos e com menor representatividade, 9,5% das respostas surge o Transporte Público.

Tabela nº14 - Tabela de Frequências – Distribuição da Variável Meio de Transporte por Concelho

Concelho de Residência		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida
Santiago do Cacém	Transporte Público	3	9,1	9,1
	Carro	25	75,7	75,7
	Bombeiros	5	15,2	15,2
	Total	33	100,0	100,0
Odemira	Carro	5	83,3	83,3
	Bombeiros	1	16,7	16,7
	Total	6	100,0	100,0
Alcácer do Sal	Bombeiros	3	100,0	100,0
	Total	3	100,0	100,0
Sines	Carro	7	70,0	70,0
	Transporte Público	1	10,0	10,0
	Bombeiros	2	20,0	20,0
	Total	10	100,0	100,0
Grândola	Carro	4	40,0	40,0
	Transporte Público	2	20,0	20,0
	Bombeiros	4	40,0	40,0
	Total	10	100,0	100,0

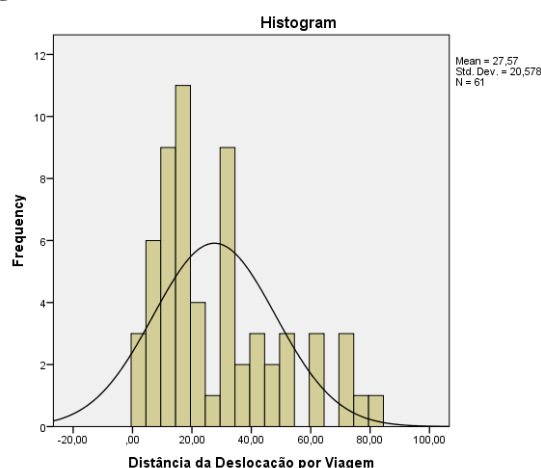
Fonte: Inquérito por questionário

A utilização de transportes públicos tem pouca representatividade sendo mesmo inexistente em alguns concelhos como Alcácer do Sal e Odemira que são os concelhos geograficamente mais distantes do prestador destes cuidados (Tabela nº14). Dado a rede de transportes públicos ser dispersa, inexistente em algumas zonas e não adaptada a pessoas com deficiências, estes dados foram de encontro aos dados por nós esperados.

4.4.2. Distância entre Residência e HLA

Quando inquiridos sobre a distância entre o local da sua residência e o local onde estão a realizar os tratamentos de fisioterapia neste caso no HLA, variável quantitativa medida em escala de razão, apenas as respostas de 61 elementos da amostra (96,8%) foram consideradas. A sua medida foi avaliada com recurso ao número de quilómetros por viagem. A média da distância percorrida pelos elementos da amostra foi de 27,5738 quilómetros com um desvio padrão de 20,578 quilómetros e um Coeficiente de Variação de 74,6%.

Gráfico nº8 - Histograma – Variável Distância entre Residência e HLA (km/ viagem)



Fonte: Inquérito por questionário

A análise do histograma acima representado (Gráfico nº8) sugere que a variável distância entre residência e HLA têm uma distribuição assimétrica positiva confirmada com o coeficiente de assimetria obtido através do quociente entre 0,921 e 0,306, ou seja, 3. Dado que o valor do coeficiente obtido se encontra fora do intervalo -1,96 e 1,96 confirma-se a existência de uma distribuição assimétrica positiva da variável.

No que concerne ao achatamento recorreu-se ao coeficiente de achatamento ou curtose através do quociente entre -0,049 e 0,604 o que resulta em -0,081. Dado que o valor do coeficiente obtido se encontra dentro do intervalo -1,96 e 1,96 indica que estamos perante uma distribuição mesocúrtica.

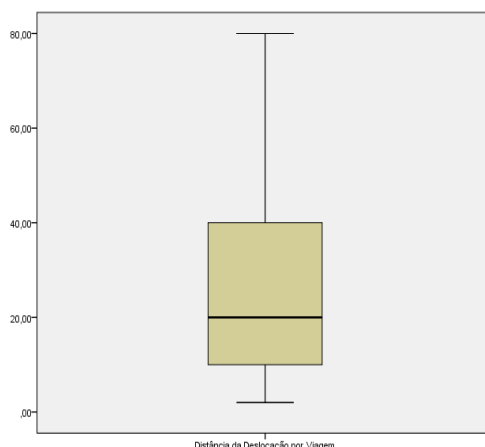
Tabela nº15 - Tabela – Variável Distância entre Residência e HLA (km/ viagem)

		Dados	Desvio Padrão	
Distância da Deslocação por Viagem	Mean	27,5738	2,63473	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	22,3035	
		Upper Bound	32,8440	
	5% Trimmed Mean		26,3434	
	Median		20,0000	
	Variance		423,449	
	Std. Deviation		20,57787	
	Minimum		2,00	
	Maximum		80,00	
	Range		78,00	
	Interquartile Range		30,00	
	Skewness		,921	,306
	Kurtosis		-,049	,604

Fonte: Inquérito por questionário

Na análise dos dados através do gráfico de Extremos e Quartis (Gráfico nº9) pode-se verificar que não existem *outliers* ou valores aberrantes.

Gráfico nº9 - Diagrama de Extremos e Quartis – Variável Distância entre Residência e HLA (km/ viagem)



Fonte: Inquérito por questionário

Tabela nº16 - Tabela – Distribuição da Variável Distância entre Residência e HLA (km/ viagem) por concelho

Concelho de Residência	Média	N	Desvio Padrão
Santiago do Cacém	15,4063	26	2,09976
Odemira	60,0000	4	5,32291
Alcácer do Sal	56,6667	2	3,33333
Sines	21,0000	7	1,90029
Grândola	40,0000	9	5,31037
Total	27,5738	49	20,57787

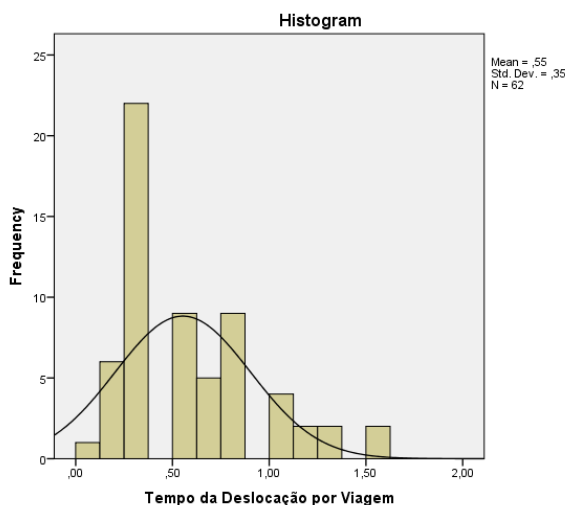
Fonte: Inquérito por questionário

Como podemos verificar (tabela nº16), o concelho que se encontra a menos distância do HLA é o de Santiago do Cacem com uma média de 15,4 km de distância, seguido dos concelhos de Sines com cerca de 21 km, de Grândola com 40 km, de Alcácer do Sal com 56,7 km e por fim de Odemira com 60 km.

4.4.3. Tempo disponibilizado para a deslocação

O tempo disponibilizado pelos utentes para se deslocarem aos tratamentos de fisioterapia no HLA, variável quantitativa medida em escala de razão, variaram entre o valor mínimo de 5 minutos e máximo de 90 minutos. A sua medida foi avaliada com recurso à contabilização do tempo em minutos por viagem. A média do tempo disponibilizado para a deslocação pelos elementos da amostra foi de 33,21 minutos com um desvio padrão de 21 minutos (Tabela nº17).

Gráfico nº10 - Histograma – Variável Tempo de Deslocação entre Residência e HLA (horas/ viagem)



Fonte: Inquérito por questionário

A análise do histograma acima representado (Gráfico nº10) sugere que a variável tempo disponibilizado para a deslocação têm uma distribuição assimétrica positiva confirmada com o coeficiente de assimetria obtido através do quociente entre 0,985 e 0,304, ou seja, 3,24. Dado que o valor do coeficiente obtido se encontra fora do intervalo -1,96 e 1,96 confirma-se a existência de uma distribuição assimétrica positiva da variável.

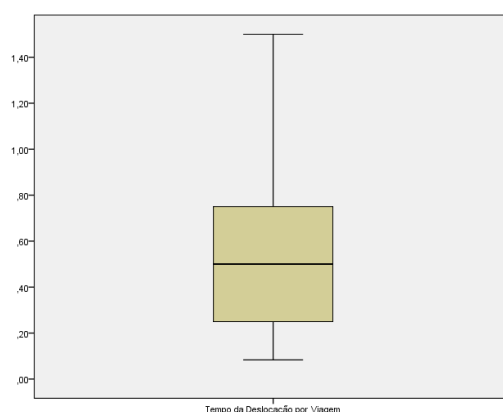
No que concerne ao achatamento recorreu-se ao coeficiente de achatamento ou Curtose através do quociente entre 0,334 e 0,599 o que resulta em 0,557. Dado que o valor do coeficiente obtido se encontra dentro do intervalo -1,96 e 1,96 indica que estamos perante uma distribuição mesocúrtica.

Tabela nº17 - Tabela – Variável Tempo de Deslocação entre Residência e HLA (horas/ viagem)

		Dados	Desvio Padrão
Tempo da Deslocação por Viagem	Mean	,5536	,04446
	95% Confidence Interval for		
	Mean	Lower Bound	,4647
	5% Trimmed Mean	Upper Bound	,6425
	Median		,5283
	Variance		,5000
	Std. Deviation		,123
	Minimum		,35009
	Maximum		,08
	Range		1,50
	Interquartile Range		1,42
	Skewness		,50
	Kurtosis		,985
			,334
		,304	
		,599	

Fonte: Inquérito por questionário

Gráfico nº11 - Diagrama de Extremos e Quartis – Variável Tempo de Deslocação entre Residência e HLA (horas/ viagem)



Fonte: Inquérito por questionário

Para a variável Tempo de Deslocação entre Residência e HLA (horas/ viagem) não foram identificados *Outliers*.

Os utentes provenientes do Concelho de Alcácer do Sal de acordo com os valores médios descritos na tabela nº18 são os que dependem mais tempo nas suas deslocações com um valor médio de cerca de 25 minutos ou 0,4227 horas.

Tabela nº18 - Tabela – Distribuição da Variável Tempo com Deslocação entre Residência e HLA por concelho (horas/ viagem)

Concelho de Residência	Média	N	Desvio Padrão
Santiago do Cacém	,4227	31	,29719
Odemira	,8826	5	,24745
Alcácer do Sal	1,0833	3	,38188
Sines	,4474	6	,23991
Grândola	,6661	5	,38625
Total	,5536	39	,35009

Fonte: Inquérito por questionário

Os concelhos de Santiago do Cacém e de Sines são os que apresentam menores valores como aliás já era esperado pela sua proximidade geográfica do HLA.

4.4.4. Encargos Financeiros com a Deslocação:

4.4.4.1. Utentes

Relativamente aos encargos com a deslocação, para efeitos de tratamento de dados foram considerados os meios de transporte carro e transportes públicos, uma vez

que apenas estes constituem encargos para os utentes, sendo os dados tratados separadamente.

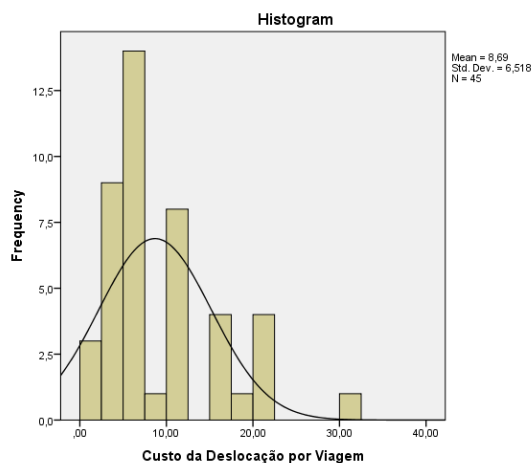
No que diz respeito ao custo de deslocação, variável quantitativa medida em escala de razão, apenas foram consideradas válidas as expostas de 45 inquiridos. A existência de um elevado número de valores omissos (n=18) pensa-se poder devido, tal como na variável rendimento médio mensal, ao facto de as pessoas terem receio em responder a questões relacionadas com os seus rendimentos com receio de aumentarem os seus encargos, nomeadamente, com taxas moderadoras, mesmo quando lhes são dadas garantias de total confidencialidade como foi o caso deste estudo.

Os encargos (custos) dos utentes inquiridos na deslocação ao HLA foram avaliados em euros e por viagem. Apresenta uma média total de 8,3649 euros com um desvio padrão de 5,8281 euros e um Coeficiente de Variação de 69,7%.

A análise do histograma abaixo representado (gráfico nº12) sugere que a variável custos com deslocação têm uma distribuição simétrica confirmada pelo coeficiente de assimetria obtido através do quociente entre 1,305 e 0,354, ou seja, 3,687. Dado que o valor do coeficiente obtido se encontra fora do intervalo -1,96 e 1,96 confirma-se a existência de uma distribuição assimétrica positiva da variável.

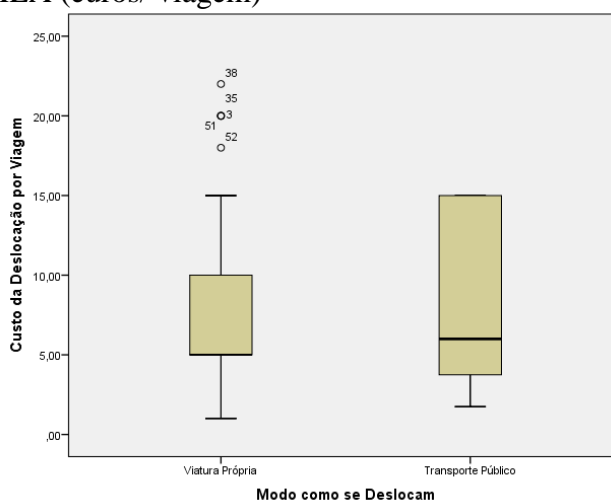
No que concerne ao achatamento recorreu-se ao coeficiente de achatamento ou curtose através do quociente entre 1,381 e 0,695 isto é 1,987. Dado que o valor do coeficiente obtido se encontra fora do intervalo -1,96 e 1,96 indica que estamos perante uma distribuição leptocúrtica.

Gráfico nº12 - Histograma – Variável Custos com Deslocação entre Residência e HLA (euros/ viagem)



Fonte: Inquérito por questionário

Gráfico nº13 - Diagrama de Extremos e Quartis – Variável Custos com Deslocação entre Residência e HLA (euros/ viagem)



Fonte: Inquérito por questionário

Da análise do diagrama de extremos e quartis verifica-se a existência de 5 *outliers* moderados superiores correspondentes aos seguintes elementos inquiridos 3, 35, 36, 51, 52. Tal como aconteceu na variável anteriormente analisada “Rendimento Médio Mensal” procedeu-se à análise da base de dados para exclusão da hipótese de se tratar de erros de introdução ou codificação dos dados, e posteriormente procedeu-se à comparação das estatísticas resultantes da análise com e sem estas observações “aberrantes”. Desta forma para analisar a influência da presença destas observações “aberrantes” procedeu-se à análise dos dados sem estes valores conforme a Tabela nº19.

