

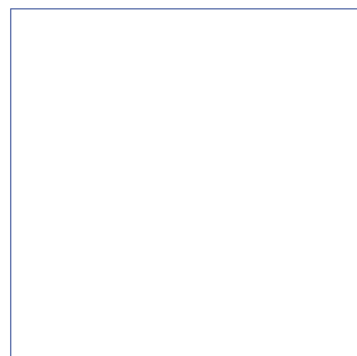
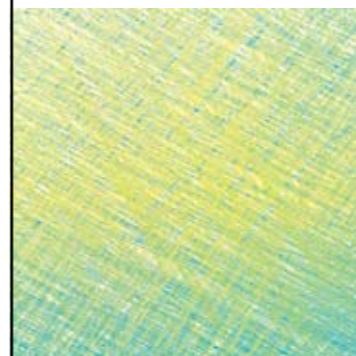
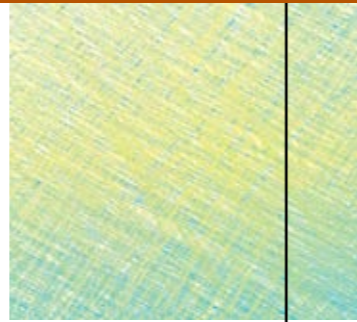
Missão para os Cuidados de Saúde Primários

Os Centros de Saúde em Portugal

A Satisfação dos Utentes e dos Profissionais

Osvaldo Santos
 André Biscaia
 Ana Rita Antunes
 Isabel Craveiro
 António Júnior
 Rita Caldeira
 Pascale Charondière

Os Centros de Saúde em Portugal
 A Satisfação dos Utentes e dos Profissionais



Ministério da Saúde



INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL



missão para os cuidados de saúde primários

Os Centros de Saúde em Portugal

A Satisfação dos Utentes e dos Profissionais

Autores

Oswaldo Santos
André Biscaia
Ana Rita Antunes
Isabel Craveiro
António Júnior
Rita Caldeira
Pascale Charondière

Editado por

Oswaldo Santos
André Biscaia

Unidade de Sistemas de Saúde do
Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Universidade Nova de Lisboa

Promoção e financiamento do estudo

Missão para os Cuidados de Saúde Primários

Grafismo, Paginação e Produção

VFBM Comunicação, Lda
Avenida Infante D. Henrique, 333-H, 4º, sala 45
1800 - 282 Lisboa
Tel: 218 532 916
E-mail: vfras@vfbm.com

Impressão e acabamento:

Offset+, Artes gráficas, S.A.

Depósito Legal:

???????????

1ª Edição, Lisboa, Novembro 2007

Copyright © 2007,

Ministério da Saúde,
Missão para os Cuidados de Saúde Primários

Reprodução proibida

Introdução	10
Lista de Abreviaturas	12
Parte 1: O Estudo	13
Parte 2: Aspectos conceptuais	21
1. Satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários	22
A satisfação dos utentes em Portugal e na Europa.....	25
2. Satisfação profissional nos cuidados de saúde primários	29
Resultados e consequências	
Motivação no trabalho – como pode ser influenciada?.....	30
O que se sabe sobre satisfação profissional fora de Portugal?.....	32
A satisfação profissional dos médicos de família em Portugal.....	33
Motivação para a saída da carreira de clínica geral em Portugal.....	36
3. Os cuidados de saúde primários: contexto actual e tendências emergentes	39
4. Os centros de saúde actuais e a reforma dos cuidados de saúde primários.....	42
Parte 3: A Informação recolhida	45
A - Utentes e Profissionais: Perspectivas sobre os cuidados de saúde primários	48
1. Perspectiva de utentes adultos e de pais de filhos com menos de 2 anos.....	49
2. Perspectiva de utentes idosos	71
3. Perspectiva de elementos das redes sociais enquanto utentes	81
4. Perspectiva de elementos das redes sociais sobre o trabalho em	
rede nos cuidados de saúde primários	104
5. Perspectiva de profissionais de saúde sobre	
o funcionamento dos centros de saúde	112
6. Perspectiva de profissionais da comunicação social sobre	
o funcionamento dos centros de saúde	132
B - Satisfação Profissional nos Centros de Saúde	
1. Satisfação profissional – perspectiva dos médicos de família	150
2. Satisfação profissional – perspectiva das chefias	
intermédias dos centros de saúde	187
Parte 4: Interpretação dos Conteúdos	205
A - Satisfação dos utentes	208
B - Perspectivas dos profissionais dos centros de saúde	
e das redes sociais sobre a satisfação dos utentes.....	212

C - Perspectivas dos profissionais dos meios de comunicação social sobre o funcionamento dos centros de saúde e a reforma dos cuidados de saúde primários	214
D - Satisfação profissional nos centros de saúde	216
E - Integração das diferentes perspectivas	
1. Resultados “esperados” (que reforçam o que outros estudos já apontavam)	222
2. Resultados menos esperados (não contemplados ou contrastantes com os de outros estudos)	224
3. Cultura dos utentes e dos profissionais enquanto determinantes de satisfação.....	227
4. Agenda de gestão da mudança (elaborada pelos participantes).....	230
4.1. Propostas específicas de mudança	231
Parte 5: Conclusões.....	233
1- A reforma dos cuidados de saúde primários: considerações finais	
1.1. Pontos fortes.....	235
1.2. Pontos fracos	236
1.3. Oportunidades	237
1.4. Ameaças.....	238
2 - O centro de saúde: considerações finais	
2.1. Pontos fortes (do centro de saúde actual)	
2.2. Pontos fracos (do centro de saúde actual).....	239
2.3. Oportunidades de mudança (para o centro de saúde ideal).....	240
2.4. Ameaças para a mudança (para o centro de saúde ideal)	241
3 - Monitorização sistemática e regular da satisfação do utente e do profissional: criação de um Observatório da Satisfação dos Utentes e dos Profissionais	242
Anexos: Guião-Base dos <i>Focus Groups</i>	245
Referências	249

Luis Augusto Pisco | Coordenador da MCSP

A generalidade dos Países mais desenvolvidos tem adoptado políticas que procuram colocar na ordem do dia a necessidade, cada vez mais incontornável, de levar em linha de conta as opiniões, os pontos de vista e as expectativas dos cidadãos.

Em Inglaterra, uma iniciativa recente teve como objectivo ouvir as opiniões a nível local tendo a ênfase sido colocada na obtenção do ponto de vista do público em geral sobre “que” serviços deveriam ser prestados, “como” é que os serviços deveriam ser prestados e que prioridades deveriam ser estabelecidas.

Apesar deste manifesto interesse, tanto na Inglaterra como em muitos outros Países, as políticas adoptadas variam muito e o papel e as responsabilidades, quer dos cidadãos quer dos utilizadores dos serviços, são encarados de modos muito diferentes.

As estratégias para aumentar a participação dos cidadãos passam por uma liderança clara na obtenção desse objectivo, numa mudança cultural, no treino e desenvolvimento de técnicas que façam a promoção desse envolvimento, no treino e apoio para os profissionais de saúde mas também na informação e encorajamento de doentes, utentes e profissionais. Os Centros de Saúde são locais ideais para promover uma colaboração mais estreita e profícua entre profissionais e cidadãos.

No final de 2005, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários divulgou os principais objectivos para a Reforma que nessa altura se iniciava:

- Melhorar a acessibilidade;
- Melhorar a Qualidade e a Continuidade de Cuidados;
- Aumentar a satisfação de Profissionais e Utilizadores;
- Melhorar a eficiência.

De uma forma geral, qualquer reforma de um Sistema de Saúde pretende sempre:

1. Alcançar os melhores cuidados de saúde possíveis para os cidadãos, mantendo e promovendo desse modo a saúde e satisfação da população;
2. Ter mecanismos de recompensa dos Profissionais pelas suas boas práticas e assegurando a sua competência profissional;
3. Assegurar que os recursos (financeiros, humanos, equipamentos, informação) das Organizações prestadoras de Cuidados de Saúde são utilizados de forma racional e se obtém eficiência e contenção de custos para os financiadores do sistema.

Talvez seja interessante reflectir no porquê da importância das vozes e dos pontos de vista dos cidadãos e dos profissionais serem levadas em linha de conta pelos responsáveis pela política de saúde.

Os potenciais benefícios do envolvimento de cidadãos e profissionais passa, entre outras coisas, por uma utilização mais adequada dos Serviços de Saúde, melhores resultados, maior motivação e auto-estima, maior satisfação e obviamente menos reclamações e menos litígios. Torna-se pois imperioso que surjam novas abordagens que facilitem uma verdadeira e robusta colaboração e cooperação entre profissionais, utentes e cidadãos.

Dispomos já de estudos quantitativos sobre a satisfação de profissionais e utentes com os Centros de Saúde e por isso o objectivo não era obter mais uma avaliação estatisticamente representativa mas sim capturar alguns aspectos-chave e um conjunto alargado de perspectivas de utentes, de profissionais de saúde e de profissionais da comunicação social sobre o funcionamento actual dos Centros de Saúde em Portugal. O objectivo era obter uma abordagem qualitativa e por isso inovadora sobre os Centros de Saúde em Portugal permitindo:

1. Conhecer a percepção acerca do funcionamento actual dos Centros de Saúde;
2. Identificar áreas de funcionamento dos Centros de Saúde que mais satisfazem, percebendo quais as dimensões que estão implícitas na satisfação evocada;
3. Identificar áreas de funcionamento dos Centros de Saúde que menos satisfazem;
4. Conhecer que vectores de mudança são entendidos como prioritários para a reforma dos Cuidados de Saúde Primários – e como seriam alterados se tal mudança dependesse da vontade/necessidade dos participantes no estudo;
5. Captar a cultura prevalecente no grupo dos utentes e no dos profissionais dos CS.

A melhoria da Qualidade tem a ver com a mudança gradual do comportamento das pessoas em relação ao seu trabalho e da sua atitude em relação aos outros e para isso é determinante o conhecimento da cultura prevalecente nas Instituições mas também entre os actores mais intervenientes, nomeadamente cidadãos, profissionais e cada vez mais a comunicação social.

Gostaria de agradecer ao Dr. Osvaldo Santos, ao Dr. André Biscaia e a toda a equipa da Unidade de Sistemas de Saúde do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, todo o empenho, dedicação e profissionalismo colocados na realização do estudo o que permitiu a sua realização dentro dos limites de tempo apertadíssimos de que dispúnhamos e colocando à disposição da Missão para os Cuidados de Saúde Primários informação relevante para o seu trabalho.

Este livro é uma peça de informação e de conhecimento notavelmente oportuna no momento actual da reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal. E projecta-se no futuro. Os seus autores têm um trajecto de investigação e de publicações sobre os temas em foco que nos dá uma garantia sólida quanto aos alicerces e maturidade do estudo apresentado. O conjunto dos textos está, por sua vez, muito bem estruturado, é claro e escorreito. Surge-nos como um pequeno-grande tratado sobre satisfação dos utentes e dos profissionais no contexto actual do sistema de saúde português. Dá voz activa aos protagonistas principais da vida e da mudança dos CSP (utentes, profissionais, elementos das redes sociais e, também, jornalistas). Interpreta, com eles, percepções, factos e perspectivas. Constitui uma fonte de evidência primordial para apoiar políticas e estratégias de mudança nos centros de saúde (CS). Vem corroborar a adequação das linhas de acção que estão a ser seguidas pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Traz novos contributos ao identificar vectores e mecanismos para potenciar a mudança desejada. Complementa e acrescenta novos aspectos e dimensões aos estudos de satisfação realizados em Portugal nos últimos anos.

A oportunidade desta obra, aqui e agora, está patente em diversos aspectos. Permite, por exemplo, valorizar o equilíbrio actual das abordagens “*top-down*” e “*bottom-up*”, nunca antes verificado nas várias tentativas de reforma que foram encetadas. Dá o alerta de esta reforma parecer demasiado centrada nos médicos, com menor envolvimento das demais profissões e escassa ou nula participação dos utentes e da sociedade. Deixa entrever, como aviso, que a exigência dos utentes tenderá a aumentar, à medida que melhorar o funcionamento dos CS, para perplexidade dos políticos, dos gestores e dos profissionais!

O enquadramento conceptual e teórico apresentado pelos autores permite-nos ver e interpretar de modo abrangente e complexo os resultados descritos. Por exemplo, a satisfação dos profissionais é considerada um “*input*” ou elemento de estrutura do sistema de prestação de cuidados, associado à sua qualidade e resultados. E, logo a seguir, fazem-nos notar que tanto a satisfação dos utentes como a dos profissionais são processos dinâmicos, circularmente interligados e interdependentes. Cada uma depende da outra e ambas podem ser consideradas variáveis dependentes e resultado da qualidade da organização, da gestão e das lideranças dos serviços. Todas, por sua vez, sendo variáveis predictoras da efectividade, da eficiência, da equidade e, em última análise, da qualidade total dos CSP. Acresce ainda que, tanto utentes como profissionais são também agentes activos no seu próprio processo de satisfação. Ao longo do texto fica patente que a satisfação e a insatisfação tanto dos utentes como dos profissionais não dependem de um factor mas sim da conjugação de múltiplos factores, alguns dos quais podem ter efeitos mais marcantes que outros.

O método de investigação qualitativa adoptado – os grupos focais (“*focal groups*”), revelou-se muito adequado. Dá voz aos utentes. Dá voz aos profissionais. Dá voz a outros elementos importantes neste processo. Explora as suas perspectivas baseadas nas vivências concretas do dia-a-dia. Recorre a uma matriz interpretativa adequada aos objectivos do estudo e em consonância com o quadro teórico adoptado. Efectua uma abordagem multidimensional exploratória e narrativa que traz novas luzes em relação aos estudos tradicionais por *questionário*, onde nem sempre é possível discernir os modos de influência das diversas determinantes da satisfação nem de como poderiam ser melhorados os serviços. São notórias as vantagens da análise conjunta da satisfação dos utentes e dos profissionais, nas suas múltiplas dimensões.

Ao longo dos diversos subcapítulos sobressai sempre o factor humano como o principal determinante das boas ou das más experiências e parece detectar-se uma tendência emergente: a de que, no futuro, a *equipa de saúde da família* venha a ocupar um primeiro plano, em vez da figura isolada e restrita do médico de família. Daí, talvez a tónica frequente na prioridade a dar à qualificação e valorização dos profissionais não médicos e a necessidade de uma política avançada de recursos humanos que integre as dimensões: selecção, recrutamento, formação e sistemas adequados retributivos e de incentivos.

Em relação às *unidades de saúde familiar* (USF) são de realçar os relatos que sublinham o clima e as práticas de entreaajuda, com reflexos positivos a vários níveis. Da experiência das USF decorre também a evidência de não serem as variáveis ou os factores “objectivos” do trabalho em si que mais influenciam a motivação e a satisfação dos profissionais, mas sim o facto de haver ou não *escolhas e decisões* voluntárias, livres e responsabilmente assumidas pelos profissionais, sem serem impostas. Parece, portanto, que a sensação de ter *controlo* sobre a organização e ritmo do seu trabalho, de pertencer a uma equipa, de participar num projecto e na definição dos seus objectivos são, entre outros, poderosos determinantes da satisfação profissional.

A possibilidade de fazer escolhas e o sentimento de controlo (sobre a sua saúde, no caso dos utentes, e sobre o seu trabalho, no caso dos profissionais) são elementos de *empoderamento* (“*empowerment*”) e de satisfação que têm sido pouco considerados nas políticas, nas estratégias e na gestão dos serviços de saúde. Parece haver consenso sobre a importância de estimular que os utentes se coloquem numa posição mais activa e de maior responsabilização na gestão da sua saúde e até do seu próprio processo clínico.

A par do factor humano, são salientados aspectos estruturais, de recursos e do leque da oferta de cuidados. A disparidade de percepções e de testemunhos vem confirmar que os CS portugueses são muito diferentes uns dos outros. Por isso, as generalizações e os juízos de tipo único são injustos, enganadores e abusivos. Não existe um “CS-tipo” mas sim uma enorme diversidade de entidades singulares, reconhecendo-se existirem ilhas de excelência em vários locais. Para além das equipas de saúde familiar, é proposto que os CS ofereçam cuidados em áreas essenciais como a saúde mental e psicologia, saúde oral e cuidados médico-dentários, nutrição, saúde da visão, fisioterapia e reabilitação, entre outros, para responder adequadamente a problemas e a necessidades de saúde muito frequentes em CSP.

O atendimento telefónico surge repetidamente como uma prioridade e ponto crítico a necessitar urgentemente, em muitos locais, de soluções tecnológicas avançadas, de novas formas de organização do trabalho e de formação dos profissionais. Também as condições físicas e de arquitectura dos CS surgem como aspectos a requerer mais atenção no futuro.

É feita a proposta “irrecusável” de dar cumprimento ao estabelecido na Base XXX da Lei de Bases da Saúde, de 1990 no que respeita à avaliação regular e sistemática da satisfação dos utentes e dos profissionais. E, naturalmente também, à monitorização dos seus determinantes. Fica também a indicação de como essas avaliações devem ser feitas, combinando métodos quantitativos e qualitativos, e leituras próximas e distantes, em cada local, em cada região e a nível nacional – permitindo “ver a árvore sem esquecer a floresta e ver a floresta sem esquecer as árvores”. É, portanto, necessário instituir um sistema de auscultação regular da satisfação dos utentes e dos profissionais.

De entre os aspectos a melhorar sobressai o de os CS passarem a ser mais pró-activos a contactar os seus utentes para vários fins e a solicitar-lhes opiniões, apreciações e sugestões. Perguntar-lhes regularmente o que está bem e deve ser preservado, ou até reforçado, o que deve ser alterado, o que deve ser eliminado e o que deve ser feito de novo.

Por fim, a exigência de os CS saírem, cada vez mais, das suas quatro paredes. Explorarem o terreno. Assumirem a sua vocação de *pivots* da promoção da saúde e da prevenção de doenças evitáveis nas suas comunidades. Procurar conhecer o pensar e o sentir dos utentes e dos profissionais é, provavelmente, a forma mais poderosa de promover a sua participação activa na vida e nos destinos do sistema de saúde. E, desta forma, promover uma cultura de apreciação e de elogio, a par da crítica construtiva ao que funciona mal.

A sociedade está a evoluir e isso vai mudar os modos de procura de cuidados de saúde. A oferta de cuidados deve saber responder a essas mudanças e não insistir em que seja a procura a adaptar-se à oferta. As novas tecnologias de informação e comunicação, incluindo a Internet, fazem também parte dessa agenda de mudança. Qualquer mudança planeada dos CSP será melhor sucedida se desenvolver um sentido de apropriação do CS por parte dos seus utentes (o seu CS) e dos profissionais (o “amor à camisola” e à sua equipa), a que deve associar-se uma gestão - com especial atenção aos níveis intermédios – centrada no cidadão e uma cultura de excelência e de exigência responsável, tanto por parte dos profissionais como por parte dos utentes.

Após a leitura deste livro ficamos conscientes de que o modo mais eficaz de interagir positivamente com a comunidade e de conjugar esforços para melhorar os CSP e os seus resultados de saúde é através de profissionais e de utentes satisfeitos.

Introdução

André Biscaia e Osvaldo Santos

A satisfação com os serviços de saúde, na sua dupla vertente da satisfação dos utentes e da satisfação dos profissionais, é uma área complexa e de difícil avaliação mas, ao mesmo tempo, incontornável. A satisfação dos utentes é, actualmente, considerada como um objectivo fundamental dos serviços de saúde e tem vindo a ocupar um lugar progressivamente mais importante na avaliação da qualidade dos mesmos. O aumento da popularidade deste conceito está associado ao seu valor mediador na aliança (e adesão) terapêutica, à evidência de que a satisfação dos utentes está directamente relacionada com os resultados dos cuidados de saúde, influenciando muitos comportamentos de doença e de saúde, e à crescente importância do papel do utente dos cuidados de saúde enquanto consumidor. Mais especificamente, sabe-se que a satisfação dos utentes está associada à taxa de uso de cuidados de saúde, à efectividade das terapêuticas e ao estado geral de saúde.

Por seu lado, e numa visão integradora, a satisfação profissional surge como sendo o resultado afectivo da motivação no trabalho, tendo consequências em termos do desempenho no trabalho e, portanto, sendo determinante para o desenvolvimento sustentado dos cuidados de saúde. A satisfação profissional nos serviços de saúde é considerada um elemento estrutural destes e está associada à sua qualidade e resultados, que, como se disse, estão relacionados com a satisfação dos utentes dos serviços.

Os dois conceitos – *satisfação dos utentes* e *satisfação profissional* – estão, portanto, interligados, influenciando-se mutuamente e, em última análise, afectando todo o funcionamento de um sistema de saúde. Consequentemente, a melhoria contínua dos cuidados de saúde deve ter em conta, de um modo integrado, a satisfação dos seus utentes e a dos seus profissionais.

A análise integrada da satisfação do utente, da perspectiva do profissional de saúde quanto ao que constitui um serviço de qualidade, assim como da satisfação do profissional de saúde com o seu trabalho enquanto tal, permite um entendimento mais aprofundado dos processos de melhoria dos cuidados de saúde. Foi o que se pretendeu discutir neste livro.

O livro está organizado em cinco partes.

Na primeira parte é apresentado o estudo em que se baseou este livro – os seus objectivos e a metodologia utilizada.

Na segunda parte são apresentados os principais conceitos teóricos que sustentaram o estudo, operacionalizados no contexto dos cuidados de saúde primários. Para o efeito, são expostos os aspectos teóricos inerentes ao modelo da satisfação do utente de cuidados de saúde, e a forma como essa satisfação tem sido estudada no contexto dos cuidados de saúde primários, assim como os níveis de satisfação encontrados em Portugal e noutros países europeus. Segue-se a discussão do conhecimento actual sobre satisfação dos profissionais de saúde relativamente ao exercício da sua profissão, analisando os seus determinantes, resultados e consequências, em termos individuais e organizacionais. Posteriormente, é realçada a fase de mudança que tem caracterizado os cuidados de saúde primários nos últimos anos, sintetizando as tendências emergentes. Por fim, e de forma a situar o estudo no momento em que foi feita a recolha dos dados (entre Janeiro e Março de 2007), são resumidos os objectivos nucleares da reforma em curso dos cuidados de saúde primários.

A terceira parte do livro apresenta e analisa os dados empíricos recolhidos no estudo, entre Janeiro e Março de 2007. Trata-se de uma viagem guiada às perspectivas das diferentes personagens desta narrativa, sintetizando experiências e ideias acerca do que são e do que poderiam ser os cuidados de saúde primários.

A quarta e a quinta partes do livro são dedicadas à discussão e interpretação dos resultados, numa perspectiva de transferência do conhecimento gerado no estudo, identificando-se pontos fortes e fracos da organização actual dos cuidados de saúde primários, bem como os factores de ameaça e de oportunidade para o desenvolvimento futuro destes cuidados de saúde. Com base nesta matriz interpretativa são propostos mecanismos e vectores de mudança para uma reforma efectiva na procura de cuidados de saúde primários de excelência.

Lista de Abreviaturas

ARS – Administração Regional de Saúde
ARS LVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CS – Centro(s) de saúde
CSP – Cuidados de saúde primários
DGS – Direcção-Geral da Saúde
GU – Gabinete do utente
IGS – Inspeção-Geral da Saúde
MF – Médico de família
MGF – Medicina geral e familiar
MS – Ministério da Saúde
PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
RRE – Regime Remuneratório Experimental
RS – Redes sociais
SRS – Sub-Região de Saúde
SS – Sistema de saúde
USF – Unidade(s) de saúde familiar

Parte 1:

○ Estudio

O Estudo

Coordenação: Osvaldo Santos

Equipa de investigação: Osvaldo Santos, André Biscaia, Ana Rita Antunes, Isabel Craveiro, António Júnior, Rita Caldeira, Pascale Charondièrè

O objectivo deste estudo foi conhecer de forma aprofundada a satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde com os cuidados de saúde prestados pelos CS. Para o efeito, procurou-se identificar, numa abordagem complementar: (a) determinantes da satisfação dos utentes e dos profissionais com os cuidados de saúde prestados pelos CS, (b) determinantes da satisfação dos profissionais de saúde com as suas funções nos CS, (c) dimensões da interacção CS-utente mais valorizadas, quer pelos utentes quer pelos profissionais de saúde; e (d) o que deve ser alterado, do ponto de vista dos utentes e dos profissionais de saúde, na organização e funcionamento dos CS.