Tabela nº19 - Tabela de Frequências – Comparação Variável Custos com Deslocação entre Residência e HLA (euros/ viagem) Com e Sem *Outliers*.

	Custos com Deslocação Residência – HLA		Dados Com <i>Outliers</i>		Dados Sem <i>Outliers</i>	
			Dados	Desvio Padrão	Dados	Desvio Padrão
Carro	Mean		8,3649	,95814	7,0893	,93260
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6,4217		5,1757	
		Upper Bound	10,3081		9,0028	
	5% Trimmed Mean		8,0420		6,7262	
	Median		5,0000		5,0000	
	Variance		33,967		24,353	
	Std. Deviation		5,82815		4,93486	
	Minimum		1,00		1,00	
	Maximum		22,00		20,00	
	Range		21,00		19,00	
	Interquartile Range		6,50		6,38	
	Skewness		1,009	,388	1,230	,441
	Kurtosis		-,034	,759	,858	,858

Transporte Público	Mean		7,9167	2,33155	8,3000	2,81669	
	95% Confidence Interval for Mean		1,9232		,4796		
		Lower Bound		13,9101		16,1204	
		Upper Bound					
	5% Trimmed Mean		7,8657		8,2917		
	Median		6,0000		6,0000		
	Variance		32,617		39,669		
	Std. Deviation		5,71110		6,29831		
	Minimum		1,75		1,75		
	Maximum		15,00		15,00		
	Range		13,25		13,25		
	Interquartile Range		11,75		12,25		
	Skewness		,628	,845	,357	,913	
	Kurtosis		-1,770	1,741	-2,974	2,000	

Fonte: Inquérito por questionário

Tendo em conta que os valores obtidos na análise comparativa se assemelham (nomeadamente no que diz respeito aos valores de média, mediana, desvio padrão e amplitude interquartis), foram considerados todos os valores.

Tendo em conta que apenas 9,5% dos utentes inquiridos são utilizadores de transportes públicos enquanto que 66,7% utilizam o carro como meio de transporte, os custos com deslocações serão analisados apenas no que diz respeito ao meio de transporte “Carro”.

Se analisarmos por concelho os valores médios dos custos com cada viagem, estes variam muito de concelho para concelho conforme se pode verificar através da Tabela nº20. O concelho que um valor com um desvio padrão menor (2,42212) é o concelho de Sines. Os utentes dos concelhos de Santiago do Cacém e Sines apresentam os custos de deslocação menores com um valor médio aproximado de 5 euros. Uma vez que os utentes inquiridos provenientes de Alcácer do Sal se deslocaram aos tratamentos com recurso ao transporte partilhado de utentes/ bombeiros não apresentam custos de deslocação. Os utentes do concelho de Odemira são os que apresentam maiores custos de deslocação podendo este facto pode ser explicado por ser este o concelho com maior dimensão geográfica e o que se encontra mais distante do HLA.

Tabela nº20 - Tabela – Variável Custos com Deslocação entre Residência e HLA
(euros/ viagem)

Concelho de Residência	Média/ €	N	Desvio Padrão
Santiago do Cacém	5,2917	24	3,04198
Odemira	15,7500	4	4,34933
Alcácer do Sal	---	0	---
Sines	5,6667	8	2,42212
Grândola	13,0000	8	2,73861
Total	8,3649	44	5,8281

Fonte: Inquérito por questionário

O tempo disponibilizado nas deslocações, e os custos que este pode ter para os utentes, também foram contabilizados como um encargo para os utentes inerente à realização dos tratamentos. Como tal, este foi calculado mediante a seguinte fórmula e encontra-se discriminado por concelho na Tabela nº21:

$$\text{Custo do Tempo por Deslocação} = \text{Tempo por Deslocação} \times \mu \text{ Vencimento/hora}$$

Tabela nº21 - Tabela – Variável Custos com Tempo de Deslocação entre Residência e HLA (euros/ viagem)

Concelho de Residência	Média/ € por Viagem
Santiago do Cacém	0,75€
Odemira	0,90€
Alcácer do Sal	---
Sines	0,50€
Grândola	0,71€
Total	2,86€

Fonte: Elaboração Própria

Da análise da Tabela nº 21, poderemos verificar que, com exceção do concelho de Santiago do Cacém, tal como esperado, quanto mais distantes os concelhos, por implicarem maior tempo de deslocação, maiores encargos acarretam com o tempo de deslocação.

4.4.4.2. Hospital do Litoral Alentejano

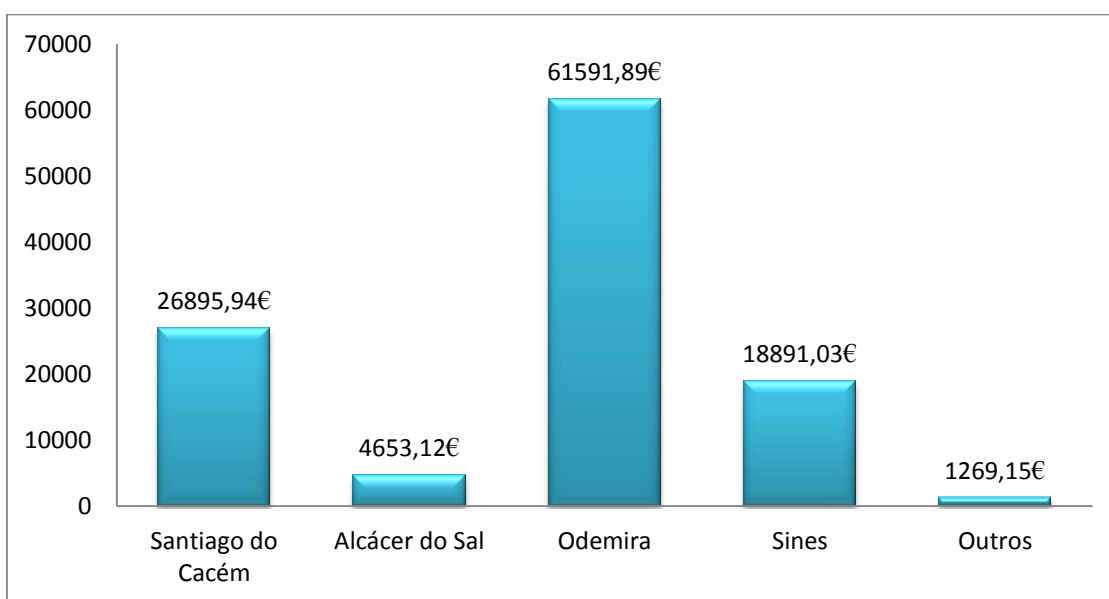
Para o HLA os encargos com a deslocação dos utentes dizem respeito apenas aos utentes que, de acordo com a legislação em vigor, são detentores de critérios¹⁰ para usufruir de transporte partilhado de utentes/ bombeiros, cujos custos são assegurados pela organização prescritora dos tratamentos, neste caso o HLA. Tendo em conta a

¹⁰ Despacho n.º 7861/2011, Diário da República, 2ª Série N.º 105 – de 31 de Maio de 2011

análise dos dados fornecidos pelo HLA referentes aos transportes de utentes para realização de tratamentos de fisioterapia no ano transato (2011), podemos verificar que os encargos que o HLA teve com este tipo de prestação de serviços foram de aproximadamente 113301,15€. Este valor é um valor aproximado pois os dados fornecidos e disponíveis só existem a partir de Junho de 2011. Como o seu valor mensal apresentou um comportamento regular estimou-se que se para sete meses o valor pago foi de 66092,34€, para 12 meses, teria sido de 113301.15€.

Relativamente ao seu comportamento por concelho, da análise dos dados fornecidos pelo HLA, pudemos verificar que os utentes do concelho de Odemira apesar de não serem os que apresentam mais transportes (n= 891 transportes) são os que mais contribuem para os encargos do HLA, podendo este facto ser explicado por ser o concelho mais distante, logo com maiores dificuldades na aquisição de transporte (Gráfico nº14).

Gráfico nº14 – Comparação dos Custos do HLA com Transporte Partilhado de Utentes por Concelho (euros/2011)



Fonte: Elaboração Própria com dados do HLA

Da análise do mesmo gráfico (Gráfico nº14) podemos verificar que se seguem os utentes de Santiago do Cacém (n=1212 transportes) e um encargo de 26895,94€, Sines (n=869 transportes) e um encargo de 18891,03€ e Alcácer do Sal com um encargo de 4653,12€ (n=58 transportes).

4.5. ENCARGOS FINANCEIROS ATUAIS COM CUIDADOS DE FISIOTERAPIA

Os encargos financeiros com os cuidados de fisioterapia no seu global são compartilhados entre as organizações envolvidas, que têm custos para garantir a prestação destes cuidados, e os utentes que, na sua maioria, têm custos para garantir o seu acesso e beneficiar deste tipo de cuidados.

Os dados serão tratados tendo em conta estes dois grandes “agentes” envolvidos e apresentados separadamente mediante os dados recolhidos através de inquérito por questionário e dados correspondentes ao ano de 2011.

4.5.1. Encargos Financeiros atuais para os Uteses por Tratamento

Entende-se por **Custos por Tratamento** todos os custos que o utente tem inerentes a cada dia de tratamentos de fisioterapia realizados. Para os utentes os custos totais com o tratamento serão avaliados tendo em conta a seguinte fórmula:

$$\begin{aligned} \text{Custos por Tratamento} = & \\ & \frac{\mu \text{Taxas Moderadoras}}{\mu \text{Tratamentos por Utente}} + (\mu \text{Vencimento por hora} \times \mu \text{N}^{\circ} \text{ total de Horas em tratamento}) + 2 \\ & \times \mu \text{Custos com Deslocação} \end{aligned}$$

O valor médio de tratamentos por utente corresponde ao quociente entre o número total de tratamentos realizados e o número total de utentes tratados em 2011, o que resulta num valor aproximado de 35 (24254/ 703) tratamentos por utente.

Dos dados recolhidos a média amostral correspondente ao número total de horas despendidas por tratamentos de fisioterapia foi de 3,15 horas por cada dia (sessão) de tratamento (tabela nº22), e corresponde ao período de tempo desde que o utente deixa a sua residência até que regressa dos tratamentos.

Tabela nº22 – Total de Tempo Despendido por Tratamento (horas/ tratamento)

Valores	Tempo Despendido por tratamento
Média	3,1517
Mediana	3,0000
Desvio Padrão	1,37241
Mínimo	1,00
Máximo	8,00

Fonte: Inquérito por questionário

O número total de utentes corresponde ao tamanho da nossa amostra (n=63).

O valor médio dos **Custos com Deslocação** corresponde a 8,3649 euros por viagem. Como para cada tratamento cada utente tem de realizar duas viagens este valor será multiplicado por 2.

Relativamente ao valor médio das taxas moderadoras este só será diferente de 0 para os utentes não isentos e será calculado tendo em conta a seguinte fórmula:

$$\mu \text{ Taxas Moderadoras} = \frac{\text{Valor recebido de Taxas Moderadoras por Ano}}{\text{Nº Total de Utentes Não Isentos}}$$

O valor médio de taxas moderadoras anuais pagas por utente corresponde ao quociente entre o valor anual recebido pelo HLA por tratamentos de fisioterapia e o total anual de utentes a realizar estes tratamentos em ambulatório. Sabendo, através de dados fornecidos pelo HLA, que o valor de taxas moderadoras recebidas em 2011 foi de 72.350,04€ e que o número total de utentes não isentos foi de 225 (32% do total de utentes) pela aplicação da fórmula acima descrita poderá afirmar-se que o valor médio de taxas moderadoras pago por cada utente não isento foi de 321,56€ anuais, ou seja, 9,19€ (321,56/35) por tratamento realizado.

A ponderação dos utentes de cada concelho para o valor total das Taxas Moderadoras encontra-se descrita no quadro abaixo representado (Tabela nº23).

Tabela nº23 - Distribuição do valor de taxas moderadoras por concelho

	Nº Utentes HLA	Nº Utentes ACES AL	Nº Total de Utentes	% de Utentes Não Isentos	Valor de Taxas Moderadoras por Tratamento HLA
Santiago do Cacem	344	---	344	111	35692,69
Odemira	87	541	628	200	9325,12
Grândola	91	128	219	70	9649,67
Sines	150	---	150	49	15756,23
Alcácer do Sal	19	282	301	96	1929,33
TOTAL	691	951	1642	526	72350,04

Fonte: Elaboração Própria

O valor de remuneração média mensal corresponde, tal como o número total de horas despendidas para a realização de tratamentos (tempo desde que deixa a residência até que regressa após tratamento), à média dos valores referidos pelos elementos da amostra, no questionário aplicado, a dividir pelo total de utentes inquiridos. Da análise dos rendimentos realizada no ponto 4.1 podemos afirmar que o valor de rendimento médio mensal dos utentes inquiridos foi de 400,54 euros. Tendo em conta que o número de horas mensais de trabalho são de 140 horas (35 horas semanais a multiplicar por 4 semanas) temos:

$$\mu \text{ Vencimento/ hora} = \frac{\text{Remuneração Média Mensal}}{\text{N}^\circ \text{ de horas Mensais de Trabalho}} \text{ logo:}$$

$$\mu \text{ Vencimento/ hora} = \frac{400,54}{140} = 2.86\text{€}$$

Desta forma o valor médio de custos por tratamento foi:

Para os utentes Isentos:

$$\text{Custos por Tratamento} = \frac{0}{35} + (2,86 \times 3,1517) + 2 \times 8,3649 = 25,74\text{€}$$

Para os utentes Não Isentos:

$$\text{Custos por Tratamento} = \frac{321,56}{35} + (2,86 \times 3,1517) + 2 \times 8,3649 = 34,93\text{€}$$

Quando analisamos o seu valor por concelho os custos por tratamento distribuem-se da seguinte forma (Quadro nº6):

Quadro nº6 – Custos por Tratamento por Concelho

Concelho de Residência	Valor Tratamento no HLA	
	Utentes Isentos	Utentes Não Isentos
Santiago do Cacém	19,59€	28,79€
Odemira	40,51€	49,70€
Alcácer do Sal	---	---
Sines	20,34€	29,53€
Grândola	35,01€	44,20€

Fonte: Inquérito por questionário

4.5.2. Encargos Financeiros atuais para o HLA por Tratamento

Entende-se por **Custos por Tratamento** todos os custos que a organização de saúde - HLA tem inerentes a cada dia de tratamentos de fisioterapia realizados. Para o HLA os custos totais com o tratamento serão avaliados tendo em conta a seguinte fórmula:

$$\text{Custos por Tratamento} = \frac{\text{TCRecursos Humanos/dia} + \text{TCRecursos Materiais/dia}}{\text{Nº Total de Tratamentos Realizados/dia}}$$

Sendo que:

$$\text{TCRecursos Humanos/dia} =$$

Remuneração por hora × *Nº Total de Horas para Tratamentos em Ambulatório* **logo:**

$$\text{Vencimento Médio Mensal} = \frac{\sum \text{Encargos Mensais com Recursos Humanos}}{\text{Nº Total de Profissionais}} \text{ logo:}$$

$$\sum \text{Encargos Mensais com Recursos Humano/anos} = \frac{\text{Total de Vencimentos TDT/ano} + \text{Total de Vencimentos Assistentes/ano}}{12}$$

O serviço de MFR do HLA constitui-se por 14 elementos, nomeadamente, 8 Fisioterapeutas- FT, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Terapeuta Ocupacional, 2 Assistentes Técnicos- AT, 2 Assistentes Operacionais- AO e 1 Médico Fisiatra. Para o cálculo do total dos vencimentos anuais dos técnicos de diagnóstico e terapêutica do serviço foram considerados apenas os valores correspondentes aos 8 FT, tendo sido somados os encargos que a organização teve com os vencimentos base, com horas extraordinárias, subsídios de refeição, encargos sobre remunerações e subsídios de férias e de Natal destes profissionais.