Foi igualmente avaliado como e em que medida se podem envolver os vários intervenientes – utentes, profissionais de saúde, comunicação social – na reformulação das práticas dos cuidados de saúde. Neste sentido, pretendeu-se auscultar o que estes diferentes actores sociais entendem ser um CS “ideal” e um CS “possível”, procurando as semelhanças e as diferenças, com um fim último de compreender para melhorar os serviços prestados e recebidos.

O estudo procurou dar voz a vários dos actores participantes: utentes, elementos das redes sociais^a (numa dupla perspectiva de profissionais do Sector da Saúde e de utentes dos centros de saúde), profissionais de saúde dos centros de saúde (incluindo, entre outros, médicos, enfermeiros e administrativos) e profissionais da comunicação social. A perspectiva dos elementos de redes sociais justifica-se pelo facto de estes participantes, para além de reflectirem à luz de uma vivência comum a qualquer outro utente, importarem um conhecimento institucional nutrido de mais informação sobre a forma de prestação de cuidados de saúde pelo CS, o que lhes permite propor estratégias de solução assentes em bases mais sistémicas, reais e exequíveis.

Sistematizando, o estudo teve por objectivos:

- conhecer a percepção que utentes, profissionais de saúde e profissionais da comunicação

a As redes sociais estão enquadradas legalmente na Resolução do Conselho de Ministros nº 197/97; DR nº267 de 18/11/1997, I Série-B, pág 6253-6255; neste documento, a rede social é apresentada como um fórum de articulação e congregação de esforços que se baseia na adesão livre por parte das autarquias e de entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos que trabalham no domínio da acção social, com vista à erradicação ou atenuação da pobreza e exclusão social e à promoção do desenvolvimento social.

social têm acerca do funcionamento actual dos CS em Portugal;

- identificar as áreas de funcionamento dos CS que mais satisfazem, percebendo quais as dimensões que estão implícitas na satisfação evocada;
- identificar as áreas de funcionamento dos CS que menos satisfazem;
- conhecer que vectores de mudança são entendidos como prioritários para a reforma dos cuidados de saúde primários – e como seriam alterados se tal mudança dependesse da vontade e necessidade dos participantes no estudo.

É de salientar que estes objectivos foram delineados numa lógica de pensamento exploratório e descritivo. Ou seja, visaram a criação de conhecimento novo, permitindo aos investigadores uma atitude de descoberta, centrando a produção de resultados basicamente nos participantes. Neste sentido, ficou desde muito cedo claro que a metodologia de investigação apropriada para o estudo seria uma abordagem qualitativa^b. Só desta forma, em que os investigadores adoptam uma atitude de abertura à novidade seguindo uma metodologia o menos estruturada possível, é que as perspectivas dos participantes no estudo podem realmente contribuir para, num processo *bottom-up*, identificar que acções podem ser mais efectivas para o aumento da satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde no contexto da actual reforma dos CSP.

Recolha dos dados

O estudo decorreu entre Janeiro e Maio de 2007 tendo a recolha dos dados sido efectuada entre Janeiro e Março de 2007.

A técnica de recolha de dados escolhida foi a de *focus groups* (grupos focais). Trata-se de uma técnica de recolha de dados que implica situações de interacção social, com um número reduzido de pessoas (4 a 12), em contexto de discussão sobre um tema específico, bem delimitado, tendo por objectivo a recolha de dados qualitativos (i.e., verbais e relacionais) através de discussão “*focalizada*”^c. Tem sido muito utilizada nas ciências sociais e humanas, nomeadamente na área do *marketing* (para, por exemplo, perceber como desenvolver e promover novos produtos e serviços) e, principalmente no último quarto de século, com o objectivo de estudar formas de melhorar programas e serviços de saúde⁽¹⁾. O racional por detrás desta técnica é o de que a informação obtida através de *focus groups* é mais rica

b A abordagem qualitativa é especialmente útil para identificar processos e mecanismos da relação entre o utente e o prestador de cuidados de saúde^(61,62). Implica obter informação detalhada e aprofundada acerca dos fenómenos em estudo, com o objectivo de produzir interpretações consensuais dos mesmos.

c Não existem critérios rígidos para a definição do número de elementos de um focus group. O racional é garantir que existem pessoas suficientes para que haja divergências de opinião, mas não em excesso, de forma a que todos possam participar activamente na discussão. Outro critério a ter em conta é o de que quanto mais especializados (i.e., experientes no assunto em discussão) forem os participantes, menor número desses participantes é necessário⁽¹⁾.

do que a obtida através de entrevistas individuais porque as pessoas interpretam os fenómenos e agem (i.e., tomam decisões) com base na interacção com outras pessoas⁽¹⁾. Nesta perspectiva, os *focus groups* têm maior validade ecológica (i.e., reproduzem ambientes mais naturais – entenda-se, menos experimentais); níveis mais profundos de conhecimento surgem pela partilha de perspectivas diferentes. Não é suposta a obtenção de qualquer consenso (ao contrário de outras metodologias de grupo como por exemplo a técnica Delphi). O *focus group* promove um ambiente em que a revelação das ideias ao grupo é encorajada. O papel do moderador (e do co-moderador, quando incluído) é guiar o grupo, de forma neutra, através de um conjunto determinado de temas de discussão. A dinâmica de grupos que resulta deste método faz com que uma ideia que poderia ser expressa em dois minutos numa entrevista individual possa resultar numa discussão de vinte minutos sobre os seus detalhes. Destacam-se algumas das características dos *focus groups* que determinaram a escolha desta técnica para o presente estudo bem como os cuidados tidos aquando da recolha dos dados:

- combina vantagens de duas outras formas de recolha de dados qualitativos (observação participante e entrevista), incluindo ainda a utilização de técnicas de dinâmica de grupo⁽²⁾; é especialmente útil quando o fenómeno em estudo é pouco conhecido e/ou quando as relações interpessoais têm um papel relevante no objecto de estudo;
- a escolha dos participantes nos *focus groups* é feita com base nas características dos mesmos (por exemplo, sexo, idade, nível de experiência com o objecto de estudo, etc.) que se prevê serem importantes, por influentes, no modo como o participante interpreta e avalia o fenómeno em estudo;
- os participantes nos *focus groups* são pessoas que têm alguma semelhança entre elas no que se refere à sua relação com o objecto/fenómeno em estudo; podem incluir-se pessoas que já se conhecem, o que funciona como facilitador da dinâmica do grupo⁽¹⁾, evitando-se no entanto a inclusão de elementos com relações de poder entre eles (por exemplo, directores de CS e médicos de família desses CS; utentes com profissionais de saúde), visto tal mistura poder impedir a livre expressão de opinião.

No presente estudo, cada *focus group* foi conduzido por uma equipa (um moderador e um co-moderador)^d com experiência no exercício da técnica.

A condução dos *focus-groups* seguiu um formato semi-estruturado, sendo colocadas aos participantes perguntas abertas mas obedecendo a um guião previamente definido (ver Anexo). Em função das características específicas de cada grupo e dos objectivos específicos de cada

d O exercício de moderação dos *focus groups* implica competências do moderador em: escuta activa e expressão empática, entrevista, observação e dinâmica de grupos. Dada a complexidade da condução dos grupos durante todo o tempo da reunião (em média, duas horas), optou-se pela inclusão de um co-moderador para facilitar e aumentar a qualidade da condução dos *focus-groups*, quer no exercício da clarificação de conteúdos, quer para garantir que todos os elementos participassem activamente.

focus group, o guião-base foi adaptado de forma a promover uma discussão ampla mas delimitada aos temas em questão e sem desvirtuar os objectivos do estudo.

Os locais de realização das reuniões foram também escolhidos em função de (a) condições acústicas, de forma a viabilizar a gravação dos conteúdos verbais e (b) espaço livre da sala, de forma a garantir a disposição dos participantes (e moderador/co-moderador) em círculo, sem obstáculos entre os mesmos.

Os *focus groups* tiveram uma duração média de duas horas, oscilando entre uma hora e quarenta minutos e duas horas e meia. Cada *focus group* foi registado em vídeo e áudio, para posterior transcrição e análise de conteúdos.

Amostragem

Tratando-se de um estudo qualitativo, utilizou-se uma amostra intencional, não probabilística. O recrutamento dos participantes procurou seguir a regra de maximizar a diversidade da amostra, tentando assegurar heterogeneidade e pertinência de opiniões, e não a regra da aleatoriedade⁽³⁾.

Como critérios geográficos da amostragem, procurou-se assegurar diversidade no que se refere às tipologias norte/sul e litoral/interior do território nacional continental. Procurou-se também que formas diferentes de funcionamento dos CS estivessem representadas. Assim, foram incluídos CS com USF e regimes remuneratórios experimentais.

Em cada unidade de saúde em estudo foi identificado um elemento responsável pelo recrutamento dos participantes, em articulação directa com o secretário da investigação.

A estratégia utilizada para o recrutamento dos utentes foi a seguinte: os médicos/enfermeiros de cada CS indicaram utentes que consideraram ter uma postura activa, construtiva e/ou pertinente na forma como participam, comentam e/ou criticam os serviços prestados na unidade em causa. A escolha dos utentes foi feita, ainda, com base num conjunto de critérios: sexo (procurou-se ter sempre homens e mulheres em cada *focus group*), um utente não utilizador (utentes inscritos no CS há, pelo menos, 2 anos e que não tenham, nesse período, vindo ao CS), e um utente reclamante (nos últimos 12 meses). Estes critérios foram mantidos mesmo nos *focus groups* com utentes-idosos (definidos como utentes com mais de 64 anos de idade) e nos *focus groups* com utentes-pais (grávidas ou pais com filhos com menos de dois anos de idade).

A amostra assim escolhida constituiu uma *pool* de utentes que serviu, numa segunda etapa de

selecção, os propósitos de uma escolha aleatória (feita por elementos da equipa de investigação). Esta metodologia teve por objectivo evitar que os utentes fossem escolhidos por apenas alguns dos médicos ou que vários/todos os utentes representassem o mesmo médico de família^e.

O primeiro contacto foi feito, sempre que possível, pelo médico de família de cuja lista constava o potencial participante. Sempre que um utente seleccionado se recusou a participar, foi escolhido outro utente, também indicado pelos profissionais de saúde. De forma a maximizar a taxa de comparência às reuniões, os potenciais participantes foram contactados pelo menos duas vezes por telefone, sendo o último contacto no dia anterior à realização do *focus group*.

Para os *focus groups* com elementos de redes sociais, os participantes foram escolhidos pelas próprias redes. Procurou-se assegurar a participação de elementos que pertencessem a diferentes grupos ou áreas de trabalho em saúde. Mais uma vez, foram incluídos quer homens quer mulheres, de diferentes estratos etários.

A amostra de profissionais das unidades de saúde foi também intencional, estratificada pelas variáveis 'sexo' e 'número de anos de serviço na unidade'. Em cada *focus group*, foi assegurada a participação de profissionais dos dois sexos, com mais e menos de 10 anos de experiência profissional. De forma a maximizar a expressão de opiniões, garantiu-se que, no mesmo *focus group*, não estivessem elementos com relação de poderes organizacionais entre si (por exemplo, chefias administrativas com outros administrativos).

Foram também convidados jornalistas especializados na área de saúde, tendo em atenção a inclusão de ambos os sexos.

Tratamento dos dados

Os depoimentos obtidos nos *focus groups* foram transcritos na sua totalidade, de forma exaustiva, de acordo com regras definidas em manual preparado para o efeito, garantindo a uniformização das transcrições. Participaram no projecto seis transcritores, tendo todos eles recebido, para além do manual de instruções, formação sobre os cuidados a ter durante o processo de transcrição.

Os textos assim obtidos foram utilizados para análise de conteúdo, enquanto técnica de análise específica para discurso oral em grupo⁽⁴⁾. A análise dos conteúdos foi feita segundo o método temático de codificação e interpretação⁽⁴⁾. O conteúdo de cada *focus group* foi estudado de

^e Devido a constrangimentos temporais, nomeadamente na obtenção da autorização das entidades competentes, não foi possível seguir na íntegra todo o processo descrito em dois *focus groups*, tendo o procedimento de recrutamento sido efectuado de forma mais *ad hoc*, sendo a escolha de utentes feita por apenas alguns profissionais.

forma a identificar dimensões e categorias de opinião e satisfação com o funcionamento dos CS. As dimensões e categorias da análise de conteúdo foram obtidas inicialmente através dos conteúdos do guião dos *focus groups* (variáveis empíricas). No entanto, e por emergência da própria análise, foram criadas novas dimensões, pelo que o conjunto final de dimensões e categorias não se limitou aos temas incluídos nos guiões.