Para o cálculo do total dos vencimentos anuais do pessoal Assistente foram considerados apenas os valores correspondentes a 1 AT e 2 AO, tendo sido calculados e somados os encargos que a organização teve com os vencimentos base, subsídios de refeição e subsídios de férias e de Natal destes profissionais.

Os dados utilizados correspondem aos dados da Contabilidade Analítica do Serviço de MFR fornecidos pelos Serviços Financeiros do HLA. Como os valores não vêm discriminados por categoria profissional, com exceção dos encargos com vencimentos base, foi realizado um somatório de todos os encargos com pessoal e posteriormente divididos pelo número total de elementos do serviço. Após ter sido calculado um valor médio de custos por elemento este foi multiplicado pelo número de profissionais que intervêm com a prestação de cuidados de fisioterapia, (8 FT, 1 AT e 2 AO).

Analisando os dados da Contabilidade Analítica de 2011 do HLA podemos aferir que, para prestação de cuidados de fisioterapia, os custos com:

- Vencimentos de Pessoal TDT (8 fisioterapeutas) são de cerca de 106052,29€ anuais ($132565,36/10$ elementos x 8FT) e 8837,69€ Mensais;
- Vencimentos de Pessoal Assistente (2 AO e 1AT) são de cerca de 25820,2€ anuais ($24026,83/2+13806,83$) e 2151,68€ Mensais;
- Horas extraordinárias foram de 1880,69€ anuais ($2393,61/14$ elementos x 11);
- Subsídios de Refeição foram de 9536,89€ anuais ($12137,86/14$ elementos x 11);
- Subsídios de Férias e de Natal foram de 25203,79€ anuais ($32077,55/14$ elementos x 11);
- Encargos sobre Remunerações foram de 37114,67€ anuais ($47236,85/14$ elementos x 11);
- Recursos Materiais (Material de Consumo Clínico, Material de consumo Hoteleiro, Material de consumo administrativo, material de manutenção e conservação) foram de 17374,69€ anuais e 72,40€ diários ($17374,69/240$ dias úteis anuais).

$$\Sigma \text{Encargos Mensais com Recursos Humano/anos} = \frac{106052,29+25820,2+1880,69+9536,89+25203,79+37114,67}{12} = 17134,04\text{€/ Mês}$$

logo:

$$\text{Vencimento Médio Mensal} = \frac{17134,04}{11} = 1555,64\text{€/ Mês}$$

logo:

$$\text{Remuneração por hora} = \left(\frac{1555,64}{140} \right) = 11,11\text{€ / h}$$

logo:

$$\text{TCRecursos Humanos} = 11,11 \times 37,5 = 412,5\text{€/ dia}$$

Tendo em conta que no ano de 2011 foram tratados 703 utentes em regime de ambulatório e realizados um total de 24254 tratamentos anuais de fisioterapia, 101 tratamentos diários (24254/ 240 dias úteis) em 37,5 horas destinadas ao tratamento de utentes em ambulatório dando cerca de 3 tratamentos por hora:

$$\text{Custos por Tratamento} = \frac{412,5+72,40}{101} = 4,8\text{€ / Tratamento}$$

4.6. ANÁLISE DOS CUSTOS E BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE DESCENTRALIZADA DE FISIOTERAPIA NAS ORGANIZAÇÕES DO SNS NO ALENTEJO LITORAL

Como já foi demonstrado durante a abordagem do objeto empírico, no Alentejo Litoral, a prestação de cuidados de Fisioterapia tem a sua atividade centralizada essencialmente num prestador do SNS que é o HLA. Nesta organização, reportando-nos o ano de 2011, por 8 fisioterapeutas foram tratados um total 2096 utentes e realizados 72314 tratamentos, dos quais 703 utentes em regime de ambulatório com 24254 tratamentos realizados. Esta é uma região com uma área geográfica de grande dimensão, com redes públicas de transportes deficitárias e na qual os utentes têm que percorrer

distância consideráveis para ter acesso a este tipo de cuidados. Em média os utentes têm de percorrer distâncias na ordem dos 27,8 quilómetros à qual se soma o tempo de deslocação que em média é de 33 minutos e obviamente os custos associados à deslocação que em média foram de cerca de 8,4 euros por viagem. O ACES AL surge, atualmente, como outro importante prestador destes cuidados, no entanto, com bastante menor expressão quer em termos de recursos humanos (2 fisioterapeutas) quer em termos de dimensão da atividade em regime de ambulatório dentro das instalações dos Centros de Saúde de Alcácer do Sal, Odemira e Grândola.

No desenvolvimento deste trabalho de investigação considerou-se importante fazer um breve levantamento de opinião (Apreciação Global) dos elementos inquiridos relativamente à situação atual, nomeadamente, no que diz respeito à distância, tempo e custos com deslocações, influência na sua qualidade de vida e satisfação.

Os utentes do concelho de Grândola referiram, em maior número, ter dificuldades em arranjar transporte para se deslocarem ao HLA com 40% das respostas. A grande maioria dos utentes (acima de 70% do total de respostas válidas), independentemente do concelho de origem, referiram considerar que perdem muito tempo nas deslocações aos tratamentos (66,1%), que é muito dispendiosa a deslocação aos tratamentos (66,1%), que a distância à sua residência faz com que sejam dependentes de outros (70,5%) e que quando têm tratamentos ficam sem tempo para fazer outras atividades, no entanto, apenas 2 utentes (3,2%) referem não estar satisfeitos por realizar tratamentos onde estão, o que não significa que não fiquem satisfeitos mediante outras alternativas. Com exceção dos utentes do concelho de Santiago do Cacém, a maioria dos elementos inquiridos refere ter de modificar as suas atividades/trabalho/ rotinas para realizar tratamentos. Com 98,3% de respostas válidas praticamente todos os utentes dos diversos concelhos referiram que se sentem satisfeitos por realizar fisioterapia com um fisioterapeuta que tenha proximidade com o seu médico assistente.

Atendendo à realidade agora conhecida, no que concerne aos efeitos que a atividade centralizada de fisioterapia no HLA tem na organização e nos utentes quer em termos reais de custos quer em termos de opinião, e por estarmos a falar de utentes com rendimentos médios mensais inferiores ao Salário Mínimo Nacional (400,54€) parece-nos importante estudar uma alternativa que se possa afirmar como mais vantajosa do

ponto de vista económico quer para as organizações envolvidas quer para aos utentes deste serviço.

Dado que o que se pretende analisar é a deslocalização dos mesmos cuidados de fisioterapia não se espera que os seus efeitos em termos de morbilidade sejam alterados pelo que a seguinte Análise Custo Benefício irá centrar-se nos Custos para a organização/ utentes sobretudo relacionados com deslocação e nos Benefícios para os mesmos sobretudo no que diz respeito às poupanças potenciais (tempo e custos) e produtividade.

No sentido de dar resposta ao OE4, foi necessário realizar uma análise prévia dos últimos 3 anos (2009, 2010 e 2011) descrita no capítulo anterior para verificar se existiam diferenças acentuadas no número de utentes, média de idades e distribuição de utentes por concelho. Como estas não se verificaram e por se esperar existir estabilidade de recursos humanos em 2012 optou-se por nos reportarmos aos dados de 2011.

Através da análise dos dados do ano de 2011 foi-nos possível caracterizar os utentes que recorrem ao serviço de MFR do HLA, conhecer o número de utentes tratados em regime de ambulatório, o número de tratamentos realizados, o número de horas disponibilizadas para tratamentos de fisioterapia, bem como o custo unitário dos tratamentos para a organização e utentes (ponto 4.5).

Para efetuarmos a análise dos custos e benefícios foram definidas duas opções possíveis:

Opção A: Cenário desenvolvido tendo por base o período anterior à hipotética implementação do projeto, ou seja, tendo por base os dados de 2011:

Opção B ou Alternativo – Cenário desenvolvido tendo por base o HLA e o ACES AL como organizações independentes a trabalhar em parceria. Três fisioterapeutas deslocam-se em dias alternados aos CS onde tratam apenas os utentes do HLA. O Fisioterapeuta 1 exercerá funções no CS A às terças e quintas feiras e CS B às segundas, quartas e sextas feiras a partir das 9h até 12.30h. A partir das 13.30h reinicia funções no HLA até ao fim da sua jornada de trabalho. Da mesma forma e horário, o Fisioterapeuta 2 exercerá funções no CS C às terças e quintas-feiras e CS D às segundas, quartas e sextas-feiras. Da mesma forma e horário o fisioterapeuta 3 exercerá funções no CS E às terças e quintas-feiras. Todos os utentes (do HLA ACES AL) em tratamento devem ser

consultados pela médica Fisiatra no HLA onde serão pagas as taxas moderadoras das consultas, as taxas moderadoras dos tratamentos serão pagas nos CS correspondentes que serão responsáveis por assegurar a disponibilidade e manutenção das instalações. O material a utilizar pelos fisioterapeutas será adquirido e da responsabilidade do ACES AL pelo que não será alvo de análise.

Para efetuarmos a análise custo-benefício da atividade de fisioterapia descentralizada nas organizações do SNS do Alentejo Litoral, considerámos necessário a pesquisa dos encargos financeiros/custos relacionados com a realização dos tratamentos no HLA, nomeadamente, com cada tratamento realizado (através da análise dos custos com recursos humanos e materiais associados), assim como, os custos com as deslocações dos utentes ao HLA e a sua influência no custo de cada tratamento. Sendo o número de procedimentos variável de utente para utente consoante as suas necessidades os dados foram tratados por tratamento (sessão) independentemente do número de procedimentos realizados. Da análise realizada no ponto 4.5 podemos concluir que os custos de distribuem de acordo com o quadro seguinte (Quadro nº7):

Quadro nº7 - Custos Por Tratamento Opção A

Custos	Organização - HLA	Utentes	
Valor médio: por tratamento	4.8 € - Custo Total por Tratamento	ISENTOS:	NÃO ISENTOS:
	4€ - Recursos Humanos	19,59€ Santiago do Cacém	28,78€ Santiago do Cacém
	72,40€/ dia – Recursos Materiais	40,51€ Odemira	49,70€ Odemira
		20,34€ Sines	29,53€ Sines
		35,01€ Grândola	44,20€ Grândola
Valor Médio: com Deslocações Residência/ HLA	0€ Deslocações com profissionais 113301,15€ Transporte Partilhado Bombeiros	16,73€ - Carro	
		0€ - Bombeiros	
		15,83€ - Transportes Públicos	
		5,292€ Santiago do Cacém	
		15,75€ Odemira	
		5,667€ Sines	
		13€ Grândola	
Valor Médio: com Tempo de Deslocação por viagem	0	0,75€ Santiago do Cacém	
		0,90€ Odemira	
		0,50€ Sines	
		0,71€ Grândola	

Fonte: Elaboração Própria

O valor de custos com deslocações para os utentes foi avaliado de forma diferenciada consoante o tipo de transporte utilizado. Para a utilização do carro os utentes inquiridos referiam um valor médio de custos por viagem de 8,3649 € e para os utilizadores de transportes públicos 7,9167€. Como a cada realização de tratamentos estão inerentes duas viagens pode-se afirmar que o valor médio de custos de deslocação para os utilizadores de carro é de 16,73€ e para os utilizadores de transportes públicos é de 15,83€. Relativamente ao valor pago pelo HLA com o transporte partilhado de utentes, o seu cálculo é realizado entre o quociente entre o valor total pago e o número total de transportes relativos ao ano de 2011 (113301,15€/ 3044) que é igual a cerca de 37,22€ por transporte.

A análise ACB será realizada perante duas opções possíveis de acordo com a matriz ACB descrita no Quadro nº9. Para tal, consideramos:

Quadro nº8. – Matriz Análise Custo-Benefício

Opções	Organização- HLA:	Utentes:	
Custos	A	<ul style="list-style-type: none"> - Custos com Recursos Humanos; - Custos com Recursos Materiais; - Custos com transporte partilhado de utentes; 	<ul style="list-style-type: none"> -Custos com Deslocações; Custos com Deslocações = $2 \times \mu \text{Custos com Deslocação} \times n^{\circ} \text{ de utentes por concelho}$ - Custos com Tempo Despendido em deslocações Custo do Tempo por Deslocação = $\mu \text{Tempo em Deslocação} \times \mu \text{Vencimento/hora}$
	B	<ul style="list-style-type: none"> - Custos com Recursos Humanos - Custos com Recursos Materiais - Custo por Deslocação Profissional = $(N^{\circ} \text{ de Km} \times \text{valor participado/Km}) + (\text{Remuneração/hora} \times \text{tempo de deslocação/hora})$ 	<ul style="list-style-type: none"> - Custos com Deslocações Custos das Deslocações por Tratamento = $2 \times \mu \text{Custos com Deslocação}$ - Custos com Tempo Despendido em Deslocações Custo do Tempo por Deslocação = $\mu \text{Tempo em Deslocação} \times \mu \text{Vencimento/hora}$
Benefícios	A	- Valor poupado com deslocações dos profissionais;	Benefícios Intangíveis: Satisfação dos Utentes, Proximidade do Médico Prescritor, etc.
	B	<ul style="list-style-type: none"> - Valor poupado com transporte partilhado de utentes; Valor Poupado por Deslocação = $\text{Custo por Deslocação Profissional} - \text{Custo por Deslocação: Transporte de Utentes}$ - Produtividade: Valor de Taxas moderadoras por Consulta (Número de Consultas de MFR a multiplicar pelo valor de taxa moderadora por consulta) 	<ul style="list-style-type: none"> Valor Poupado com custos de Deslocação = $\text{Custo por Deslocação: HLA} - \text{Custo por Deslocação: Centro de Saúde}$ Tempo Poupado por Deslocação = $\mu \text{Tempo por Deslocação: HLA} - \mu \text{Tempo por Deslocação: Centro de Saúde}$ Custo do Tempo por Deslocação = $\text{Tempo Poupado por Deslocação} \times \mu \text{Vencimento/hora}$

Fonte: Elaboração Própria

Para tal, será importante proceder à definição prévia de alguns custos inerentes à opção alternativa, nomeadamente, custos com deslocação dos profissionais aos centros de saúde e sua influência no custo total do tratamento para o HLA. Os valores médios foram também avaliados por concelho:

4.6.1. Avaliação dos Custos

- **Utentes:**

Tendo em conta os valores obtidos no capítulo anterior:

Valor médio de tratamentos por utente = 35 tratamentos;

Rendimento médio mensal dos utentes inquiridos é de 400,54 euros sendo o seu valor médio por hora de 2,86€.

Entende-se por **Custos com Deslocações** todos os custos que o utente tem inerentes a cada deslocação para tratamentos de fisioterapia e que garantam o seu acesso, avaliados tendo em conta a seguinte fórmula:

$$\text{Custos das Deslocações por Tratamento} = 2 \times \mu\text{Custos com Deslocação}$$

Os custos com deslocação dos utentes entre a sua residência e o centro de saúde do seu local de residência, têm por base os valores referidos pelos utentes em questionário e encontram-se discriminados na seguinte tabela:

Quadro nº9 – Custos com Deslocação entre Residência e Centro de Saúde (euros/ viagem)

Concelho de Residência	Média por Viagem	N	Desvio Padrão	Custos de Deslocação por Tratamento
Santiago do Cacém	4,41€	26	3,920	8,82€ (4,41x2)
Odemira	7,60€	5	4,506	15,2€ (7,60x2)
Alcácer do Sal	---	0	---	---
Sines	1,93€	7	2,353	3,86€ (1,93x2)
Grândola	6,1€	6	7,037	12,2€ (6,1x2)

Fonte: Elaboração Própria

Entende-se por **Custos com Tempo Despendido em Deslocações** todos os custos que os utentes têm, por hora, com o tempo despendido por cada deslocação. Estes distribuem-se de acordo com o concelho de origem da seguinte forma:

Custos por Tempo de Deslocação

$$= (\mu \text{ Vencimento por hora} \times \mu \text{ tempo de Deslocação})$$

Tendo em conta que Valor Médio Rendimento por hora de 2,86.

Tabela nº25 - Tempo com Deslocação entre Residência e Centro de Saúde (horas/ viagem)

Concelho de Residência	Média	N	Desvio Padrão
Santiago do Cacém	,2642	28	,22341
Odemira	,3164	5	,16030
Alcácer do Sal	---	0	---
Sines	,1775	7	,15825
Grândola	,2348	6	,16241
Total	,2492	45	,19925

Fonte: Elaboração Própria

Quadro nº10 - Custos com Tempo Despendido com Deslocação entre Residência e Centro de Saúde (horas/ viagem)

Concelho de Residência	Custos de Tempo Despendido por hora
Santiago do Cacém	0,75€ (0,2642x2,86)
Odemira	0,90€ (0,3164x2,86)
Alcácer do Sal	---
Sines	0,50€ (0,1775x2,86)
Grândola	0,71€ (0,2492x2,86)

Fonte: Elaboração Própria

Entende-se por **Custos por Tratamento** todos os custos que o utente tem inerentes a cada dia de tratamentos de fisioterapia realizados. Para os utentes os custos totais com o tratamento realizado no Centro de Saúde da sua área de residência serão avaliados tendo em conta a seguinte fórmula:

Custos por Tratamento

$$= \frac{\mu \text{ Taxas Moderadoras}}{\mu \text{ Tratamentos por Utente}} + (\mu \text{ Vencimento por hora} \times \mu \text{ N}^\circ \text{ total de Horas em tratamento}) + 2 \times \mu \text{ Custos com Deslocação}$$

Número total de horas despendidas para tratamentos de fisioterapia = 3,1517 h, tendo em conta que este valor inclui o tempo de deslocação (cuja média passou de 0,5536/h para o HLA para 0,249/h para o Centro de Saúde) considerou-se que o nº total de horas despendidas para tratamentos, tal como o valor médio das deslocações, também devem ser reduzidas para metade ou seja para 1,575h

Podemos afirmar, tal como apresentado no Quadro nº12, que:

Quadro nº11- Custos por Tratamento no Centro de Saúde por Concelho

Concelho de Residência	Custos de deslocação por tratamento	Custos Por tratamento Utentes Isentos	Custos Por tratamento Utentes Não Isentos
Santiago do Cacém	8,82€ (4,41x2)	13,32€	22,51€
Odemira	15,2€ (7,60x2)	19,70€	28,89€
Alcácer do Sal	---	---	---
Sines	3,86€ (1,93x2)	8,36€	17,55€
Grândola	12,2€ (6,1x2)	16,70€	25,89€

Fonte: Elaboração Própria

- **Hospital do Litoral Alentejano:**

Entende-se por **Custos com as Deslocações dos Profissionais** todos os custos que a organização de saúde - HLA tem inerentes a cada deslocação de cada profissional desde as instalações do HLA até às instalações do Centro de Saúde de cada Concelho. Para o HLA os custos totais com o tratamento serão avaliados tendo em conta a seguinte fórmula:

Custo por Deslocação Profissional =

$$(N^{\circ} \text{ de Km} \times \text{valor participado/Km}) + (\text{Remuneração/hora} \times \text{tempo de deslocação/hora})$$

Sendo:

O valor participado por viagem de 0,40€ por km¹¹

Valor remuneração/ hora de 11,11€

Os custos do HLA com as deslocações dos profissionais são as descritas no Quadro nº discriminadas por concelho.

¹¹ Despacho nº6303/2010, diário da república, 2ª série – N.º69- 9 de Abril de 2010

Quadro nº12 – Distância, Custos por Deslocação e Tempo de Deslocação entre HLA e Centro de Saúde por Concelho (km/ viagem)¹² e por Profissional

Concelho de Residência	Distância por viagem	Tempo de Deslocação por Viagem	Custo por deslocação profissional/ €
Santiago do Cacém	5,5km	0,18	4,2€
Odemira	60km	1,23	37,67€
Alcácer do Sal	50km	0,78	28,67€
Sines	18km	0,417	11,83€
Grândola	29km	0,53	17,49€

Fonte: Elaboração Própria

Entende-se por **Custos por Tratamento** todos os custos que a organização de saúde - HLA tem inerentes a cada tratamento de fisioterapia realizado nas instalações do Centro de Saúde de cada Concelho. Para o HLA os custos totais com o tratamento serão avaliados tendo em conta a seguinte fórmula:

Custos por Tratamento

$$= \frac{TCRecursos\ Humanos/dia + TCRecursos\ Materiais/dia}{N^{\circ}\ Total\ de\ Tratamentos\ Realizados/dia} + Custo\ por\ Deslocação\ Profissional$$

Tendo em conta que o ACES AL seria na Opção B o responsável pela garantia a manutenção das instalações e pela aquisição do material a utilizar o HLA deixa de ter encargos com os recursos materiais.

Sendo:

Custos totais com Recursos Humanos = 412,5€ por dia

Custos com Recursos Materiais= 0 € diários

Número Total de Tratamentos realizados por dia = 101

Os custos do HLA com cada tratamento realizado nas instalações dos centros de Saúde são as descritas no Quadro nº13 discriminadas por concelho.

¹² Através de consulta do site www.viamichelin.pt consultado a 1 de Julho de 2012.

Quadro nº13 – Custos por Tratamento

Concelho de Residência	Custo por Tratamento
Santiago do Cacém	8,71€
Odemira	46,55€
Alcácer do Sal	36,75€
Sines	17,35€
Grândola	23.88€

Fonte: Elaboração Própria

Relativamente aos custos com os Recursos Humanos, estes na opção alternativa variam o seu valor, uma vez que, apenas serão disponibilizadas 3:30h diárias para a realização de tratamentos nos CS durante 240 dias úteis anuais. Tendo em conta que o valor por hora de recursos humanos é menor (11,88€) porque os recursos humanos correspondentes aos AO e AT serão na opção B encargo do ACES AL. O custo unitário de cada FT será na opção B de 9979,20€ e de 29937,60€ pelos 3 profissionais.

4.6.2. Avaliação dos Benefícios

Para avaliação dos benefícios, será importante proceder à definição prévia de alguns benefícios, nomeadamente, valor poupado no tempo e no custo do transporte partilhado de utentes e deslocações dos utentes aos centros de saúde e sua influência no custo total do tratamento para o HLA e Utente. Os valores médios foram avaliados por concelho:

- **Utentes:**

O **Valor Poupado por Deslocação** traduz-se através da diferença entre o valor gasto por deslocação da residência do utente para o HLA e para o CS e encontra-se discriminado por concelho no Quadro nº14.

Quadro nº14 – Valor Poupado por Deslocação por Concelho

Concelho de Residência	Custo por Deslocação Residência HLA	Custo por Deslocação Residência ACES	Valor Poupado por Deslocação
Santiago do Cacém	5,2917€	4,41€	0,8817€
Odemira	15,7500€	7,60€	8,15€
Alcácer do Sal	---	---	---
Sines	5,6667€	1,93€	3,74€
Grândola	13,0000€	6,1€	6,9€

Fonte: Elaboração Própria

O **Tempo Poupado por Deslocação** traduz-se através da diferença entre o tempo de deslocação da residência do utente para o HLA e para o CS e encontra-se discriminado por concelho no Quadro nº15.

Sabendo que o Rendimento Médio por hora dos utentes é de 2,8€ e que o tempo por deslocação poderá ter um valor monetário associado este também foi calculado e está discriminado por concelho no Quadro nº15.

Quadro nº15 – Tempo Poupado por Deslocação por Concelho

Concelho de Residência	Tempo por Deslocação Residência-HLA /h	Tempo por Deslocação Residência-CS /h	Tempo Poupado por Deslocação	Valor Poupado por Deslocação
Santiago do Cacém	,4227	,2642	0,1585	0,46€
Odemira	,8826	,3164	0,5662	1,61€
Alcácer do Sal	1,0833	---	---	---
Sines	,4474	,1775	0,2699	0,77€
Grândola	,6661	,2348	0,4313	1,23€

Fonte: Elaboração Própria

O **Valor Poupado por Tratamento** traduz-se através da diferença entre o Valor por Tratamento realizado no HLA e o Tratamento realizado no CS calculado com recurso à seguinte fórmula:

Custos por Tratamento

$$= \frac{\mu \text{ Taxas Moderadoras}}{\mu \text{ Tratamentos por Utente}} + (\mu \text{ Vencimento por hora} \times \mu \text{ N}^\circ \text{ total de Horas em tratamento}) + 2 \times \mu \text{ Custos com Deslocação}$$

Este encontra-se discriminado por concelho no quadro seguinte (Quadro nº16).

Quadro nº16 – Valor Poupado por Tratamento por Concelho

Concelho de Residência	Valor Tratamento no HLA		Valor Tratamento no CS		Valor Poupado por Tratamento	
	Isentos	Não Isentos	Isentos	Não Isentos	Isentos	Não Isentos
Santiago do Cacém	19,59€	28,78	13,32€	22,51€	6,27€	6,27€
Odemira	40,51€	49,70	19,70€	28,89€	20,81€	20,81€
Alcácer do Sal	---	---	---	---	---	---
Sines	20,34€	29,53	8,36€	17,55€	11,98€	11,98€
Grândola	35,01€	44,20	16,70€	25,89€	18,31€	18,31€

Fonte: Elaboração Própria

- **Hospital do Litoral Alentejano:**

Para o HLA, os benefícios tangíveis prendem-se sobretudo com o valor poupado por deslocação calculado através da seguinte fórmula:

$$\text{Valor Poupado por Deslocação} =$$

$$\text{Custo por Deslocação Profissional} - \text{Custo por Deslocação: Transporte de Utentes}$$

Outros benefícios potenciais serão também o número de consultas de MFR (produtividade) e o consequente aumento de taxas moderadoras pagas por consulta¹³ tal como o número de tratamentos médicos realizados, como por exemplo a Mesoterapia. Tendo em conta os dados do HLA (2011) dos 703 utentes para tratamentos de fisioterapia apenas 225 (32%) não eram isentos do pagamento de taxas moderadoras, logo, foram recebidos 1687,50€ de taxas moderadoras pelas consultas de MFR no HLA. Para cálculo dos potenciais benefícios na opção B aos valores já recebidos pelas consultas de MFR serão somados os valores de taxas moderadoras por consulta de MFR esperados para os utentes do ACES AL. Estes foram calculados para os utentes do ACES AL tendo em conta a mesma percentagem de utentes Não isentos de taxas moderadoras do HLA (32%, n=255) do número de utentes do ACES AL (n=951 sendo 32% destes n=304), somados aos do HLA a multiplicar pelo valor convencionado por consulta¹⁰. Assim sendo os valores de taxas moderadoras que se espera receber na opção B será de 3930€. Estes, de acordo com os dados de 2011 distribuem-se por concelho da seguinte forma (Tabela nº26):

Tabela nº26 – Análise comparativa por concelho dos valores de Taxas Moderadoras Esperadas por Consultas de MFR

Concelho	HLA	ACES AL	Total	Utentes Não Isentos (32%)	Valor taxa moderadora por consulta MFR
Santiago do Cacem	344	---	344	110	825
Odemira	87	541	628	200	1500
Grândola	91	128	219	70	525
Sines	150	---	150	48	360
Alcácer do Sal	19	282	301	96	720
TOTAL	691	951	1642	524	3930€

Fonte: Elaboração Própria

¹³ De acordo com a tabela de MCDT convencionada para 2012, in www.acss.pt, consultada a 10 de Maio de 2012, o valor pago por consulta de MFR (1ª e subsequentes) é de 7,50€.

4.6.3. Avaliação da diferença entre os valores médios dos Custos, Tempo despendido e Distância de Deslocação

Após calcularmos os custos para cada opção em análise, apresenta-se agora de forma sucinta os cálculos que fizemos ao longo deste trabalho subdivididos em ambas as partes interessadas, neste caso, Utentes e HLA, por concelho (Quadro nº17).

Quadro nº17 – Análise comparativa dos valores dos custos para os utentes entre as opções A e B por Concelho de Residência

Variável	Utentes	Opção A		Opção B		
	Concelho	Custos		Custos		Variação dos Custos
Custos por Deslocação/	Santiago do Cacém	5,292€		4,41€		0,88€
	Odemira	15,75€		7,60€		8,15€
	Sines	5,667€		1,93€		3,74€
	Grândola	13€		6,1€		6,9€
		Isentos	Não Isentos	Isentos	Não Isentos	
Custos por Tratamento	Santiago do Cacém	19,59€	28,78€	13,32€	22,51€	6,27€
	Odemira	40,51€	49,70€	16,1€	28,89€	20,81€
	Sines	20,34€	29,53€	4,36€	17,55€	11,98€
	Grândola	35,01€	44,20€	12,91€	25,89€	18,31€
Custos com Tempo Despendido por Deslocação	Santiago do Cacém	1,21€		0,75€		0,46€
	Odemira	2,52€		0,90€		1,61€
	Sines	3,1€		0,50€		0,77€
	Grândola	1,9€		0,71€		1,23€

Fonte: Elaboração Própria

Da análise do quadro acima apresentado poderemos verificar que a variação dos custos para os utentes por tratamento apresenta uma diferença considerável entre as opções apresentadas A e B. Em todos os concelhos verifica-se uma redução destes, a qual varia entre os 7,61€, para os utentes de Santiago do Cacem, e os 30,57€ para os utentes do concelho de Odemira. Verifica-se portanto que os valores de redução dos custos são, tal como esperado, mais acentuados nos concelhos mais distantes do HLA e menos para os utentes do mesmo concelho ou concelhos vizinhos.

No entanto, importa agora avaliar se para os utentes as diferenças dos valores médios dos Custos com Tratamento, Tempo despendido e Distância entre as opções A e B são estatisticamente significativas.