Numa segunda fase da análise, os conteúdos de todos os *focus groups* de cada tipo (utentes, profissionais, elementos de redes sociais, jornalistas) foram agrupados, de acordo com as categorias comuns. Por fim, os dados de todos os *focus groups* foram analisados como um todo, de forma a permitir uma análise holística dos mesmos.

Aspectos éticos no recrutamento e condução dos *focus groups*

O estudo foi realizado mediante a autorização formal das cinco Administrações Regionais de Saúde e das Sub-Regiões a que os CS participantes pertencem.

A direcção de cada CS foi também informada dos objectivos e procedimentos do estudo. O processo de recrutamento apenas teve início mediante aprovação dos mesmos.

Todos os participantes foram informados, desde o primeiro contacto (por telefone ou, no caso de convite directo do profissional de saúde, face a face) dos objectivos e forma de participação (incluindo a duração prevista) do estudo.

A confidencialidade dos dados foi garantida a todos os participantes, e foi-lhes explicado que a gravação das entrevistas tinha por único objectivo a transcrição e análise dos dados, no âmbito exclusivo dos objectivos do estudo. Antes do início de cada *focus group*, foi pedida a leitura atenta e subscrição de um consentimento informado.

A essência dos *focus groups* enquanto técnica de recolha de dados passa pelo respeito das diferenças de valores e experiências de todos os participantes e pela neutralidade dos investigadores (abstenção de aplicação dos seus valores e perspectivas às ideias dos participantes no estudo). Assim sendo, a condução dos *focus groups* foi feita de forma a garantir que toda e qualquer opinião tivesse o maior respeito por parte de todos os participantes.

Foi comunicado aos elementos de contacto dos CS e aos participantes dos *focus groups* o momento previsto de divulgação dos resultados e onde poderiam ter acesso ao sumário executivo do estudo – tendo alguns participantes solicitado, com a anuência da equipa de investigação, o envio do mesmo para o seu endereço electrónico.

Parte 2:

Aspectos conceptuais

1. Satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários

Oswaldo Santos e Ana Rita Antunes

O conceito de satisfação no contexto da saúde

Apesar de ser um conceito complexo e de difícil avaliação⁽⁵⁻¹²⁾, a satisfação dos utentes com os serviços de saúde tem ocupado um lugar progressivamente mais importante na avaliação da qualidade dos mesmos⁽¹⁰⁻¹²⁾.

A satisfação do utente dos serviços de saúde foi definida por Pascoe como uma reacção a aspectos relevantes da sua experiência com esses serviços⁽¹³⁾. É conceptualizada por alguns autores, como Linder-Pelz, como sendo a consequência da comparação entre as expectativas, o desempenho (dos profissionais de saúde e das unidades de saúde) e o resultado (*outcome*) percebido⁽¹⁴⁾. Envolve uma avaliação cognitiva e uma resposta emocional aos cuidados de saúde^(7,14,15), exprimindo, portanto, uma atitude e uma avaliação do utente quanto à qualidade percebida dos cuidados de saúde obtidos^(13,14,16,17).

Strasser *et al.* propõem um modelo abrangente, em que a satisfação do utente⁽¹⁵⁾:

- se alicerça nas percepções humanas, que podem ter ou não ter uma base real objectiva, mas que são a “realidade do utente”;
- é um conceito multidimensional (satisfação com várias dimensões avaliadas de modos diferentes – os utentes podem estar satisfeitos com um dado aspecto e não com outro) que passa pela avaliação global dos cuidados recebidos e pela reacção a todos os aspectos que o utente considera relevantes;
- é um processo dinâmico – altera-se com o tempo, entre episódios e mesmo dentro de um mesmo episódio de cuidados de saúde;
- resulta em atitudes, expressas cognitivamente (ex. “este médico é competente”) ou afetivamente (ex. “sinto-me desconfortável quando estou com o meu médico”), que podem desencadear reacções comportamentais;
- pressupõe o funcionamento da pessoa a dois níveis – como avaliador dos comportamentos e episódios de saúde (satisfação como variável efeito) e como modelador de comportamentos de saúde futuros (satisfação como variável causal);
- é um processo individualizado, pessoa-específico, devido às diferenças quanto a factores sociodemográficos, valores, crenças, expectativas, experiência anterior com os cuidados de

saúde e estado de saúde actual; são aspectos fundamentais para a definição do grau de satisfação⁽¹⁷⁾: os ideais subjectivos, o limiar mínimo aceitável de qualidade de prestação do serviço assim como a apreciação subjectiva dos direitos que se têm e das experiências passadas em situações semelhantes.

A satisfação é determinada quer por opiniões e outros tipos de crenças relativamente ao objecto em questão, quer por atitudes (i.e., os afectos investidos nessas cognições). No que se refere às opiniões, é importante explicitar que o conceito é aqui utilizado no sentido de *“crença [...] ainda que temporária e susceptível de modificação. [...] alçures entre a fé, que é uma crença intrinsecamente inverificável, e o conhecimento, que já foi verificado e não está sujeito à interpretação individual”*⁽¹⁸⁾.

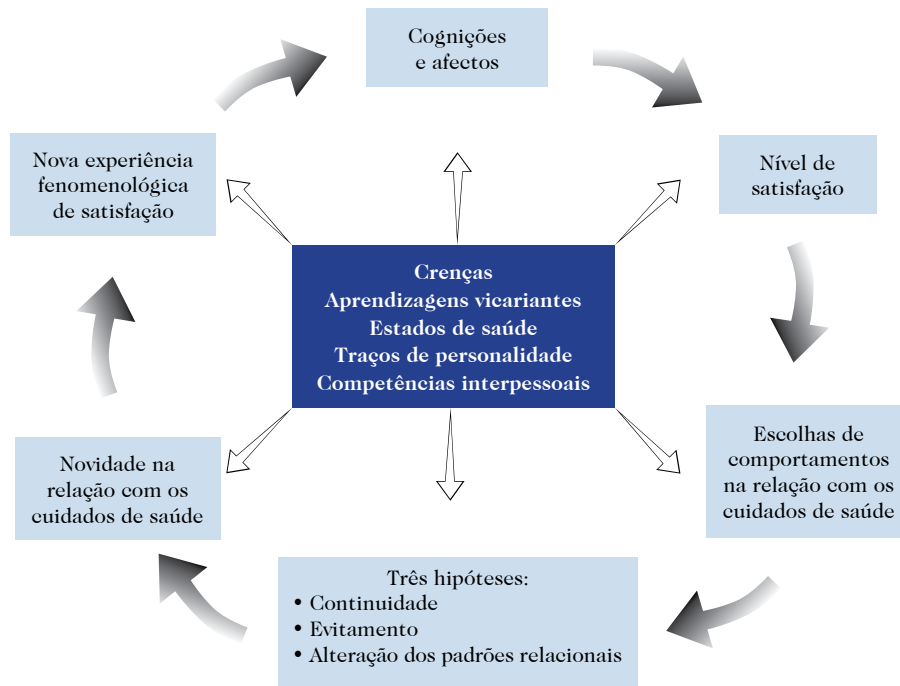
A satisfação do utente é, desde há muito, considerada como um objectivo dos cuidados de saúde (paralelamente aos resultados terapêuticos) e entendida como estando directamente associada aos resultados destes^(14,16,17), influenciando muitos comportamentos de doença e de saúde, nomeadamente assegurando uma maior adesão aos tratamentos prescritos e o retorno do paciente à consulta⁽¹⁴⁾. A evidência científica tem mostrado de forma sistemática que a satisfação está correlacionada com a taxa de uso de cuidados de saúde, com a efectividade do tratamento e com o estado de saúde⁽¹⁹⁾.

Dito de outra forma, a satisfação do utente tem sido estudada quer como variável dependente, resultante da qualidade da prestação do serviço de saúde, quer como variável preditora da efectividade dos cuidados de saúde. Desta forma, o utente de serviços de saúde não se afigura como juiz passivo dos eventos; a satisfação tem correlatos comportamentais que fazem do utente agente activo no processo de satisfação e que fazem com que a satisfação seja um processo dinâmico por oposição a um produto. As cognições e os afectos desencadeiam um determinado nível de satisfação, que produz (por sua vez) escolhas de comportamentos na relação com os cuidados de saúde – que podem ser de continuidade, de evitamento, ou de alteração dos padrões relacionais. Estas mudanças comportamentais produzem, por sua vez, novidade na relação com os cuidados de saúde, de que resulta uma nova experiência fenomenológica de satisfação, e assim sucessivamente. Este processo é, em todas as fases, afectado por outras variáveis como por exemplo:

- crenças – por exemplo, sobre a relação CS-utente ou sobre a relação médico-doente;
- aprendizagens vicariantes, i.e., aprendizagens da relação CS-utente feitas com base nas experiências relacionais (com o CS) de outras pessoas;
- percepção do estado de saúde e percepção de doença;
- traços da personalidade e padrões comportamentais do utente - por exemplo, optimismo ou pessimismo, estilo extrovertido ou introvertido, afectividade, estabilidade emocional, impulsividade, padrão comportamental, etc.;

- competências interpessoais (estilos de comunicação – assertiva , passiva ou agressiva –, ansiedade social, etc.). (Ver figura 1)

Figura 1 Modelo dinâmico da satisfação do utente



Enquanto variável dependente, a satisfação com os cuidados de saúde tem sido avaliada, muitas vezes sem grandes cuidados de definição⁽¹⁷⁾ através de diversos vectores de satisfação: satisfação geral, acessibilidade, disponibilidade de recursos, continuidade dos cuidados, eficácia e resultados obtidos, aspectos financeiros, qualidade da relação interpessoal, recolha e prestação de informação, qualidade das infra-estruturas, competência percebida, aspectos burocráticos, entre outros^(14,19).

A satisfação com os cuidados de saúde resulta assim num conceito multidimensional, sendo uma avaliação individual de várias dimensões dos cuidados de saúde.

As dimensões mais frequentemente relatadas como sendo prioritárias para a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde e mais frequentemente incluídas em questionários de satisfação são: qualidade da interação entre o utente e o profissional de saúde (competências interpessoais, interesse genuíno, disponibilidade para ouvir, respeito), qualidade da informação dada (sobre os procedimentos do CS, sobre o tratamento, etc.), tempo de consulta, percepção e avaliação de competência técnica, acessibilidade (nomeadamente horários, tempos de espera, custos), e infra-estruturas (aspectos estéticos, estacionamento de veículos, adequação dos equipamentos, conforto, etc.)^(20,21). Por outro lado, poucos estudos de satisfação têm abordado

aspectos como privacidade do utente, relação afectiva com os profissionais de saúde, ou peso e impacto do tratamento⁽²²⁾.

A satisfação dos utentes em Portugal e na Europa

Em termos dos resultados dos estudos de satisfação dos utentes, a tendência internacional é para a obtenção de níveis elevados de satisfação⁽⁹⁻¹²⁾. Congruentemente, os resultados de insatisfação apresentam-se bastante baixos, em países tão diferentes como o Canadá, os Estados Unidos da América, a Inglaterra e a Finlândia, onde os inquiridos mostram apenas 5% de inquiridos insatisfeitos com os cuidados de saúde que lhes são prestados⁽⁶⁾.

Esta tendência generalizada dos inquiridos de satisfação para resultados elevados de satisfação, que se tem mantido ao longo do tempo, tem gerado muita reflexão ao nível da comunidade científica internacional sobre alguns aspectos teóricos e metodológicos dos estudos de satisfação relacionados com: a) a utilidade, validade e fundamentação do conceito, bem como com a validade dos inquiridos de satisfação; b) valores e expectativas dos utentes; c) estatuto e poder da profissão médica; d) nível de dependência do utente dos técnicos, entre outros viéses^(6,10-12). Todos estes aspectos não devem, no entanto, reduzir a importância deste tipo de estudos, devendo, sim, funcionar como um alerta para a necessidade de uma boa definição do que se pretende medir, de um bom instrumento de medição e de saber como interpretá-lo objectivamente, com rigor e de um modo correcto.