Tendo em consideração a exatidão que o estudo exige optou-se por definir, para todas as análises inferenciais, um nível de significância de 0,05, ou seja, que se admite um erro de 5%.

Para avaliar as diferenças entre os valores Médios das variáveis “Custo de Deslocação” e “Tempo de Deslocação” aquando da realização de tratamentos nas Opções A e B recorreu-se, atendendo às características das variáveis (variáveis quantitativas medidas em escala de Razão) e ao tipo de relação que se pretende analisar, ao teste paramétrico *T-Test* para amostras emparelhadas. O *T-Test* para amostras emparelhadas é utilizado para avaliar a significância da diferença entre duas medições emparelhadas quando a variável dependente é medida numa escala de razão sempre que o pressuposto de normalidade nas duas populações se verifique como recomenda Maroco (2007). É exemplo deste tipo de testes a comparação do efeito de dois tratamentos numa amostra aleatória de pessoas (Gageiro e Pestana, 2008). Como se pretende comparar dois custos referentes ao mesmo grupo de indivíduos, logo o pressuposto do emparelhamento das amostras está verificado.

De acordo com Gageiro e Pestana (2008), para a aplicação do *T-Test* deve existir correlação entre os dois grupos para se poder utilizar este teste estatístico, se esta não existir ou se a correlação for pequena significa que o emparelhamento não foi útil.

Dado que se trata de uma amostra com uma dimensão grande ($n=63 > 30$) pela aplicação do Teorema de Limite Central, pode considerar-se que os pressupostos de normalidade se verificam e que as variáveis apresentam uma distribuição normal.

Assim para as variáveis:

- “Custo com Deslocação”

X1 – Variável aleatória que representa a média de custo dos utentes com a Deslocação entre a Residência e o HLA;

X2 - Variável aleatória que representa a média de custo dos utentes com a Deslocação entre a Residência e o CS da sua Residência;

- “Tempo com Deslocação”

X1 – Variável aleatória que representa a média de Tempo Despendido com a Deslocação entre a Residência e o HLA;

X_2 - Variável aleatória que representa a média de Tempo Despendido com a Deslocação entre a Residência e o CS da sua Residência;

$$D=X_1-X_2$$

Sendo consideradas as seguintes hipóteses para ambas as variáveis:

- “Custo com Deslocação”

H_0 : A média do custo dos utentes com a deslocação entre a Residência-HLA é igual ou superior à média do custo dos utentes com a deslocação entre a Residência-CS da área de residência.

H_1 : A média do custo dos utentes com a deslocação entre a Residência-HLA é inferior à média do custo dos utentes com a deslocação entre a Residência-CS da área de residência

- “Tempo com Deslocação”

H_0 : A média do tempo despendido com a deslocação dos utentes entre a Residência-HLA é igual ou superior à média do custo dos utentes com a deslocação entre a Residência-CS da área de residência.

H_1 : A média do tempo despendido com a deslocação dos utentes entre a Residência-HLA é inferior à média do custo dos utentes com a deslocação entre a Residência-CS da área de residência

$$H_0: \mu D \geq 0 \quad Vs \quad H_1: \mu D < 0$$

Para ambas as variáveis importa verificar a significância da correlação, sendo o teste de hipóteses para a s correlações:

$$H_0: \rho = 0 \quad Vs \quad H_1: \rho \neq 0$$

Tabela n°27 – Análise de Correlação: Test-t

Paired Samples Correlations				
		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Custo da Deslocação	45	,548	,000
	Residência –HLA & Custo da Deslocação Residência-CS			
Pair 2	Tempo da Deslocação	62	,431	,000
	Residência –HLA & Tempo da Deslocação Residência-CS			

Fonte: Inquérito por Questionário: SPSS

Como podemos verificar da análise da Tabela n°27, para ambas as variáveis para um valor $p = 0,000 < 0,05$ rejeita-se H_0 ao nível de significância de 5%. Podemos concluir que, para ambas as variáveis “Custo da Deslocação” e “Tempo de Deslocação”, existe entre X_1 e X_2 uma correlação forte e direta estatisticamente significativa.

Após verificarmos a existência da correlação, passamos agora ao teste de hipóteses para a diferença de valores médios para as duas amostras emparelhadas.

Tabela n°28 – Análise comparativa entre os valores Médios de “Custo da Deslocação” e “Tempo da Deslocação” entre Residência-HLA e Residência-Centro de Saúde da área de residência: Test-t para amostras emparelhadas

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Custo da Deslocação Residência-HLA - Custo da Deslocação Residência-CS	4,17111	5,52340	,82338	2,51170	5,83052	5,066	44	,000
Pair 2	Tempo da Deslocação Residência-HLA - Tempo da Deslocação Residência-CS	,29037	,32001	,04064	,20910	,37164	7,145	61	,000

Fonte: Inquérito por Questionário: SPSS

Através da análise da tabela acima representada poderemos verificar que para ambas as variáveis “Custo da Deslocação” e “Tempo da Deslocação” um valor $P = \frac{0,000}{2} = 0,000 < 0,05$ e $t = 5,066$ para a variável custos de deslocação e $t = 7,145$ para a variável tempo de deslocação, logo para ambas não se rejeita H_0 ao nível de significância de 5%. Podemos concluir que existem evidências estatísticas para se afirmar que os valores médios dos custos com deslocação e tempo despendido com deslocação entre Residência-CS são significativamente inferiores ao valor médio dos

custos e tempo de deslocação entre Residência-HLA este pressuposto vem validar a importância para os utentes da análise custo-benefício da descentralização da prestação dos cuidados de saúde em causa.

Os elementos da amostra foram também inquiridos sobre a disposição a pagar para usufruírem do mesmo tipo de cuidados mas no seu concelho de residência. As suas respostas distribuíram-se por concelho da seguinte forma (Tabela nº29)

Tabela nº29 - Tabela de Frequências – Variável Concelho de Residência e Disposição para pagar

		Disposição a Pagar		Total
		Sim	Não	
Concelho de Residência	Santiago do Cacém	9	24	33
	Odemira	3	3	6
	Alcácer do Sal	1	2	3
	Sines	2	7	9
	Grândola	2	8	10
	Outros	0	1	1
Total		17	45	62

Fonte: Inquérito por Questionário

Verificou-se que, contrariamente ao esperado, apenas 17 elementos da amostra referiram estar dispostos a pagar para usufruírem dos mesmos cuidados no concelho de residência. Estes valores podem ser explicados pela possibilidade de terem compreendido a questão como uma hipótese de aumentarem os seus encargos.

Pela aplicação do Coeficiente de Phi¹⁴ verificamos não existir associação entre a disposição a pagar e o concelho de residência (0,195 para $\rho = 0,796 > 0,05$).

Tabela nº30 - Teste de Associação de Phi – Variável Concelho de Residência e Disposição para Pagar

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,195	,796
	Cramer's V	,195	,796
N of Valid Cases		62	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Fonte: Inquérito por Questionário

¹⁴ O Coeficiente de Phi é uma medida de associação para variáveis nominais baseadas nas estatísticas do Qui-Quadrado. Estas medidas normalmente variam entre zero e um, isto é, desde ausência de relação até à relação perfeita entre as variáveis. Um valor absoluto inferior a 0,2 indica uma associação muito baixa, valores entre 0,2 e 0,39 indicam uma associação baixa, entre 0,4 e 0,69 uma associação moderada, entre 0,7 e 0,89 uma associação alta, entre 0,9 e 1 indicam uma associação muito alta. (Gageiro & Pestana, 2008)

Para procurarmos dar resposta aos valores de disposição a pagar (n= 17 para a resposta Sim e n=49 para a resposta Não), procuramos verificar a existência de independência ou associação entre a “disposição a pagar” e os valores de “rendimento médio mensal”, “distância entre residência e HLA”, “Custos com Deslocação entre Residência-HLA” e “Condicionamento do Exercício Profissional”.

Como a variável “disposição a pagar” se trata de uma variável qualitativa, nominal dicotómica e as variáveis “rendimento médio mensal”, “Distância entre Residência-HLA” e “Custos com Deslocação entre Residência-HLA” são variáveis quantitativas contínuas, optou-se por categorizar as variáveis quantitativas em qualitativas nominais e recorrer ao Coeficiente de Phi e Qui- quadrado. Para tal foram criadas novas variáveis para as quais foram criadas duas categorias tendo em conta os valores médios para cada variável.

Os valores obtidos através da análise estatística dos dados, apontam para a não existência de associação entre a “Disposição para pagar” e a distância, os custos ou o rendimento médio mensal.

Se procurarmos perceber se existe associação entre a “disposição para pagar” e a influência que o tempo despendido para os tratamentos tem no desempenho da atividade profissional avaliada através da variável “Condicionamento do exercício profissional” (variável qualitativa ordinal categorizada e transformada em variável nominal) podemos verificar que, da análise da Tabela nº31, 12 dos utentes que referiram sentir que o tempo despendido na realização dos tratamentos condicionada o seu exercício e desempenho profissional referiram também estar disponíveis para pagar para realizar tratamentos no seu concelho de residência.

Tabela nº31 - Tabela de Frequências – Variável Condicionamento do Exercício Profissional e Disposição para Pagar

		Disposição a Pagar		Total
		Sim	Não	
Condicionamento do Exercícios Profissional	Sim	8	4	12
	Não	9	41	50
Total		17	45	62

Fonte: Inquérito por Questionário

Pela aplicação do Coeficiente de Phi (Tabela nº32), por se tratar de duas variáveis qualitativas, que os valores obtidos apontam para a existência de uma associação positiva moderada entre as categorias concordantes das duas variáveis que se encontram sombreadas (0,43 para $P = 0,001 < 0,05$).

Tabela nº32 - Teste de Associação de Phi – Variável Concelho de Residência e Disposição para Pagar

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,431	,001
	Cramer's V	,431	,001
N of Valid Cases		62	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Fonte: Inquérito por Questionário

Assim, pode afirmar-se que há uma tendência para que os utentes que sentem que o tempo despendido em tratamentos condiciona o seu desempenho profissional demonstrarem estar dispostos a pagar para usufruírem dos mesmos cuidados no seu concelho de residência ao contrário dos que referem que não sentem que o tempo despendido influencie o seu desempenho profissional.

Tabela nº33 - Teste de Qui- Quadrado – Variável Concelho de Residência e Disposição para Pagar

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11,517 ^a	1	,001		
Continuity Correction ^b	9,202	1	,002		
Likelihood Ratio	10,420	1	,001		
Fisher's Exact Test				,002	,002
Linear-by-Linear Association	11,331	1	,001		
N of Valid Cases	62				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,29.

b. Computed only for a 2x2 table

Fonte: Inquérito por Questionário

O teste não paramétrico do qui-quadrado permite afirmar que, de facto, as duas variáveis estão associadas ($P = 0,002 < 0,05$), não são independentes (Tabela nº33).

Quadro nº18 – Análise comparativa dos valores dos custos para o HLA entre as opções A e B por Concelho de Residência

Variável	HLA	Opção A	Opção B	
	Concelho	Custos	Custos	Variação dos Custos
Custos por Deslocação de Profissionais	Santiago do Cacém	0€	4,2€	-4,2€
	Odemira	0€	37,67€	-37,67€
	Sines	0€	11,83€	-11,83€
	Grândola	0€	17,49€	-17,49€
Custos por Tratamento	Santiago do Cacém	4,8€	8,71€	-3,91€
	Odemira	4,8€	46,55€	-41,75€
	Sines	4,8€	17,35€	-12,55€
	Grândola	4,8€	23,88€	-19,08€
Custos com Transporte Partilhado de Utentes /ano	Santiago do Cacém	26895,94€	0	26895,94€
	Odemira	61591,89€	0	61591,89€
	Sines	18891,03€	0	18891,03€
	Alcácer do Sal	4653,120€	0	4653,120€

Fonte: Elaboração Própria

Para o HLA, pode-se verificar que a variação dos custos entre as duas opções é muito significativa sobretudo no que diz respeito aos valores relacionados com o transporte partilhado de utentes (Quadro nº18).

4.6.4. Análise de Custo Benefício

Para o cálculo e análise dos custos e benefícios foram considerados os valores de tratamentos realizados (24254) e o número total de utentes tratados em 2011 pertencentes aos cinco concelhos em análise (691) de acordo com a seguinte matriz e os seguintes passos (Quadro nº21):

Quadro nº19 – Matriz da Análise ACB

Opção	A	Cenário desenvolvido tendo por base o período anterior à hipotética implementação do projeto, ou seja, tendo por base os dados e organização de 2011	
	B	HLA e o ACES AL como organizações independentes a trabalhar em parceria.	
Beneficiário		HLA	Utentes
Custos	A	<ul style="list-style-type: none"> • Custos com Recursos Humanos; • Custos com Recursos Materiais; • Custos com transporte partilhado de utentes; 	<ul style="list-style-type: none"> • Custos com Tempo despendido em Deslocações; • Custos com deslocações;
	B	<ul style="list-style-type: none"> • Custos com Recursos Humanos; • Custos com Recursos Materiais; • Custos com deslocações dos Profissionais; 	<ul style="list-style-type: none"> • Custos com Tempo despendido em Deslocações; • Custos com deslocações;
Benefícios	A	<ul style="list-style-type: none"> • Valor poupado com deslocações dos profissionais • Valor das taxas moderadoras por Tratamento; 	<ul style="list-style-type: none"> • Benefícios Intangíveis;
	B	<ul style="list-style-type: none"> • Valor poupado com transporte partilhado de utentes; • Valor de Taxas moderadoras por Consulta MFR; 	<ul style="list-style-type: none"> • Valor poupado com custos de deslocação • Valor poupado com tempo despendido em deslocações

Fonte: Elaboração Própria

PASSO 1 - Procedeu-se ao cálculo do **Valor Atual dos Custos e Benefícios** tendo por base uma taxa de atualização/ fator atualização de acordo com o valor de inflação de 3,5%, seguido do **PASSO 2 – Critérios de Decisão da Análise Custo-Benefício** e por fim o **PASSO 3 – Decisão da Análise Custo-Benefício**.

De uma forma sucinta, apresenta-se no quadro seguinte os valores anuais por item e por entidade.