Em termos internacionais, quando comparada com a opinião de outros cidadãos europeus, a dos portugueses é, na sua globalidade, mais negativa (dados referentes a 1993, 1997 e 2002)⁽²³⁻²⁵⁾:

- *qualidade dos cuidados de saúde prestados* – 71% dos europeus classificam a qualidade dos cuidados de saúde que a população recebe, em termos gerais, como boa, e enquanto alguns dos países atingem valores acima dos 90%, em Portugal apenas 43% dos inquiridos veiculam opinião neste sentido⁽²³⁾ (12 países em avaliação);
- *eficiência dos serviços que prestam os cuidados de saúde* – 50% dos europeus classificam os serviços de saúde (acessíveis ao cidadão médio) do seu país como ineficientes, considerando que os doentes não são tratados tão bem quanto deviam ser; em Portugal 80% dos portugueses têm essa opinião⁽²³⁾ (12 países em avaliação);
- *funcionamento dos serviços de saúde* – 13% dos europeus consideram que o sistema de saúde do seu país funciona bastante bem e enquanto alguns países atingem valores acima dos 21%, em Portugal apenas 2% dos portugueses inquiridos veiculam esta opinião⁽²⁴⁾ (15 países em avaliação);
- *necessidade de mudança do sistema de saúde* – 31% dos europeus consideram que o sistema necessita apenas de pequenas alterações, 38% consideram que necessita de grandes mudan-

ças e 14% que necessita de ser completamente reestruturado. Já a percentagem de portugueses que consideram que o sistema necessita apenas de pequenas alterações é mais baixa situando-se nos 13%, enquanto 39% acham que o sistema necessita de grandes mudanças e 41% consideraram que o sistema de saúde português funciona muito mal e necessita de ser completamente reestruturado⁽²⁴⁾ (15 países em avaliação);

- *apreciação global da clínica geral (sector público)* – os portugueses são os menos satisfeitos, considerando que, na globalidade, os serviços prestados são apenas médios, enquanto outros países europeus os consideram bons/muito bons ou médios/bons. A acessibilidade é o aspecto que menos satisfaz os portugueses que o avaliam como medíocre/médio, enquanto os outros países europeus consideram este aspecto como médio ou bom⁽²⁵⁾ (4 países em avaliação);

Uma constatação pode ser importante na análise destes resultados para o sector público. Muitos dos estudos englobam utilizadores e não utilizadores do Serviço Nacional de Saúde e, segundo o estudo *Saúde e Doença em Portugal*⁽⁶⁾, a opinião destes últimos, sem experiência efectiva de utilização do sistema, é mais influenciada pelos meios de comunicação social cuja informação transmitida vai geralmente no sentido negativo, como este mesmo estudo evidenciou.

Em Portugal, a Lei de Bases da Saúde, na sua Base XXX (Lei 48/90 de 24/08) estabelece que todos os níveis, órgãos e serviços do Serviço Nacional de Saúde estão sujeitos a avaliação permanente, baseada num sistema completo e integrado com informações de natureza estatística, epidemiológica e administrativa. É explicitado, ainda, que deve ser colhida informação sobre:

- satisfação (aceitação) do utente;
- qualidade dos serviços;
- razoabilidade da utilização dos recursos em termos de custo-benefício;
- satisfação profissional.

Apesar deste imperativo legal e da importância atribuída ao constructo, em Portugal não existe um sistema de audição das opiniões dos cidadãos sobre a saúde nem se conseguem identificar verdadeiros representantes da população na área da saúde⁽²⁶⁾.

Os estudos de satisfação realizados em Portugal são muito heterogéneos, diferindo grandemente tanto em termos das metodologias utilizadas como das dimensões de satisfação em análise e mesmo dos tipos de instituição de saúde sob avaliação.

Os portugueses valorizam a saúde como uma área fundamental da sociedade^(27,28). Os estudos nacionais sobre a situação portuguesa evidenciam, em termos gerais, uma avaliação positiva do sistema^(6,25,29-36). A avaliação feita da prestação de cuidados médicos e dos médicos de família é globalmente positiva^(25,27-32,37,38). Também a avaliação dos cuidados de enfermagem é tendencialmente positiva^(24,26,32). As questões com as quais os portugueses parecem mostrar-se menos

satisfeitos são as que têm a ver com os aspectos de organização e com o funcionamento dos serviços de saúde^(25,27-36). Para além disso, os portugueses identificam como aspectos prioritários para o aumento da satisfação dos utentes: aumentar o número de médicos de família, melhorar o modo de atendimento bem como a simpatia no atendimento, aumentar/melhorar as instalações e serviços, aumentar o número de efectivos no pessoal auxiliar, melhorar a organização e a informação e alargar horários de funcionamento⁽³¹⁾.

Uma análise recente da actividade dos CS portugueses identificou a escassez de outros profissionais para além dos médicos e enfermeiros e a gama insuficiente de serviços disponibilizados como pontos fracos associados aos CS⁽²⁶⁾.

Verifica-se também que, em Portugal, os estudos de satisfação têm sido muito pouco aproveitados por parte das estruturas organizacionais e normativas no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados e serviços prestados, revelando-se apenas como pontos de reflexão isolados, sem impacto na melhoria do sistema⁽⁹⁾.

Outro modo de avaliar a satisfação dos utentes é através da análise das reclamações que estes apresentam. De acordo com Cabral⁽⁶⁾, na maioria dos sistemas de saúde este é considerado um dos indicadores mais directos de satisfação. No entanto, dadas as características específicas da sociedade portuguesa, em Portugal, esta relação pode não ser tão linear⁽⁶⁾. Em termos nacionais a prática de reclamações contra os serviços públicos é muito pouco frequente, facto que se deve, de acordo com o mesmo autor, a uma baixa propensão da população portuguesa para a mobilização e participação sociais, evidenciada pelos resultados de diversos estudos sociológicos.

É também importante referir que, em Portugal, não existe um modo único de efectuar reclamações, coexistindo um conjunto amplo de entidades estatais do Sector da Saúde para onde podem ser enviadas reclamações: o Gabinete de Utente, a Direcção ou Conselho de Administração da Unidade de Saúde onde ocorreu o incidente, a Direcção-Geral da Saúde, a Inspeção-Geral da Saúde, a Procuradoria Geral da República e o Ministério da Saúde, entre outros.

Por outro lado, também não existe um organismo único responsável pela centralização das reclamações apresentadas pelos utentes dos serviços de saúde e pela análise das mesmas. Existem assim relatórios de duas entidades: os efectuados pela Inspeção-Geral da Saúde que dizem respeito às reclamações feitas através do gabinete do utente e do “Livro Amarelo”; e os efectuados pela Direcção-Geral da Saúde que dizem respeito apenas às reclamações directamente remetidas à DGS ou ao Gabinete do Ministro.

Nos relatórios da IGS que analisam as queixas entre 2002 e 2005^(39,40) as reclamações dirigidas aos CS parecem apresentar uma tendência crescente, o que, pelo menos em parte, poderá ter a

ver com o aumento do grau de exigência dos utentes. Já nos relatórios da DGS que analisam as queixas entre 2000 e 2006^(41,42) não é possível estabelecer uma tendência uma vez que os dados disponíveis para 2000, 2001 e 2002 não se encontram divididos por estabelecimento de saúde.

Este estado de coisas releva a importância de se saber o que o cidadão pensa e necessita no enquadramento actual e real, com as possibilidades e limitações que existem. É, igualmente, necessário que os estudos de satisfação se transformem em acções de rotina, alicerçadas nas experiências individuais dos utentes. Neste mesmo sentido, pode ser útil uma mudança de paradigma no modo como a avaliação da satisfação do utente tem sido efectuada até agora, com recurso essencialmente ao uso de questionários. O estudo descrito neste livro poderá ser uma contribuição para essa mudança.

2. Satisfação profissional nos cuidados de saúde primários

André Biscaia

A satisfação dos utentes de cuidados de saúde está associada à satisfação dos profissionais de saúde e ao seu conceito de qualidade de serviço enquanto prestadores de serviços⁽⁴³⁾. Neste sentido, a melhoria contínua da qualidade de uma organização (nomeadamente de um CS) deve ter em conta não apenas a satisfação dos seus clientes/utentes, mas também a satisfação dos seus profissionais. Esta análise conjunta da satisfação do utente, da perspectiva do profissional de saúde quanto ao que constitui um serviço de qualidade, assim como da satisfação do profissional de saúde com a sua prática, permite um entendimento mais aprofundado dos processos de melhoria dos cuidados de saúde.

A satisfação profissional pode ser definida como uma atitude individual em relação à profissão e às condições em que esta é desempenhada⁽⁴⁴⁾.

Numa visão integradora, a satisfação profissional surge como sendo o resultado afectivo da motivação no trabalho, tendo consequências em termos do desempenho. A motivação no trabalho pode ser definida como o grau de vontade individual em iniciar e manter um esforço com vista a alcançar objectivos organizacionais^(45,46), correspondendo a um conjunto de processos psicológicos que leva o trabalhador a alocar os seus recursos pessoais para atingir esses objectivos organizacionais, determinando a efectividade e a produtividade da organização.

A motivação no trabalho resulta da interacção entre os trabalhadores e o enquadramento, organizacional e social, do trabalho. Consequentemente, os potenciais determinantes da motivação no trabalho estendem-se às características individuais e demográficas dos trabalhadores e ao modo como este interpreta os factores contextuais; factores sociais como as expectativas da comunidade, a pressão dos pares e os valores sociais, exercem a sua influência na motivação individual de cada trabalhador. Por outro lado, são também determinantes fundamentais, os factores organizacionais como os recursos e funcionamento da organização, a sua política de recursos humanos e o modo como esta é implementada assim como a sua cultura organizacional⁽⁴⁵⁾, não só a patente (missão, regulamentos, normas, o que são consideradas boas práticas) mas principalmente a latente (as crenças prevalecentes, as certezas fundamentais, os conflitos reprimidos, o potencial criativo).

Resultados e consequências

No lado dos resultados e consequências, vemos que a motivação tem um resultado afectivo (satisfação profissional), um resultado cognitivo (a opinião do trabalhador sobre o trabalho e a sua posição nele) e um resultado, mais final, comportamental e de desempenho.

O desempenho dos trabalhadores é, portanto, dependente não só dos recursos disponíveis e das competências dos trabalhadores mas também da vontade do trabalhador em trabalhar regularmente e de um modo diligente e em se propor objectivos de qualidade, ou seja, da sua motivação para o trabalho. Nos cuidados de saúde, por serem muito dependentes dos recursos humanos, a qualidade dos serviços, a eficiência e a equidade são características directamente mediadas pela vontade do trabalhador em se aplicar nas suas tarefas. Portanto, o desempenho do sector da saúde e, conseqüentemente, os resultados em saúde estão criticamente dependentes da motivação no trabalho⁽⁴⁵⁾.

O resultado final – comportamento/desempenho – conduz a consequências para a organização, para a comunidade e para o próprio trabalhador. Nas consequências organizacionais, que se misturam muito intimamente com as da comunidade no caso dos cuidados de saúde, surgem a produtividade, a permanência ou mudança de local de trabalho ou de área de trabalho, o grau de absentismo, a pontualidade, ou no final, a qualidade dos serviços – cuidados adequados e atempados, cordialidade no atendimento, atenção aos aspectos psicológicos e sociais dos problemas dos utentes (mais satisfação profissional, mais atenção), melhor prescrição de medicamentos (mais satisfação profissional, menos prescrição e maior adequação desta).

Nas consequências pessoais para o trabalhador surgem a possibilidade de promoção ou a vontade de mudar de local de trabalho ou de área de trabalho, sendo afectadas a sua satisfação com a vida em geral e a sua própria saúde.

A motivação no trabalho está, portanto, no centro de uma teia de determinantes, resultados e consequências que se retro-alimentam num ciclo ininterrupto.

Motivação no trabalho – como pode ser influenciada?

Do ponto de vista da organização, o nível de satisfação profissional dos prestadores de cuidados de saúde é considerado uma característica de estrutura dos serviços de saúde por ser um elemento determinante da qualidade assistencial. Contudo, é também um resultado do subsistema de gestão da organização. Dado o efeito que a satisfação profissional tem sobre toda a actividade da organização, os responsáveis pela gestão têm de colocar como uma prioridade assegurar

que a força de trabalho esteja motivada e, logo, satisfeita, de modo a que a organização possa atingir os seus objectivos. É cada vez mais verdade que “uma organização que dá atenção a mais ao trabalho e atenção a menos a quem trabalha, está fora de moda”⁽⁴⁷⁾.