Tabela nº34 – Análise comparativa dos valores dos custos e Benefícios para o HLA entre as Opções A e B discriminadas por Concelho

HLA	Concelho	Custos A	Benefícios A	Custos B	Benefícios B
Recursos Humanos	Santiago do Cacem	102357,94		9979,20 (1Fisio)	
	Odemira	25887,03		9979,20 (1Fisio)	
	Grândola	27077,24		9979,20 (1Fisio)	
	Alcácer do Sal	5653,49		9979,20 (1Fisio)	
	Sines	44632,82		9979,20 (1Fisio)	
Total		205608,53		29937,60	(3Fisio)
Recursos Materiais	Santiago do Cacem	8636,19		0	
	Odemira	2184,15		0	
	Grândola	2284,57		0	
	Alcácer do Sal	477		0	
	Sines	3765,78		0	
Total		17374,69		0	
Transportes Partilhado de Utentes	Santiago do Cacem	26895,94		0	26492,74
	Odemira	61591,89		0	57975,57
	Grândola	S/informação.		0	S/informação.
	Alcácer do Sal	4653,12		0	1900,80
	Sines	18891,03		0	17755,35
Total		112031,98			104124,46
Taxas Moderadoras Tratamentos Fisioterapia	Santiago do Cacem		35692,69		
	Odemira		9325,12		
	Grândola		9649,67		
	Alcácer do Sal		1929,33		
	Sines		15756,23		
Total			72350,04		
Deslocação dos Profissionais	Santiago do Cacem	0		403,20	
	Odemira	0		3616,32	
	Grândola	0		1679,04	
	Alcácer do Sal	0		2752,32	
	Sines	0		1135,68	
Total				9586,56	
Taxas Moderadoras – Consultas MFR	Santiago do Cacem		832,50		832,50
	Odemira		217,50		1500
	Grândola		225		525
	Sines		367		367
	Alcácer do Sal		45,50		720
Total			1687,50		3944
TOTAL Global		335015,20	74037,54	39524,16	108068,46
TOTAIS por Concelho	Santiago do Cacem	137890,07	36525,19	10382,40	27325,24
	Odemira	89663,07	9542,62	13595,52	59475,57
	Grândola	29361,81	9874,67	11658,24	525
	Sines	469289,63	16123,23	11114,88	18122,35
	Alcácer do Sal	10783,61	1974,83	12731,52	2620,80

Fonte: Elaboração Própria

Quadro nº20 – Análise comparativa dos valores dos Custos e Benefícios para o HLA entre as Opções A e B

Opção	Custos	Benefícios
A	335015,20	74037,54
B	39524,16	108068,46

Fonte: Elaboração Própria

Nota: Dados extraídos do Tabela nº34

Para a organização HLA o **Benefício Líquido Global** para a **Opção A** é de - 260977,66€ e para a **Opção B** de 68544,30€.

Contudo, se avaliarmos a relação entre os custos e benefícios nas duas opções em análise A e B, poderemos constatar que esta relação não apresenta valores de Benefício Líquido positivos em todos os concelhos (**Quadro nº21**).

Quadro nº21 – Análise comparativa dos valores de Benefícios Líquidos para o HLA entre as Opções A e B discriminadas por Concelho

Concelho	Benefício Líquido Opção A	Benefício Líquido Opção B
Santiago do Cacem	-101364,88	16942,84
Odemira	-80120,45	45880,05
Grândola	-19487,14	-11658,24
Sines	-453166,40	7007,47
Alcácer do Sal	-8808,78	-10110,72

Fonte: Elaboração Própria

Tabela nº35 – Análise comparativa dos valores dos custos e Benefícios para os Utentes entre as Opções A e B discriminadas por Concelho

Utentes	Concelho	Custos A	Benefícios A	Custos B	Benefícios B
Deslocações dos Utentes	Santiago do Cacem	3640,90		3034,08	606,82
	Odemira	2740,50		1322,40	1418,10
	Grândola	2366		1110,20	1255,80
	Alcácer do Sal	S/informação.	S/informação.	S/informação.	S/informação.
Tempo Despendido com Deslocações	Sines	1701		579	1122
	Santiago do Cacem	1664,96		1032	669
	Odemira	876,96		313,20	563,76
	Grândola	691,60		258,44	433,16
TOTAL	Alcácer do Sal	S/informação.	S/informação.	S/informação.	S/informação.
	Sines	1140		300	840
	Santiago do Cacem	5305,86		4066,08	1275,82
	Odemira	3617,46		1635,60	1981,86
	Grândola	3057,6		1368,64	1688,96
	Sines	2841		879	1962
	Alcácer do Sal	S/informação	S/informação.	S/informação	S/informação

Fonte: Elaboração Própria

No que diz respeito aos utentes de Alcácer do Sal, não nos foi possível obter informação relativa aos custos com “Deslocações dos utentes” e “Tempo Despendido com Deslocações” porque todos os utentes inquiridos com respostas válidas se deslocaram aos tratamentos com recurso aos Transporte partilhado de utentes.

Quadro nº22 – Análise comparativa dos valores dos Custos e Benefícios para os Utentes entre as Opções A e B discriminadas por Concelho

Concelho	Benefício Líquido Opção A	Benefício Líquido Opção B
Santiago do Cacem	-5305,86	-2790,26
Odemira	-3617,46	346,26
Grândola	-3057,6	320,32
Sines	-2841	1083

Fonte: Elaboração Própria

PASSO 1 – Tabela nº36 – Valor Atual dos Custos e Benefícios Globais- HLA

Taxa de Atualização	3,5%
Facto de Atualização	$1/(1+i)^n$

Ano	Opção A				Opção B		
	Fator Atual	Custo Anual	Benefício Atual	Benefício Líquido	Custo Anual	Benefício Atual	Benefício Líquido
		335015,20	74037,54	-260977,66	39524,16	108068,46	68544,3
1	0,96618	334691,51	73966,01	-260725,51	39485,97	107964,05	68478,07
2	0,93351	334368,14	73894,54	-260473,60	39447,82	107859,73	68411,91
3	0,90194	334045,08	73823,15	-260221,93	39409,71	107755,52	68345,81
4	0,87194	333722,33	73751,82	-259970,51	39371,63	107651,41	68279,78
5	0,84197	333399,89	73680,56	-259719,33	39333,59	107547,40	68213,81
Total		2005242,16	443153,61	-1562088,54	236572,88	646846,57	410273,68

Fonte: Elaboração Própria

Perante os valores obtidos e de acordo com o método de avaliação económica escolhido, é necessário calcular os valores dos critérios de análise Custo Benefício. Estes encontram-se no quadro seguinte:

PASSO 2 – Quadro nº23 -Critérios de Decisão da Análise Custo-Benefício - HLA

Critério de Escolha – HLA	Opção A	Opção B
Valor Atual Benefício Líquido	-1562088,54	410273,68
Rácio Custo-Benefício	4,52	0,37
Taxa Interna de Rendibilidade	Indef. ¹⁵	Indef. ¹³

Fonte: Elaboração Própria

Quadro nº24 - Opção a Adotar:

Critério de Escolha	Opção Estratégica
Valor Atual Benefício Líquido	B
Rácio Custo-Benefício	B
Taxa Interna de Rendibilidade	*11

Fonte: Elaboração Própria

Segundo a análise ACB, face aos dois critérios de escolha que conseguimos calcular, em ambas as escolhas recaem sobre a opção B, isto é, a escolha é pela descentralização da prestação de cuidados. Dado as diferentes características entre os diferentes concelhos importa analisar mais especificamente a relação custo benefício para cada concelho não apenas para o HLA como para os Utentes.

¹⁵ Dado os Benefícios Líquidos da Opção A serem todos negativos e da Opção B serem todos positivos não é possível calcular a Taxa Interna de Rendibilidade, logo, aparece como indefinido (Indef.)

CONCELHO: SANTIAGO DO CACÉM

PASSO 1 – Tabela nº37 - Valor Atual dos Custos e Benefícios - UTENTES

Utentes		Opção A			Opção B		
Ano	Fator Atual	Custo Anual	Benefício Atual	Benefício Líquido	Custo Anual	Benefício Atual	Benefício Líquido
		5305,86	---	-5305,86	4066,08	1275,82	-2790,26
1	0,96618	5300,73	---	-5300,73	4062,15	1274,59	-2787,56
2	0,93351	5295,61	---	-5295,61	4058,23	1273,36	-2784,87
3	0,90194	5290,50	---	-5290,50	4054,31	1272,13	-2782,18
4	0,87194	5285,38	---	-5285,38	4050,39	1270,90	-2779,49
5	0,84197	5280,28	---	-5280,28	4046,48	1269,67	-2776,81
Total		31758,36	---	-31758,36	24337,63	7636,45	-16701,17

Fonte: Elaboração Própria

PASSO 2 – Quadro nº25 - Critérios de Decisão da ACB - UTENTES

Critério de Escolha – Utentes	Opção A	Opção B
Valor Atual Benefício Líquido	-31758,36	-16701,17
Rácio Custo-Benefício	---	3,19
Taxa Interna de Rentabilidade	Indef. ¹³	Indef. ¹³

Fonte: Elaboração Própria

PASSO 1 – Tabela nº38 - Valor Atual dos Custos e Benefícios - HLA

HLA		Opção A			Opção B		
Ano	Fator Atual	Custo Anual	Benefício Atual	Benefício Líquido	Custo Anual	Benefício Atual	Benefício Líquido
		137890,07	36525,19	-101364,88	10382,40	27325,24	16942,84
1	0,96618	137756,84	36489,90	-101266,94	10372,37	27298,84	16926,47
2	0,93351	137623,74	36454,64	-101169,10	10362,35	27272,46	16910,12
3	0,90194	137490,77	36419,42	-101071,35	10352,34	27246,11	16893,78
4	0,87194	137357,93	36384,23	-100973,70	10342,33	27219,79	16877,46
5	0,84197	137225,22	36349,08	-100876,14	10332,34	27193,49	16861,15
Total		825344,59	218622,47	-606722,11	62144,12	163555,93	101411,81

Fonte: Elaboração Própria

PASSO 2 – Quadro nº 26 - Critérios de Decisão da ACB-HLA

Critério de Escolha – HLA	Opção A	Opção B
Valor Atual Benefício Líquido	-606722,11	101411,81
Rácio Custo-Benefício	3,78	0,38
Taxa Interna de Rentabilidade	Indef. ¹³	Indef. ¹³

Fonte: Elaboração Própria

Quadro nº27 - Opção a Adotar:

Critério de Escolha	Opção Estratégica HLA	Opção Estratégica Utentes
Valor Atual Benefício Líquido	B	B
Rácio Custo-Benefício	B	B
Taxa Interna de Rendibilidade	* ¹¹	* ¹¹

Fonte: Elaboração Própria

CONCELHO: ODEMIRA

PASSO 1 – Tabela nº39 - Valor Atual dos Custos e Benefícios - UTENTES

Utentes		Opção A			Opção B		
Ano	Fator Atual	Custo Anual	Benefício Atual	Benefício Líquido	Custo Anual	Benefício Atual	Benefício Líquido
		3617,46	---	-3617,46	1635,60	1981,86	346,26
1	0,96618	3613,96	---	-3613,96	1634,02	1979,95	345,93
2	0,93351	3610,47	---	-3610,47	1632,44	1978,03	345,59
3	0,90194	3606,98	---	-3606,98	1630,86	1976,12	345,26
4	0,87194	3603,50	---	-3603,50	1629,29	1974,21	344,92
5	0,84197	3600,02	---	-3600,02	1627,71	1972,30	344,59
Total		21652,40	---	-21652,40	9789,93	11862,47	2072,55

Fonte: Elaboração Própria

PASSO 2 – Quadro nº 28 - Critérios de Decisão da ACB - UTENTES

Critério de Escolha – Utentes	Opção A	Opção B
Valor Atual Benefício Líquido	-21652,40	2072,55
Rácio Custo-Benefício	---	0,83
Taxa Interna de Rentabilidade	Indef. ¹³	Indef. ¹³

Fonte: Elaboração Própria

PASSO 1 - Tabela nº40 - Valor Atual dos Custos e Benefícios - HLA

HLA		Opção A			Opção B		
Ano	Fator Atual	Custo Anual	Benefício Atual	Benefício Líquido	Custo Anual	Benefício Atual	Benefício Líquido
		89663,07	9542,62	-80120,45	13595,52	59475,57	45880,05
1	0,96618	89576,44	9533,40	-80043,04	13582,38	59418,11	45835,72
2	0,93351	89489,89	9524,19	-79965,70	13569,26	59360,70	45791,44
3	0,90194	89403,43	9514,99	-79888,44	13556,15	59303,34	45747,19
4	0,87194	89317,05	9505,79	-79811,25	13543,05	59246,05	45702,99
5	0,84197	89230,75	9496,61	-79734,14	13529,97	59188,80	45658,84
Total		536680,63	57117,60	-479563,03	81376,34	355992,56	274616,23

Fonte: Elaboração Própria

PASSO 2 – Quadro nº29 - Critérios de Decisão da ACB - HLA

Critério de Escolha – HLA	Opção A	Opção B
Valor Atual Benefício Líquido	-479563,03	274616,23
Rácio Custo-Benefício	9,40	0,23
Taxa Interna de Rendibilidade	Indef. ¹³	Indef. ¹³

Fonte: Elaboração Própria

Quadro nº 30 - Opção a Adotar:

Critério de Escolha	Opção Estratégica HLA	Opção Estratégica Utentes
Valor Atual Benefício Líquido	B	B
Rácio Custo-Benefício	B	B
Taxa Interna de Rendibilidade	*11	*11

Fonte: Elaboração Própria

CONCELHO: SINES

PASSO 1 - Tabela nº 41 - Valor Atual dos Custos e Benefícios - UTENTES

Utentes		Opção A			Opção B		
Ano	Fator Atual	Custo Anual	Benefício Atual	Benefício Líquido	Custo Anual	Benefício Atual	Benefício Líquido
		2841,00	---	-2841,00	879,00	1962,00	1083,00
1	0,96618	2838,26	---	-2838,26	878,15	1960,10	1081,95
2	0,93351	2835,51	---	-2835,51	877,30	1958,21	1080,91
3	0,90194	2832,77	---	-2832,77	876,45	1956,32	1079,86
4	0,87194	2830,04	---	-2830,04	875,61	1954,43	1078,82
5	0,84197	2827,30	---	-2827,30	874,76	1952,54	1077,78
Total		17004,88	---	-17004,88	5261,28	11743,60	6482,32

Fonte: Elaboração Própria

PASSO 2 – Quadro nº 31 - Critérios de Decisão da ACB - UTENTES

Critério de Escolha – Utentes	Opção A	Opção B
Valor Atual Benefício Líquido	-17004,88	6482,32
Rácio Custo-Benefício	---	0,45
Taxa Interna de Rendibilidade	Indef. ¹³	Indef. ¹³

Fonte: Elaboração Própria

PASSO 1 - Tabela nº42 - Valor Atual dos Custos e Benefícios - HLA

HLA		Opção A			Opção B		
Ano	Fator Atual	Custo Anual	Benefício Atual	Benefício Líquido	Custo Anual	Benefício Atual	Benefício Líquido
		469289,63	16123,23	-453166,40	11114,88	18122,35	7007,47
1	0,96618	468836,21	16107,65	-452728,56	11104,14	18104,84	7000,70
2	0,93351	468383,23	16092,09	-452291,14	11093,41	18087,35	6993,94
3	0,90194	467930,68	16076,54	-451854,14	11082,69	18069,87	6987,18
4	0,87194	467478,58	16061,01	-451417,57	11071,99	18052,41	6980,43
5	0,84197	467026,91	16045,49	-450981,42	11061,29	18034,97	6973,68
Total		2808945,24	96506,01	-2712439,23	66528,40	108471,80	41943,39

Fonte: Elaboração Própria

PASSO 2 – Quadro nº32 - Critérios de Decisão da ACB - HLA

Critério de Escolha – HLA	Opção A	Opção B
Valor Atual Benefício Líquido	-2712439,23	41943,39
Rácio Custo-Benefício	29,1	0,61
Taxa Interna de Rendibilidade	Indef. ¹³	Indef. ¹³

Fonte: Elaboração Própria

Quadro nº33 - Opção a Adotar:

Critério de Escolha	Opção Estratégica HLA	Opção Estratégica Utentes
Valor Atual Benefício Líquido	B	B
Rácio Custo-Benefício	B	B
Taxa Interna de Rendibilidade	*11	*11

Fonte: Elaboração Própria

CONCELHO: GRÂNDOLA

PASSO 1 - Tabela nº43 - Valor Atual dos Custos e Benefícios - UTENTES

Utentes		Opção A			Opção B		
Ano	Fator Atual	Custo Anual	Benefício Atual	Benefício Líquido	Custo Anual	Benefício Atual	Benefício Líquido
		3057,60	---	-3057,60	1368,64	1688,96	320,32
1	0,96618	3054,65	---	-3054,65	1367,32	1687,33	320,01
2	0,93351	3051,69	---	-3051,69	1366,00	1685,70	319,70
3	0,90194	3048,75	---	-3048,75	1364,68	1684,07	319,39
4	0,87194	3045,80	---	-3045,80	1363,36	1682,44	319,08
5	0,84197	3042,86	---	-3042,86	1362,04	1680,82	318,78
Total		18301,34	---	-18301,34	8192,03	10109,31	1917,28

Fonte: Elaboração Própria

PASSO 2 – Quadro nº34 - Critérios de Decisão da ACB - UTENTES

Critério de Escolha – Utentes	Opção A	Opção B
Valor Atual Benefício Líquido	-18301,34	1917,28
Rácio Custo-Benefício	---	0,81
Taxa Interna de Rentabilidade	Indef. ¹³	Indef. ¹³

Fonte: Elaboração Própria

Quadro nº35 - Opção a Adotar:

Critério de Escolha	Opção Estratégica Utentes
Valor Atual Benefício Líquido	B
Rácio Custo-Benefício	B
Taxa Interna de Rendibilidade	*11

Fonte: Elaboração Própria

Por insuficiência de dados relativos ao transporte partilhado de utentes dos utentes do concelho de Grândola não nos foi possível fazer para o HLA uma análise custo benefício específica para este concelho.

CONCELHO: ALCÁCER DO SAL

Não nos foi possível realizar a análise dos custos e benefícios para os utentes de Alcácer do Sal por insuficiência de dados devida ao facto de todos os elementos inquiridos em inquérito com respostas válidas serem utilizadores de transporte partilhado de utentes e consequentemente não terem encargos com a deslocação.

PASSO 1 - Tabela nº44 - Valor Atual dos Custos e Benefícios - HLA

HLA	Opção A			Opção B			
Ano	Fator Atual	Custo Anual	Benefício Atual	Benefício Líquido	Custo Anual	Benefício Atual	Benefício Líquido
		10783,61	1974,83	-8808,78	12731,52	2620,80	-10110,72
1	0,96618	10773,19	1972,92	-8800,27	12719,22	2618,27	-10100,95
2	0,93351	10762,78	1971,02	-8791,77	12706,93	2615,74	-10091,19
3	0,90194	10752,38	1969,11	-8783,27	12694,65	2613,21	-10081,44
4	0,87194	10741,99	1967,21	-8774,79	12682,39	2610,69	-10071,70
5	0,84197	10731,62	1965,31	-8766,31	12670,13	2608,16	-10061,97
Total		64545,58	11820,40	-52725,18	76204,84	15686,87	-60517,98

Fonte: Elaboração Própria

PASSO 2 – Quadro nº36 - Critérios de Decisão da ACB - HLA

Critério de Escolha – HLA	Opção A	Opção B
Valor Atual Benefício Líquido	-52725,18	-60517,98
Rácio Custo-Benefício	5,46	4,86
Taxa Interna de Rentabilidade	Indef. ¹³	Indef. ¹³

Fonte: Elaboração Própria

Quadro nº37 - Opção a Adotar:

Critério de Escolha	Opção Estratégica HLA
Valor Atual Benefício Líquido	A
Rácio Custo-Benefício	B
Taxa Interna de Rendibilidade	* ¹¹

Fonte: Elaboração Própria

5. CONCLUSÃO

À saúde, acresce nos dias de hoje de uma importância social e cultural muito elevadas sendo mesmo definida pela OMS (2012) como “um bem-estar físico, psíquico e social” essencial para a qualidade de vida e longevidade das populações.

O consumo de cuidados de saúde pelas populações faz-se com o único objetivo de restabelecer um estado de saúde entretanto perdido ou debilitado, ou seja, quando falamos de saúde falamos de um bem sem utilidade intrínseca cujo consumo está sempre relacionado com um estado de necessidade por parte do agente da procura – o utente. A equidade de acesso à saúde é um valor muito apreciado nas diferentes sociedades e simultaneamente uma preocupação uma vez que o panorama das assimetrias regionais é ainda uma realidade. Associadas às diferentes e assimétricas densidades regionais somam-se as igualmente assimétricas distribuições de serviços e de profissionais de saúde. Veja-se a sub-região em estudo, o Alentejo Litoral é uma sub-região que embora em fase de grande desenvolvimento e com uma área geográfica bastante considerável (5.309,04km²), apresenta ainda uma oferta de serviços públicos e privados de saúde pouco expressiva. Os cuidados de saúde acabam por centrar a sua atividade sobretudo nas duas organizações do SNS da sub-região o HLA e ACES AL onde estão concentrados em maior número os profissionais deste sector. No que diz respeito aos cuidados de fisioterapia, o HLA surge como o principal prestador destes cuidados, não só por ser a organização da sub-região com maior número de profissionais da área mas também por ser o local onde os utentes realizam procedimentos cirúrgicos que conduzem na sua maioria, como pudemos verificar neste estudo, à necessidade de realização destes tratamentos. A relação entre a baixa densidade populacional e a elevada concentração destes profissionais num prestador do SNS faz com que os utentes tenham que se deslocar em média cerca de 27 km para poderem aceder a estes cuidados. Logo, à distância e aos encargos com taxas moderadoras acrescem ainda encargos financeiros com a deslocação e tempo despendido fazendo com que o acesso aos cuidados de fisioterapia seja dificultado para os utentes com baixos rendimentos ou sem suporte familiar. Tendo em conta que, para alguns autores só se pode falar em equidade quando os utentes em cada local

suportarem os mesmos encargos no acesso aos cuidados de saúde nesta sub-região a equidade de acesso está, assim, comprometida. Normalmente, o que se verifica é que os utentes de zonas mais rurais suportam maiores encargos em transportes, tempo perdido, incomodidade, maiores dificuldades no acesso aos serviços e privação de potenciais benefícios de saúde.

O sector da saúde tem-se destacado nas últimas décadas como um sector de elevado peso financeiro para os estados de diversos países. Por este motivo tem vindo a merecer uma atenção acrescida e conduzido a frequentes discussões sobre a forma como as políticas/ instrumentos de gestão têm sido aplicados e que repercussões têm na racionalização dos recursos e na qualidade dos serviços prestados. O controlo dos gastos em saúde tornou-se num tema obrigatório das sociedades ocidentais no quadro das suas políticas. O seu elevado peso financeiro e a escassez dos recursos fazem com que os processos de decisão em saúde necessitem de uma avaliação cuidadosa prévia á definição de políticas, assim como, do impacto que esta tem sobre os ganhos de saúde da população e na saúde financeira das organizações. As técnicas de avaliação económica e a informação sobre os custos e os benefícios na saúde assumem um papel fundamental para a definição de políticas de saúde concretas, baseadas na definição explícita das opções de afetação dos recursos de saúde com o objetivo de aumentar os níveis de eficiência de resposta, a rentabilização da capacidade instalada do SNS, e consequentemente otimizar os ganhos em saúde/ funcionalidade assim como os níveis de satisfação da procura.

No contexto da necessidade de suportar com metodologias de análise económica as decisões de saúde procedeu-se neste estudo à análise dos custos e benefícios da descentralização da atividade de fisioterapia nas organizações do SNS do Alentejo Litoral. Procurou-se realizar esta análise tendo em conta dois pontos de vista: do principal prestador HLA e Utentes. Para tal foi necessário recorrer a diferentes métodos de recolha de dados, nomeadamente, a dados fornecidos pelos Serviços Financeiros, de Controlo e Planeamento de Gestão e de Gestão de Utentes, assim como, de inquérito por questionário. A análise económica de qualquer opção pressupõe a existência de dados disponíveis para análise e está inteiramente dependente da qualidade dos dados disponíveis. Durante a realização deste trabalho esta foi uma das grandes dificuldades sentidas e limitação desta investigação. Apesar do HLA ser uma organização relativamente recente, motivada para as tecnologias de informação e completamente

dotada de sistemas de informação, os dados fornecidos para tratamento não estavam todos disponíveis como foi o caso dos valores dos custos com o transporte partilhado de utentes o que fez com que em vez de trabalharmos com dados reais tivéssemos que recorrer à inferência estatística. Outra limitação foi a existência de muitos valores omissos no preenchimento de algumas questões dos questionários, mas este facto pensasse poder dever-se á baixa aceitação que as pessoas têm em responder a questões que envolvam valores monetários mesmo quando lhes é dada a garantia de total anonimato como foi o caso deste estudo. Era intenção inicial deste estudo, analisar a perspectiva do ACES AL e para tal foram feitas diversas diligências sem sucesso até à data de finalização deste estudo. Apesar de não termos conhecimento das motivações sentimos como uma lacuna neste trabalho de investigação a falta de dados relativos aos utentes da Fisioterapia e organização ACES AL.

Relativamente aos resultados obtidos, tendo em conta a realidade já conhecida da deficitária rede de transportes públicos na sub-região, associado às distâncias a percorrer não foi inesperado verificar que o principal meio de transporte utilizado nas deslocações fosse o “Carro” e o segundo meio de transporte mais utilizado ser o transporte partilhado de utentes “Bombeiros”. Tendo em conta que o valor anual deste encargo para o HLA foi em 2011 de 113301,15€ só veio reforçar a necessidade de estudos sobre o impacto económico destas opções na organização e de analisar opções alternativas.

Tal como esperado, os utentes que têm que percorrer distâncias maiores têm custos mais elevados com as deslocações e conseqüentemente com os tratamentos. Quando procurámos avaliar o impacto económico da descentralização da prestação destes cuidados para os utentes verificámos que não só existiria uma redução dos custos, tempo e distância de deslocação como estas eram estatisticamente significativas.

Da análise ACB a que nos propusemos podemos ainda verificar que numa perspectiva global a opção que compreende a descentralização da atividade de fisioterapia pelos centros de saúde da sub-região apresenta uma relação custo-benefício mais vantajosa quer para o HLA quer para os utentes. Procurámos ser mais específicos nesta análise através da análise por concelho. No que diz respeito aos utentes, apenas para os de Santiago do cacem a opção de descentralização não se apresenta como a mais vantajosa. Para o HLA descentralizar os seus profissionais pelos centros de saúde apresenta uma relação custo-benefício mais vantajosa em todos os concelhos com

exceção do de Alcácer do Sal, contudo, mesmo apresentando valores negativos de benefício líquido estes não apresentam valores muito diferentes nas diferentes opções e seria importante complementar estes dados com a análise na perspetiva dos utentes.

Para análise dos benefícios perante as duas opções apresentadas foram baseados na pesquisa de benefícios diretos, ou seja, nas poupanças potenciais, e nos benefícios indiretos como disposição para pagar. Contudo, temos consciência que em saúde a valoração monetária de todos os benefícios é muito difícil e que por este motivo muitos benefícios intangíveis como a potencialização da relação terapeuta-utente, a satisfação com os serviços, a comodidade de um serviço público de proximidade, a confiança de um tratamento realizado por profissionais com ligação diária com o médico especialista e a qualidade que não são calculados na Análise Custo-Benefício.

De modo geral, pode-se afirmar que a realização deste estudo foi muito gratificante e interessante porque muito embora a percentagem de despesa da saúde do PIB seja elevada pudemos concluir que é uma realidade que existe ainda muito a fazer para reduzir esta despesa pública. Os profissionais de saúde, desde o nível estratégico até ao nível operacional, não só têm um papel fundamental como devem ser envolvidos na estratégia organizacional e dar o seu contributo nas políticas de redução de custos da administração pública com a saúde.

Este primeiro contacto com a técnica de ACB permitiu ter uma visão mais específica e real da prática profissional de fisioterapia nesta sub-região no que concerne aos encargos que mobiliza tanto para as organizações prestadoras como para os utentes. Muitas das políticas de saúde dizem-se centradas dos utentes mas poucas conhecem e aprofundam o real impacto que as decisões e ações em saúde têm, nomeadamente, na valorização do tempo despendido e encargos com deslocações. Neste trabalho procurámos valorizar o impacto da opção alternativa apresentada no principal agente da procura o utente.

De modo geral pensamos ter cumprido os objetivos a que nos propusemos. Sendo que, não só aprofundamos o conhecimento existente acerca da realidade dos cuidados de fisioterapia públicos no Alentejo Litoral mas também contribuímos para a apresentação de uma proposta viável em termos económicos e sociais quer para os utentes quer para o HLA.

Apresentamos algumas propostas de investigação que pensamos serem relevantes, nomeadamente, estudar a perspectiva do ACES AL relativamente á proposta apresentada como alternativa, analisar a satisfação dos profissionais mediante as políticas de descentralização da sua prática por diversas organizações e analisar a satisfação dos utentes mediante a melhoria da rede de oferta pública de proximidade.

Apesar de se tratar de um estudo de caso e por este motivo não se poder extrapolar as suas conclusões, a verificação que a descentralização de algumas categorias de profissionais de saúde como os fisioterapeutas se apresenta como uma alternativa economicamente viável para as organizações do SNS e simultaneamente como uma forma facilitadora da melhoria da acessibilidade geográfica dos utentes de regiões com baixas densidades populacionais é um passo importante despertar a necessidade de mais estudos na área. A procura incessante de novas alternativas que procurem rentabilizar a capacidade instalada através da criação de sinergias entre organizações do SNS assume-se como uma forma importante de garantir a maximização dos recursos e sobrevivência do SNS.

6. PROPOSTA PARA UMA INTERVENÇÃO SÓCIO ORGANIZACIONAL

Considerando as assimetrias regionais na saúde que ainda se verificam em Portugal no que concerne ao rácio profissionais de saúde/ utentes, a melhoria da acessibilidade geográfica aos cuidados de saúde da população é um importante indicador da qualidade dos serviços de saúde prestados e consequentemente um importante componente no plano estratégico das organizações de saúde envolvidas. Sendo as políticas de saúde centradas na melhoria progressiva da qualidade dos serviços prestados aos seus destinatários, os utentes, as propostas de melhoria contínua desta qualidade devem estar alinhadas com as necessidades e expectativas da população promovendo uma constante melhoria da sua satisfação.

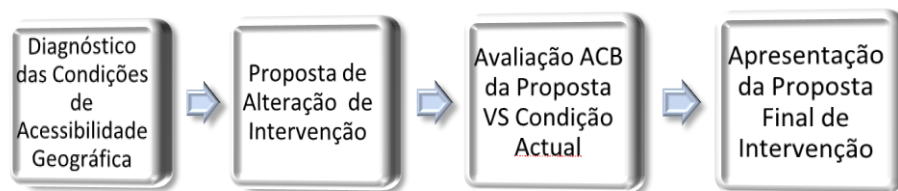
O presente trabalho de investigação foi desenvolvido com o intuito de apresentar uma alternativa viável à situação atual e desta forma contribuir para uma melhoria da acessibilidade geográfica aos cuidados de fisioterapia da população do Alentejo Litoral através do desenvolvimento de sinergias entre as organizações do SNS que permitam simultaneamente a rentabilização da capacidade instalada do SNS e aumentar a oferta de proximidade destes cuidados.