Um modo de influenciar a motivação no trabalho é através de incentivos. Um incentivo é uma forma particular de pagamento que tem como objectivo uma mudança específica de comportamento⁽⁴⁸⁾. A organização, o contexto e o trabalho efectuado determinam o tipo de incentivos e o seu impacto⁽⁴⁹⁾.

Fazendo uma tipologia dos incentivos, temos dois grupos:

1. dentro do pacote retributivo;
2. fora do pacote retributivo.

Os incentivos dentro do pacote retributivo compreendem os financeiros e os não-financeiros. Os financeiros, por sua vez dividem-se em:

- a) vencimento;
- b) outros benefícios financeiros directos – pensões por doença ou acidente, seguros de saúde ou de vida, subsídios para roupa, acomodação, transportes;
- c) benefícios financeiros indirectos – creches e escolas ou subsídios às empresas que providenciam alimentação, roupa, acomodação, transporte, creches, educação.

Os não-financeiros podem-se traduzir por férias/folgas, horários flexíveis, acesso e apoio na formação, licenças de estudo/sabáticas, pausas planeadas na carreira, saúde ocupacional/aconselhamento ocupacional, estruturas recreativas, entre outros⁽⁴⁸⁾.

Incentivos não ligados aos aspectos retributivos podem corresponder ao aumento da autonomia e/ou da responsabilidade (financeira ou não) do trabalhador, aumento da quantidade e qualidade da informação (incluindo a informação sobre o próprio desempenho do trabalhador), aumento da qualidade organizacional, direccionamento de financiamento para a área de actividade do trabalhador ou até a gestão do desempenho e supervisão do trabalhador. Este último aspecto merece um comentário. A supervisão pode ser considerada um incentivo, dado que para além de poder melhorar o desempenho, pode levar ao desenvolvimento profissional e à melhoria da satisfação profissional. Os mecanismos de supervisão, melhores ou piores, existem em todo o lado e quando existe descentralização, o papel dos supervisores (muitas vezes atribuído às chefias intermédias) é valorizado. A maior parte dos decisores políticos reconhecem que a supervisão de suporte tem valor; mas é importante salientar que, para ser determinante no aumento de satisfação, a supervisão tem que ser de qualidade⁽⁵⁰⁾.

O que se sabe sobre satisfação profissional fora de Portugal?

A satisfação profissional está, segundo estudos das últimas décadas, em estreita associação com a satisfação com a vida em geral, a saúde mental e o desempenho profissional, sendo um importante factor na harmonização global da vida de cada um^(51,52). Em relação aos médicos, conforme transparece de estudos de morbilidade e mortalidade, constitui uma questão vital. De facto, encontram-se documentados um maior número de distúrbios depressivos e de dependência de álcool, aumento do risco de morte por suicídio, cirrose e acidentes (três causas frequentemente ligadas ao stresse) e o dobro da mortalidade por enfarte de miocárdio nos médicos de família entre os 40 e os 60 anos, em comparação com a população em geral^(52,53).

Igualmente suportada por dados de investigação está a interferência na relação médico-utente, registando-se índices elevados de satisfação profissional e baixos de stresse profissional associados a uma maior disponibilidade para o utente e maior atenção aos aspectos psicossociais das queixas. Por outro lado, a frustração e a falta de tempo estão relacionadas com o aumento da prescrição de medicamentos e diminuição da disponibilidade para fornecer explicações aos utentes⁽⁵²⁾. Estas condutas são muito valorizadas pelos utentes, podendo ser determinantes quanto à adesão à terapêutica e às recomendações de autocuidados, essenciais à melhoria nos níveis de saúde individual e colectiva⁽⁵⁴⁾.

Por todas as razões já enunciadas, a satisfação profissional dos médicos está a ser alvo de grande interesse, tendo nomeadamente suscitado um *special report* na revista “The New England Journal of Medicine”, no início de 2004. Este artigo refere estudos que revelaram que, nos Estados Unidos da América, 30 a 40% dos médicos não voltariam a escolher a sua profissão se o pudessem fazer, 40% não aconselhariam a sua profissão a um estudante do liceu, e 58% dos médicos declararam que o seu entusiasmo pela profissão tinha caído nos últimos 5 anos. Quanto às causas desta insatisfação, 75% dos médicos afirmaram que o tipo de gestão dos cuidados de saúde em vigor (“managed care”) afectava negativamente não só os serviços prestados à população, mas também o modo como praticavam medicina. A frustração das expectativas, os processos judiciais, a falta de tempo e os múltiplos papéis que os médicos têm de assumir para além dos estritamente clínicos são outras causas importantes de insatisfação.

Ficou, por outro lado, demonstrado, em estudos no Reino Unido, que a responsabilidade profissional assumida, a liberdade de escolha de metodologias de trabalho e a variedade de tarefas são factores preditivos de níveis elevados de satisfação profissional entre os clínicos gerais^(47,48).

Num outro estudo, incidindo sobre clínicos gerais espanhóis, detectou-se que os factores promotores de um nível maior de satisfação e de menor stresse profissional incluíam, por ordem decrescente de importância: boas relações sociais no trabalho, satisfação profissional nas di-

mensões intrínsecas à profissão, descontração no trabalho, variedade do trabalho, independência/autonomia para organização do próprio trabalho, adequação para as suas tarefas e um nível de pressão no trabalho aceitável para o médico⁽⁴⁴⁾.

A satisfação profissional dos médicos de família em Portugal

Em Portugal, não está integrada na cultura da generalidade das organizações de saúde a importância da avaliação de variáveis fundamentais na caracterização dos recursos humanos como a satisfação profissional, a motivação para a mudança de profissão, de carreira ou de local de trabalho e, ainda com maior défice, dados sobre a saúde e segurança dos profissionais nas unidades de saúde.

Segue-se uma breve descrição dos estudos mais importantes nesta área relativos a médicos de família.

Num estudo levado a cabo em 1999, Luís Graça utilizou uma amostra de médicos de família portugueses de todo o país^(51,53) tendo os factores de satisfação profissional sido ordenados, por ordem decrescente de importância, do seguinte modo: realização pessoal e profissional, relação médico de família-utente, remuneração, condições de trabalho e saúde, autonomia e poder, relações de trabalho e suporte social, segurança no emprego, status e prestígio.

Em 1994, num estudo⁽⁵⁶⁾ sobre médicos de família do Norte de Portugal, Alberto Pinto Hespagnol concluiu que 47% estavam insatisfeitos ou completamente insatisfeitos com o trabalho. Os três factores que os médicos de família referiram como associados a uma maior satisfação profissional eram intrínsecos à sua profissão e à relação médico-doente. Por outro lado, os factores que conduziam a uma menor satisfação eram todos eles extrínsecos à natureza da profissão, nomeadamente os relacionados com as áreas do contrato de trabalho/remuneração ou de administração/gestão, como o baixo vencimento (82%), a impossibilidade de usar técnicas evoluídas (82%), o pouco reconhecimento pela sua dedicação ao trabalho (60%), o modo como era gerida a sua unidade de saúde (57%), a monotonia do seu trabalho (55%), as possibilidades que tinham para ajudar os utentes e as horas de trabalho (53%).

O “Relatório da Comissão de Avaliação das Condições Técnicas para o Exercício da Actividade dos Médicos nos CS da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo” da Ordem dos Médicos, de 2004, incluiu a descrição de um estudo sobre satisfação profissional, levado a cabo em 2002 e 2003 por André Biscaia⁽⁵²⁾, sobre uma amostra aleatória de 24 CS, estratificada pelas três Sub-Regiões de Saúde da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Nesses centros, foram avaliados todos os médicos de família utilizando um

questionário validado para os objectivos e população em estudo. A taxa de resposta foi de 68,5% (307 respostas).

O nível de satisfação profissional dos médicos de família estava no ponto neutro, com um resultado global de 3,02 (numa escala de 1 “muita insatisfação” a 5 “muita satisfação”), denotando nem satisfação nem insatisfação profissional. Este resultado deve considerar-se baixo em relação ao nível desejável para uma motivação suficiente. A pontuação global alcançada é resultado de pontuações negativas e positivas de diferentes factores, mas foi possível detectar uma regra: os factores relacionados com a profissão, ou seja, os que têm a ver com a natureza do trabalho – interesse pelo e do trabalho e adequação para o trabalho – têm pontuações positivas; enquanto que os factores relacionados com as condições proporcionadas para o exercício profissional, a recompensa pelo trabalho efectuado e principalmente, a pressão e exigência no trabalho, têm pontuações negativas. A pressão no trabalho surge como um problema generalizado e de difícil controlo, já que em nenhum dos CS se encontra satisfação nesta dimensão.

Contudo, este estudo revelou que existem CS em que os médicos de família alcançam valores positivos, e em alguns casos altos, em todas as dimensões da satisfação profissional (com excepção da pressão no trabalho já referida) donde se conclui que existem condições e estratégias que permitem, em casos concretos, manter a generalidade das dimensões num nível satisfatório.

Das conclusões salienta-se, ainda, que os CS não são homogéneos e têm realidades de condições e actividade díspares que podem condicionar a satisfação profissional. As características dos CS que estão associadas a essas discrepâncias na satisfação entre CS são várias:

- *o ter de partilhar o gabinete de consulta* – quanto mais médicos por gabinete, menor a satisfação profissional global, menor interesse têm por aquilo que fazem, e maior a pressão que sentem no trabalho;
- *o rácio número de enfermeiros/número de médicos de família* – quanto maior este rácio, maior a satisfação profissional dos médicos de família, a sua satisfação com as condições para o exercício profissional e maior o interesse por aquilo que fazem, assim como menor a pressão que sentem no trabalho;
- *o rácio número de administrativos/número de médicos de família* – quanto maior este rácio, maior a satisfação profissional dos médicos de família e menor a pressão no trabalho, deixando, este rácio e o anteriormente referido, entrever a importância do trabalho em equipa;
- *o número de utentes atribuído a cada médico de família* – quanto mais utentes por médico de família, menor a satisfação dos médicos de família quanto à oportunidade de se poderem desenvolver profissionalmente;
- *o número de utentes sem médico de família no centro de saúde* – quanto maior, pior a relação com as chefias;

- *a organização dos espaços nas instalações dos CS* – quanto pior, mais os médicos consideram que o trabalho altera negativamente o seu ânimo;
- *o número médio de horas extraordinárias semanais por médicos de família* – quanto maior o número de horas extraordinárias, maior a satisfação dos médicos de família quanto à recompensa pelo trabalho efectuado, melhor a sua relação com as chefias e mais os médicos de família sentem que ocupam o posto que merecem, o que deverá estar em relação com o peso do aumento de vencimento que as horas extraordinárias acarretam – esta relação pode também depender de como acontecem as horas extraordinárias – se são “impostas” ou se são opção real do médico.

O Relatório aponta para o facto de que o desenvolvimento de condições para um efectivo trabalho de equipa, com o número adequado de médicos de família, complementado com um rácio adequado de enfermeiros e administrativos é fundamental para a satisfação profissional dos médicos de família. Este número adequado de profissionais de saúde resolveria, igualmente, o problema dos utentes sem médico de família e diminuiria, em muito, a pressão a que os profissionais dos centros de saúde estão sujeitos.

Os aspectos retributivos assim como as instalações e os equipamentos adequados são considerados igualmente muito importantes. Um gabinete para cada médico de família, instalações cuidadas, com uma organização funcional dos espaços poderiam aumentar a satisfação profissional dos médicos de família.

Como aspectos positivos salienta-se que os médicos de família têm interesse pelo que fazem e sentem-se preparados e adequados para a sua profissão. A satisfação nestas dimensões é fundamental para o sucesso de quaisquer medidas que influam nas outras dimensões, nomeadamente nas condições de exercício profissional.

O Relatório termina afirmando que há “um vasto leque de questões que exigem atenta ponderação para que os CS se tornem organizações que, proporcionando condições de trabalho adequadas e zelando pela saúde física e mental dos profissionais que neles trabalham, possam cumprir a sua missão – prestar cuidados de saúde ao mais alto nível de qualidade à população.”

F. Hipólito *et al.*, com o objectivo de explorar as motivações dos médicos de família que aderiram e as dos que não aderiram ao Regime Remuneratório Experimental (RRE), fizeram um estudo caso-controlo utilizando entrevistas estruturadas individuais; os casos eram os médicos que aderiram ao regime; os controlos eram médicos do mesmo centro de saúde que tinham optado por não aderir; aos dois grupos foi solicitado que ordenassem, da mais importante para a menos importante, as razões que os levaram a tomar a sua decisão. Os resultados foram analisados à luz da Teoria da Higiene-Motivação de Herzberg (Quadro 1).

Quadro 1 Motivações para adesão ou não adesão ao RRE, ordenadas da mais importante para a menos importante.

Médicos que aderiram ao RRE	Médicos que não aderiram ao RRE
Realização profissional	Relações no trabalho
Autonomia profissional	Autonomia profissional
Condições de trabalho	Desempenho institucional
Desempenho institucional	Remuneração
Remuneração	Condições de trabalho
Relações no trabalho	Realização profissional
Acesso do utente ao profissional	Acesso do utente ao profissional
Prestígio profissional	Estatuto social
Estatuto social	Prestígio profissional

Fonte: Hipólito F, Conceição C, Ramos V, Aguiar P, Lerberghe WV, Ferrinho P. Quem aderiu ao RRE e porquê? Rev Port Clin Geral 2002;18:89-96.

As motivações para terem aderido que são mais valorizadas como importantes pelos que aderiram ao RRE, são, de um modo geral, as mesmas que são valorizadas como mais importantes por aqueles que não aderiram, com excepção do “estatuto social” e do “prestígio profissional” que foram classificados com igual grau de importância pelos dois grupos. É interessante notar que a principal motivação para aderir ao RRE é a realização profissional seguida da autonomia profissional, ambos factores de satisfação na nomenclatura de Herzberg. No topo das motivações para a não adesão ao Regime está um factor de higiene, o receio de que o RRE levasse a uma deterioração de relações de trabalho. A autonomia surge na mesma posição nos dois grupos, realçando a sua importância para os médicos de família, embora um grupo considere que aderiu ao regime para ter mais autonomia e o outro não aderiu para manter o grau de autonomia que detinha na altura do estudo. A realização profissional e as relações no trabalho ocupam posições de importância inversa num grupo e no outro – 1ª e 6ª posições. A remuneração ocupa sensivelmente a mesma posição de importância nos dois grupos.

Motivação para a saída da carreira de clínica geral em Portugal

Há poucos dados em Portugal sobre o *turnover* – saídas da profissão, da carreira ou do local de trabalho - nas profissões da saúde. Sabe-se que, em 1999, por cada 100 trabalhadores, cerca de nove saíram do Serviço Nacional de Saúde. As saídas foram em maior número dos hospitais do que dos CS, não se conhecendo as causas que as determinaram.

Um estudo de Luís Graça⁽⁵⁵⁾, com base numa amostra nacional de médicos de família e utilizando a questão “Se tivesse possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria:... a mesma profissão, carreira e/ou centro de saúde?”, revelou que 4,4% dos médicos de família não voltariam a

escolher a mesma profissão, 22,2% a mesma carreira e 31,4% o centro de saúde como local de trabalho principal.

No estudo referenciado atrás sobre satisfação profissional na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, de André Biscaia⁽⁵²⁾, avaliou-se igualmente a motivação para a mudança dos médicos de família, com a mesma pergunta: “Se tivesse possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria...” a mesma profissão, carreira e/ou centro de saúde. Do total, não voltariam inequivocamente a escolher a mesma profissão 8,9% dos médicos questionados, 34,1% não escolheriam a mesma carreira e 25,3% não escolheriam o actual centro de saúde para trabalharem.

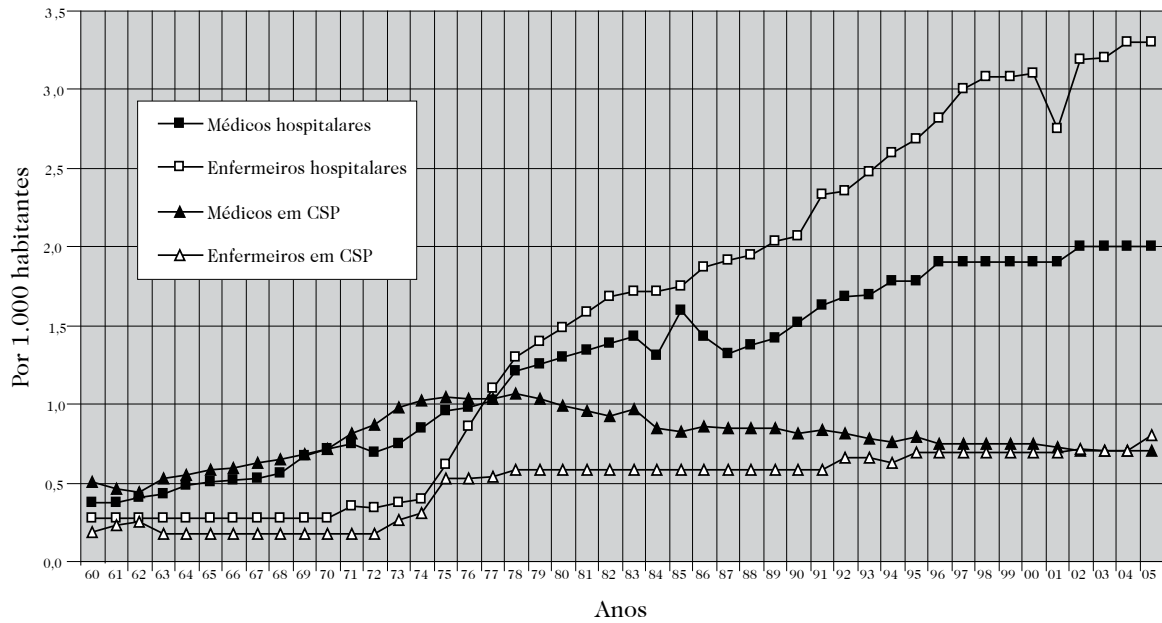
Nesse estudo, na motivação para se querer deixar a profissão de médico, contavam a menor satisfação profissional, o menor interesse pelo trabalho, o sentir menor adequação para o trabalho, o considerar o trabalho monótono e o mau ambiente de trabalho entre os profissionais, ou seja características mais relacionadas com a profissão e com as relações humanas dentro do grupo profissional. Já a vontade de querer deixar a carreira de clínica geral, essa estava associada não só a factores inerentes à profissão, mas também às condições proporcionadas para o exercício profissional, isto é, uma maior pressão no trabalho, piores condições de trabalho e uma menor satisfação com a recompensa pelo trabalho efectuado. Para a motivação de se querer deixar o actual centro de saúde, concorriam todos estes factores e, ainda, o ambiente de trabalho, ou seja as relações com os colegas e as chefias. Existe, portanto, a possibilidade de se conseguir reverter esta tendência acentuada de os médicos de família quererem deixar a carreira, se se implementarem estratégias para melhorar as condições de exercício da profissão nos CS.

Ainda um terceiro estudo realizado num centro de saúde da Sub-Região de Saúde (SRS) de Lisboa por André Biscaia et al.^(57,58) em 2000, que envolveu trabalhadores de todos os grupos profissionais e em que se avaliou a motivação para a mudança com a metodologia anteriormente descrita, revelou que 3,7% dos médicos não voltariam a escolher a mesma profissão e 27,8% a mesma carreira. Também 12,5% dos enfermeiros e 41,2% dos administrativos não escolheriam a mesma profissão.

Outro dado que pode dar mais indicações sobre este tópico é a evolução comparativa do número de médicos e enfermeiros nos cuidados de saúde primários e nos hospitais. (Figura 2)

Todos os grupos profissionais de saúde aumentaram significativamente desde 1960. O número de médicos dos CSP é o único que, após um aumento até ao final dos anos 1970, tem vindo sempre a diminuir desde então. Em 2005, pela primeira vez, há mais enfermeiros nos cuidados de saúde primários do que médicos. Este estado de coisas denota claramente que a carreira de médico de família não está a atrair o número necessário de profissionais para contrabalançar aqueles que saem. Quando se avalia o número de ingressos nos internatos complementares dos

Figura 2 Número de médicos e enfermeiros a exercer nos hospitais ou nos cuidados de saúde primários por 1.000 habitantes em Portugal, 1960-2005



Fonte: Anuário Estatístico, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde, INE; CSP – cuidados de saúde primários

últimos anos, vemos que a capacidade de atracção das especialidades hospitalares é muito superior à das especialidades dos cuidados de saúde primários – os ingressos nos internatos complementares de clínica geral / medicina geral e familiar e saúde pública têm vindo a diminuir, assim como a percentagem de ingressos nestas especialidades em relação ao total de ingressos nos internatos complementares. No mesmo sentido, no período de 1994 a 2000, constata-se que apenas 68,1% das vagas de clínica geral foram ocupadas contra 96% das vagas para internatos em especialidades hospitalares⁽⁵⁴⁾.

3. Os cuidados de saúde primários: contexto actual e tendências emergentes

Pascale Charondière

Os cuidados de saúde primários a nível nacional e internacional estão em mudança. Esta evolução está associada a tendências socioculturais e demográficas, mudanças tecnológicas e científicas que se desenham. Uma reflexão atempada sobre estas tendências e mudanças pode facilitar a adaptação do sistema, tornando-o pró-activo e não meramente reactivo.

Podem ser identificadas tendências no quadro da Europa (e também a nível mundial) que colocam desafios aos diferentes actores do sistema de saúde (ver Quadro 2)⁽²⁶⁾:

1. envelhecimento da população e diminuição proporcional da população jovem com consequente aumento das necessidades e da procura de cuidados de saúde e, em paralelo, a diminuição da população cuidadora tanto formal (profissionais de saúde) como informal (familiares e agentes da comunidade); é o fenómeno com maior impacto sobre o sistema no seu todo; Portugal apresenta uma evolução similar aos países do Sul da Europa, com um envelhecimento demográfico visível em todas as regiões, que inclui o envelhecimento da população activa; esta evolução só em parte é compensada pelo reforço recente da componente migratória; este fenómeno implica um aumento da procura e da sua complexidade para todos os níveis do sector da saúde, em particular do sector público e do informal;
2. aumento das doenças crónicas e das co-morbilidades (pelo envelhecimento da população, sobrevivência a doenças outrora mortais – neoplasias, doenças genéticas graves – e distúrbios que assumem uma crescente importância como a obesidade infantil) tornam os cuidados adicionalmente mais complexos – aumentam a polimedicação e os riscos de iatrogenia, interacção medicamentosa e erro; muitas das doenças crónicas podem ser prevenidas e obrigam ao desenvolvimento de acções de promoção da saúde e prevenção dirigidas ao indivíduo e à comunidade;
3. a necessidade de uma maior atenção às doenças mentais, responsáveis por maior morbilidade na Europa, torna-se clara; o envelhecimento da população significa, também, o aumento das demências; estes problemas têm, no seu conjunto, fortes repercussões sociais; existem problemas de subdiagnóstico, tratamento incorrecto ou não tratamento, que precisam de ser corrigidos;
4. a violência doméstica, problema de grande dimensão, com impacto muito negativo na saúde das famílias, é um problema subdiagnosticado e subvalorizado;
5. a duração das hospitalizações, por desenvolvimento tecnológico, contenção de custos e