O trabalho de investigação realizado, face aos resultados obtidos relativos à relação custo-benefício da descentralização da prestação de cuidados de fisioterapia pela rede de prestadores do SNS na sub-região avaliada em duas perspetivas: Utentes e HLA, culmina na apresentação de algumas sugestões com vista ao desenvolvimento e fortalecimento de sinergias entre prestadores de forma a reforçar a prestação destes cuidados aos utentes.

Verificou-se nos resultados obtidos que o principal prestador de cuidados de fisioterapia é o HLA e que nele está concentrado o maior número de profissionais desta área e onde exerce funções a única médica fisiatra do SNS na sub-região. A política de descentralização destes profissionais pela rede de prestadores do SNS revelou-se em todos os concelhos como uma lógica de organização dos fisioterapeutas mais vantajosa do ponto de vista económico/ social para a principal organização prestadora.

Tendo em conta todo o processo (Fig. nº5) apresenta-se uma proposta final de intervenção.

Figura nº5 - Processo de Desenvolvimento da Proposta de Intervenção Final



Fonte: Elaboração Própria

Assim sendo, torna-se importante o desenvolvimento de sinergias entre as organizações HLA e ACES AL. Considerando a situação atual sugerem-se:

- Desenvolvimento de ações que promovam a comunicação entre as duas organizações envolvidas, nomeadamente, através da nomeação de uma comissão de desenvolvimento e implementação do projeto (constituída por elementos de ambas as organizações) responsável pela avaliação e organização da informação necessária à implementação, elaboração de um protocolo de colaboração entre as organizações, elaboração de um manual de procedimentos e nomeação de um elemento responsável pela gestão do projeto;
- Proceder à seleção e identificação dos locais/ salas de tratamentos nos CS onde ainda não existe a prática de fisioterapia (CS Sines e CS Santiago) e fazer um levantamento das necessidades de material;
- Desenvolvimento de um sistema de informação centralizado relativo à atividade de MFR e Fisioterapia para registo de produtividade (consultas e tratamentos realizados), registo de custos (com transporte partilhado de utentes), registo de proveitos (taxas moderadoras) e gestão da lista de espera;
- Desenvolver ações de formação para os profissionais envolvidos (Médico Fisiatra, Fisioterapeutas e AT) para divulgação dos procedimentos e envolvimento destes na cultura do projeto favorecendo um trabalho inovador em

parceria. O carácter destas ações de formação é essencialmente informativo e técnico com vista ao desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, e incentivar a partilha de experiências;

- Promover ações de divulgação do projeto na população através da criação de folhetos e posters informativos distribuídos e afixados nas instalações do HLA e ACES AL (CS e extensões);

Em suma, recomenda-se uma intervenção por eixos (Fig. nº6):

Eixo 1 – Comunicação Inter-Organizacional;

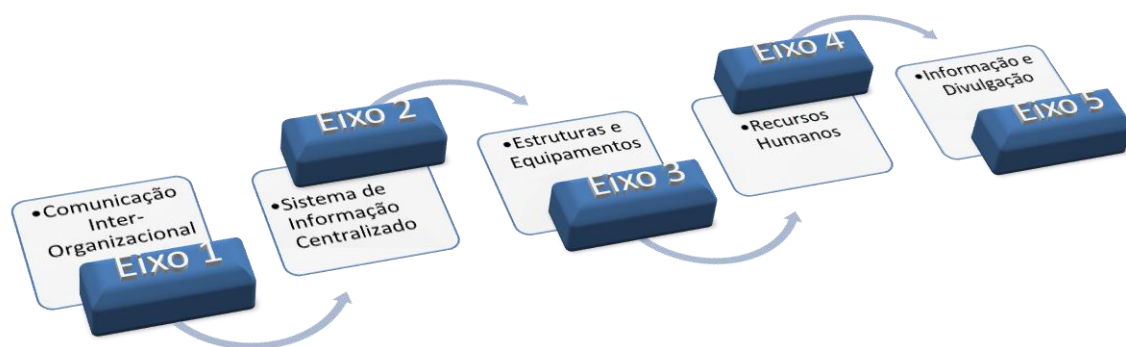
Eixo 2 – Sistema de Informação Centralizado (desenvolvimento);

Eixo 3 – Estruturas e Equipamentos;

Eixo 4 – Recursos Humanos (organização e envolvimento);

Eixo 5 – Informação e Divulgação.

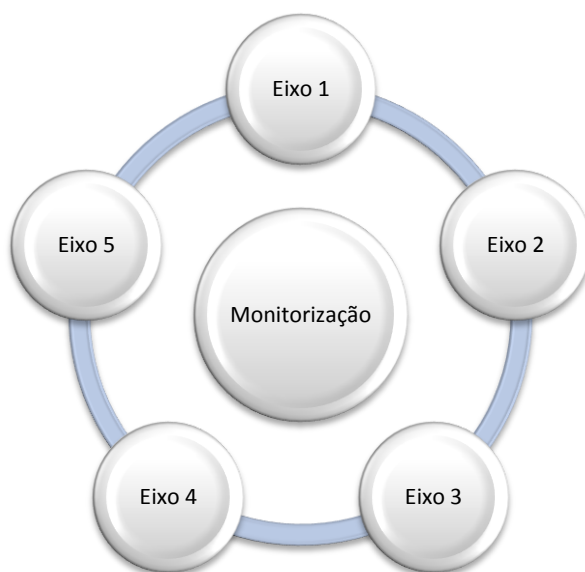
Figura nº6 - Intervenção por Eixos



Fonte: Elaboração Própria

A implementação e a execução do projeto devem ser geridas e monitorizadas.

Figura nº7 - Dinâmica da Monitorização com Eixos de Intervenção



Fonte: Elaboração Própria

Sugere-se que o elemento responsável (nomeado pela comissão) análise de forma periódica e criteriosa dos indicadores de produtividade (número de consultas e de tratamentos efetuados por local), indicadores de custos (valores pagos com transporte partilhado de utentes, recursos humanos, custos com deslocações), indicadores de receita (valor das taxas moderadoras recebidas), níveis de satisfação dos utentes e que em simultâneo procure estar informado acerca das necessidades dos utentes assim como, dos níveis de procura para ajustar a oferta às necessidades verificadas. (Fig.nº7)

7. REFERÊNCIAS

1. BIBLIOGRAFIA

Arrow, K.J., Cropper, M.L., Eads, G.C. (1996). Is there a role for benefit-cost analysis in environment, health and safety regulation. *Science*, 272, 221-222.

Barros, P.P. & Gomes, J.P., (2002), *Os sistemas nacionais de saúde da união europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português*. Gabinete de Análise Económica: GANEC. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa

Barros, P.P. (2006). *Economia da saúde: conceitos e comportamentos*. Coimbra: Almedina, SA

Barros, P.P. & Simões, J. (1999). *Livro de homenagem a Augusto Mantas*. Lisboa: Principia

Béresniak, A. & Duru, G. (1999). *Economia da saúde*. (4). (Coleção convergências). Lisboa:Clinepsi

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Coleção Ciências da Educação, Porto: Porto Editora

Bressan, A. (2010). *Custo-benefício do seguimento de pacientes tratados de câncer colorretal*. Dissertação de mestrado, Fundação Antônio Pudente, São Paulo, Brasil.

Campos, A. C. (1983). *Saúde: o custo de um valor sem preço*. Lisboa: Editora portuguesa de livros técnicos e científicos

Donabedian, A. (1973) *Aspects of medical care administration: Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde* Boston: Harvard University Press; 1973

Drummond, M. & Torrance, G. (1997). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. New York: Oxford University Press

Ensor, T & Wittler, S. (1997). *Economic Evaluation of health care: An Introduction to health economics for Eastern Europe and the former Soviet Union*. London: John Wiley.

Fortin, M. (1999), *O processo de investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas Ld.^a

Frederico, M. (2000). *Princípios de economia da saúde*. (nº2). (Coleção complementos). Coimbra: Formasau

Gageiro, J. & Pestana, M. (2008). *Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do spss*. (5). Lisboa: Edições Sílabo

Guba, E. & Lincoln, Y (1994). *Competing paradigms in qualitative research*. Denzin: Norman;

Johannesson, M. (1994). The concept of cost in the economic evaluation of health care, *Journal of Technology Assessment in Health Care*, 10 (4), 675-682.

Lincoln, Y (Ed) (1994). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications;

Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do spss*. Lisboa: Edições Sílabo

Pereira, A. (2011). (7). *Spss – Guia prático de utilização, análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo

Perelman, J. (2005). *Economia da Saúde*. Lisboa: EstesL Apontamentos de aulas não publicados

Polit, D. & Hugler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. (5ªed) Porto Alegre: Artes Médicas

Puig-Junoy, J. & Ortún, L. (2001). *El análisis coste-benefício en sanidade*. Atención Primaria

Santana, P. (2004). *Saúde, território e sociedade: contributos para uma geografia da saúde*. Monografia, Faculdade de letras, Lisboa, Portugal.

Santos, V. (2010). *As análises econômicas na incorporação de tecnologias em saúde: reflexões sobre a experiência brasileira*. Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, Brasil.

Samuelson, P. & Nordhaus, W. (2005). *Economia*. (18a ed) Lisboa: McGraw-Hill

Travassos, C. & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 20 (supl 2), 190-198.

2. LEGISLAÇÃO

Despacho n.º 6303/2010, de 9 de Abril de 2010 (2010). Dispõe sobre a prestação de serviços pelas associações de bombeiros e outras entidades no transporte de doentes e atualização do valor de pagamento pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) em função de um preço por quilómetro. Lisboa, DR. Recuperado em 20 de Setembro, 2011, de <http://www.dre.pt>

Despacho n.º 7861, de 31 de Maio de 2011 (2011). Dispõe sobre o pagamento do transporte de doentes não urgentes. Lisboa, DR. Recuperado em 20 de Setembro, 2011, de <http://www.dre.pt>

Despacho n.º 10430, de 18 de Agosto de 2011 (2011). Dispõe sobre a eficiência e utilização racional dos recursos disponíveis no serviço nacional de saúde português. Lisboa, DR. Recuperado em 20 de Setembro, 2011, de <http://www.dre.pt>

Despacho n.º 19264, de 29 de Dezembro de 2010 (2010). Dispõe sobre o transporte de doentes e regras de atribuição. Lisboa, DR. Recuperado em 20 de Setembro, 2011, de <http://www.dre.pt>

Lei n.º 222, de 29 de Maio de 2007 (2007). Dispõe sobre as Administrações Regionais de Saúde. Lisboa, DR. Recuperado em 20 de Setembro, 2011, de <http://www.dre.pt>

Lei n.º 188, de 20 de Agosto de 2003 (2003). Dispõe sobre as de saúde e enquadramento legal das Unidade Funcionais de Saúde. Lisboa, DR. Recuperado em 20 de Setembro, 2011, de <http://www.dre.pt>

Lei n.º 28, de 22 de Fevereiro de 2008 (2008). Dispõe sobre os cuidados de saúde primários e o seu enquadramento no sistema de saúde português. Lisboa, DR. Recuperado em 20 de Setembro, 2011, de <http://www.dre.pt>

Portaria n.º1553-D/2008 de 31 de Dezembro de 2008 (2008). Lisboa, DR. Recuperado em 20 de Setembro, 2011, de <http://www.dre.pt>

3. WEBGRAFIA

Administração Regional de Saúde do Alentejo. (2010). *Perfil de saúde da região Alentejo*. Recuperado em 27 de Setembro, 2011, de http://www.arsalentejo.min-saude.pt/saudepublica/ProgramasSaude/PerfilSaudeAlentejo/Documents/Perfil_Regional_Saude.pdf

Administração Regional de Saúde do Alentejo. (2011). *Plano de Atividades 2011*. Recuperado em 2 de Setembro, 2011, de http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/documents/plano_actividades_2011.pdf

Administração Regional de Saúde do Alentejo. (2011). *Plano Regional de Saúde do Alentejo*. Recuperado em 2 de Outubro, 2011, de http://www.arsalentejo.min-saude.pt/saudepublica/programasSaude/planoregionalsaude/documents/plano_regional_de_saude_2011.pdf

Entidade Reguladora da Saúde. (2011). *Concorrência no sector de serviços de medicina Física e de Reabilitação*. Recuperado em 04 de Outubro, 2011, de http://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/44/Relatorio_Concendencia_MFR.pdf

Entidade Reguladora da Saúde. (2009). *Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS*. Recuperado em 04 de Outubro, 2011, de http://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/86/ERS_-_Estudo_do_Acesso_aos_Cuidados_de_Saude_Primarios_-_Relatorio.pdf

Entidade Reguladora da Saúde. (2009). *Estudo e avaliação do sector do transporte terrestre de doentes*. Recuperado em 04 de Outubro, 2011, de http://www.ers.pt/pages/18?news_id=68

Entidade Reguladora da Saúde. (2009). *Estudo sobre a organização e desempenho das unidades locais de saúde: Relatório preliminar*. Recuperado em 04 de Outubro, 2011, de http://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/39/ULS_11.pdf

Entidade Reguladora da Saúde. (2008). *Caracterização do Acesso dos Utentes a Serviços de Medicina Física e de Reabilitação*. Recuperado em 19 de Outubro, 2011, de http://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/96/MFR-Relatoriofinal.pdf

Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional: FEDER. (2007). *Proposta de programa operacional regional do Alentejo 2007-2013*. Recuperado em 28 de Setembro, 2011, de <http://www.qren.pt/download.php?id=380>

Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional: FEDER, Fundo de Coesão e Instrumento Estrutural de Pré-adesão: ISPA. (2003). *Manual de análise de custos e benefícios dos projetos de investimento*. Recuperado em 16 de Agosto, 2011, de http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/guides/cost/guide02_pt.pdf

Instituto Nacional de Estatística. (2012). Censos 2011: dados preliminares. Recuperado em 15 de Março, 2012, de <http://www.ine.pt>

Matias, A. (1995), Documento de trabalho da associação portuguesa de economia da saúde *O mercado de cuidados de saúde*. Recuperado em 04 de Outubro, 2011, de <http://www.apes.pt>

Ministério da saúde. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016: cuidados de saúde hospitalares. Recuperado em 29 de Setembro, 2011, de www.dms.dgs.pt/files/2010/08/CSH2.pdf

World Health Organization. (2000). Workbook 6: client satisfaction evaluations. Recuperado em 11 de Outubro, 2011, de http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MSD_MSB_00.2g.pdf

World Health Organization. (2000). Workbook 8: Economic evaluations. Recuperado em 11 de Outubro, 2011, de http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_5870_EN_8_economic_evaluations.pdf

<http://ppbarros.fe.unl.pt/textos-saude.html>

APÊNDICES

I – Instrumento

II – Consentimento Informado

III – Guião de Entrevista

IV – Autorização HLA