- maior autonomização das pessoas, torna-se cada vez mais curta com regresso precoce ao domicílio e necessidade de desenvolvimento dos cuidados na comunidade;
6. uma das tendências significativas, nos países ocidentais, é a maior autonomia do indivíduo, uma maior individualização em relação à família, ao grupo e à tradição cultural de origem; associa-se à melhoria do nível de vida e do nível educacional com a respectiva melhoria do nível de saúde e o maior nível de exigência em relação aos cuidados (escolha do prestador, apoio na decisão, tempo de espera minimizado, atendimento pós-laboral, tempo de consulta adequado, participação na decisão); aumenta também, no entanto, a fragilidade do indivíduo, progressivamente mais isolado, passando, por vezes, de consumidor exigente a consumista, sensível à medicina-espectáculo, com expectativas irrealistas e deixando de tomar em consideração a equidade;
 7. aumento da diversidade com o aumento das populações migrantes e o crescimento das desigualdades socioeconómicas implicam a adaptação dos cuidados a grupos com necessidades específicas; Portugal, um país tradicionalmente de emigração, passou, nos últimos 30 anos, a ser também um país de imigração, situação que domina a partir da década de 90, com dois ciclos, o primeiro com origem nos PALOP que surge depois da descolonização e o segundo, mais recente, enquadrado na globalização, a partir do Brasil e da Europa de Leste; o fenómeno do turismo internacional é também muito influente em Portugal, que aumenta em muito a população no território durante o Verão;
 8. além desta diversidade cultural, as diferenças socioeconómicas mantêm-se; em Portugal, a taxa de pobreza tem diminuído ligeiramente mas aumentou a desigualdade na distribuição dos rendimentos; as dificuldades socioeconómicas implicam uma menor saúde que pode ser compensada por melhores cuidados de saúde, implicando uma adaptação dos serviços a necessidades diversas e a criação de soluções que respeitem a equidade e universalidade dos cuidados;
 9. reforça-se uma exigência de maior segurança, qualidade e transparência em todos os níveis do sistema;
 10. é, também, cada vez mais uma obrigação, um estado de preparação para fazer face a eventuais desastres ou epidemias (diagnóstico precoce como sentinela, prevenção das consequências de longo prazo) como os casos da gripe das aves e do terrorismo;
 11. existem agora novas potencialidades oferecidas pelas tecnologias da informação, instrumentos de apoio à consulta e de comunicação entre diferentes níveis de prestação (cidadão-cidadão, cidadão-prestador, prestador-prestador);
 12. verificam-se, quase que diariamente, progressos científicos que têm de ser transferidos para os diferentes níveis de cuidados de saúde, nomeadamente cuidados de saúde primários – na prevenção (ex.: rastreios), no aconselhamento (ex.: aconselhamento em diagnóstico pré-natal) e nos tipos de cuidados (ex.: cuidados avançados no domicílio);
 13. a adaptação dos profissionais de saúde a estas mudanças é essencial, mas pode ser dificultada pelas altas taxas de insatisfação profissional e absentismo que se verifiquem, assim como pela insuficiência do número de profissionais de saúde.

Quadro 2 Tendências que influenciam a procura e a oferta dos cuidados de saúde

Tendências que influenciam a procura de serviços (cada vez maior, mais personalizada, sendo a Saúde mais valorizada)	Tendências que influenciam a oferta de serviços (cada vez mais flexível, abrangente e controlada)
<ul style="list-style-type: none"> • Envelhecimento da população; • Aumento das doenças crónicas e co-morbilidades; • Aumento do reconhecimento das patologias mentais como doenças por incapacidade; • Aumento da diversidade cultural; • Existência de desigualdades; • Individualização e autonomização do indivíduo com aumento da exigência, em particular em relação à acessibilidade; • Aumento das exigências de qualidade e segurança; • Acesso às novas tecnologias de informação e comunicação; • Acesso a meios de informação 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de equidade; • Escassez de profissionais e baixo nível de satisfação profissional; • Contenção de custos; • Estabelecimento de equipas de saúde alargadas; • Primado da acção baseada na evidência; • Necessidade de preparação para riscos de desastres, naturais ou não, e pandemias; • Adaptação aos progressos científicos em rápida evolução; • Importância da intervenção na comunidade; • Possibilidades das novas tecnologias de informação e o seu acesso; • Inserção numa sociedade do conhecimento, em que a informação e o conhecimento são essenciais na actividade organizacional.

4. Os centros de saúde actuais e a reforma dos cuidados de saúde primários

André Biscaia

Este é um momento de reforma em que coexistem vários modelos organizativos/*gestionários*: CS de “2ª geração” (com uma direcção única, com uma direcção comum para dois ou mais CS, com grupos em RRE ou USF), um CS com uma gestão tipo “*fund-holding*” e duas unidades locais de saúde.

Por outro lado, não existe um CS-tipo, mas muitos CS, singulares⁽²⁶⁾ – sem internamento e com internamento, sem qualquer extensão ou com 29 extensões, servindo uma população de 1863 ou de 164.192 pessoas, com 1.802 ou 185.820 utentes inscritos, com 4 ou 398 profissionais, com um médico de família ou com 113, sem médicos de saúde pública ou com 7 destes médicos, sem enfermeiros ou com 110, sem qualquer outra profissão da saúde ou com psicólogos, dentistas, dietistas, fisioterapeutas, técnicos de serviço social e outros técnicos de saúde, inseridos numa estrutura hospitalar ou a 73 minutos do hospital de referência.

A actual reforma dos cuidados de saúde primários tem como finalidade a melhoria dos cuidados de saúde, tornando-os mais centrados no cidadão, acessíveis e eficientes, tendo sempre presente a necessidade de melhorar a satisfação de profissionais e cidadãos.

A estratégia adoptada passa por dois vectores essenciais:

1. a constituição de pequenas equipas autónomas de prestação de cuidados de saúde: as unidades de saúde familiar;
2. e a modernização e reconfiguração dos CS como o “coração” do SNS e a estrutura em que está alicerçado todo o sistema de saúde.

As USF são pequenas equipas multiprofissionais e auto-organizadas, de constituição voluntária por parte dos profissionais, que se responsabilizam pelos cuidados a um grupo de cidadãos – em geral, entre 4.000 e 18.000 utentes. Estas unidades têm autonomia organizativa, funcional e técnica, *contratualizando* uma carteira de serviços e objectivos, segundo um sistema remuneratório variável conforme a produtividade, a acessibilidade e a qualidade dos cuidados. O sistema remuneratório individual prevê um misto de pagamento por capitação, ao acto (como consultas ao domicílio) ou compensação por alargamento de horário e prémios por cumprimento de objectivos. Estão igualmente previstos incentivos

financeiros de grupo (a investir obrigatoriamente na USF) se objectivos pré-determinados forem alcançados.

As USF funcionam integradas em rede, podendo assumir diferentes enquadramentos jurídicos na sua gestão, quer pertencendo ao sector público administrativo (USF públicas) quer pertencendo ao sector cooperativo, social e privado. Actualmente apenas existem USF públicas.

A reconfiguração dos centros de saúde passará, igualmente, pela agregação, a concretizar, de recursos e estruturas de gestão em instituições denominadas agrupamentos de centros de saúde. Estes agrupamentos de centros de saúde visam a instalação de unidades de gestão, abrangendo um ou mais centros de saúde, integradas nas ARS, I.P. ou em unidades locais de saúde, E.P.E.. Estes agrupamentos serão responsáveis pela organização e integração das várias áreas de prestação dos cuidados de saúde primários, bem como pela coordenação e ligação aos diversos parceiros comunitários.

A criação da equipa de gestão para cada agrupamento de centros de saúde assentará em cinco objectivos que definem o seu âmbito:

1. adequar e otimizar os recursos existentes ao nível dos CS introduzindo ferramentas de planeamento e monitorização que permitirão melhorar a qualidade do serviço, reduzir os custos, racionalizar recursos e diminuir a burocracia;
2. introduzir a diferenciação técnica e a governação clínica;
3. coordenar a actuação das várias unidades funcionais sem prejuízo do grau de autonomia técnica e assistencial que se pretende que estas venham a ter;
4. introduzir a contratualização interna com as diversas unidades funcionais;
5. promover a identificação de necessidades em saúde das comunidades que servem e apresentar propostas de afectação de recursos, visando ganhos de saúde para a comunidade.

Estes agrupamentos de CS serão constituídos segundo factores geo-demográficos e afinidades históricas e culturais, abrangendo, cada um, uma população compreendida entre 60.000 e 200.000 pessoas. De entre os princípios que guiarão estes agrupamento de CS destacam-se:

1. orientação para a comunidade;
2. flexibilidade organizativa e de gestão;
3. desburocratização;
4. trabalho em equipa;
5. autonomia e responsabilização;
6. melhoria contínua da qualidade;
7. *contratualização* e avaliação.

Na actual reforma dos cuidados de saúde primários tem sido privilegiada uma abordagem que

equilibra especificações *top-down* (documentos legais, especificações e regulamentos emanados da Missão para os cuidados de saúde primários ou da ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde) com movimentos *bottom-up*, como, por exemplo, a influência de estudos de investigação nas decisões tomadas (com menção nos preâmbulos de alguns dos documentos legais), ou o alicerçar desta reforma na cultura dos profissionais de saúde portugueses (são evidentes os pontos de contacto entre as linhas fundamentais desta reforma e o documento “*Um futuro para a Medicina de Família em Portugal*”⁽⁵⁹⁾ publicado em 1991 pela Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral) ou, ainda, o carácter voluntário da adesão dos profissionais a esta fase das USF.

Esta é uma reforma inovadora não só por este balanço *top-down* e *bottom-up* mais equilibrado mas também por: a) ter sido criado um grupo de missão para a sua especificação e implementação e não um grupo de trabalho com menos capacidade de influência nas decisões; b) o grupo de missão ser liderado pelo presidente de uma associação profissional e integrar profissionais do terreno; c) a governação clínica ganhar uma posição de destaque nas unidades de prestação de cuidados; d) estar a ser delineado um plano de desenvolvimento profissional e organizacional para fazer face aos novos desafios que a reforma coloca; e) a reforma constar do programa de governo; f) terem sido definidos objectivos e metas para todos os níveis de decisão sendo os mesmos divulgados; g) terem sido criados grupos de acompanhamento em todos os níveis de decisão para apoiar a implementação da reforma; h) a reforma estar a ser encarada como sendo um projecto em desenvolvimento, não se esperando que tudo esteja definido ao detalhe antes de se avançar, construindo-se as soluções à medida que os problemas se apresentam mais definidos; i) o modelo de USF adoptado ser baseado em experiências-piloto – os grupos em Regime Remuneratório Experimental e os Projectos Alfa⁽⁶⁰⁾; j) existir uma discussão alargada à volta da reforma com vários fóruns temáticos *on-line* de discussão; l) haver uma crescente e minuciosa atenção dos meios de comunicação social.

Parte 3:

A Informação recolhida

As páginas seguintes resumem a análise dos conteúdos recolhidos ao longo de 14 *focus groups*. O texto está organizado de forma a salientar os tópicos que foram abordados pelos participantes, recorrendo ao discurso directo dos mesmos para ilustrar cada ideia registada (a azul e entre aspas).

Após uma breve apresentação dos participantes, são relatados os conteúdos relativos aos determinantes de satisfação com os cuidados de saúde na perspectiva dos utentes, de elementos de redes sociais, de profissionais de saúde e de profissionais da comunicação social. Por fim, são apresentados os resultados sobre a satisfação profissional dos profissionais de saúde.

Participantes no estudo

Nos dois meses de trabalho de campo (de meados de Janeiro a meados de Março de 2007), foram efectuados 14 *focus groups* com a seguinte distribuição geográfica:

- a) 5 *focus groups* em CS do Litoral-Norte (incluindo 9 utentes-pais de crianças com menos de dois anos, 9 elementos das redes sociais, 9 médicos e 5 directores de CS);
- b) 5 *focus groups* em CS do Litoral-Sul (incluindo 19 elementos de redes sociais, 6 chefias intermédias, e 17 utentes-idosos – com mais de 64 anos);
- c) 1 *focus group* em CS do Interior-Norte com 13 profissionais de saúde;
- d) 2 *focus groups* em CS do Interior-Sul (incluindo 5 administrativos e 8 utentes);
- e) 1 *focus group* com 3 jornalistas especializados na área da saúde (incluindo dois directores de revistas de saúde).

A escolha dos CS envolvidos teve em conta a dimensão do CS^f e a sua localização geográfica (Norte-Sul, Litoral-Interior). Paralelamente a este critério, foi aplicado o do tipo de participantes. Assim, incluíram-se:

- 5 *focus groups* com utentes: 1 com utentes adultos (entre 18 e 64 anos) sem filhos com menos de dois anos; 2 com utentes adultos com mulheres grávidas e filhos com menos de dois anos; e 2 com utentes-idosos (com mais de 64 anos);
- 3 *focus groups* com elementos das redes sociais;
- 5 *focus groups* com profissionais de saúde: 1 multidisciplinar (médicos, enfermeiros e administrativos), sem cargos de chefia, 1 com médicos sem cargos de chefia, 1 com administrativos sem cargos de chefia, 1 com chefias intermédias (médicas, de enfermagem e administrativas), e 1 com directores de CS;
- 1 *focus group* com jornalistas.

^f Uma análise de clusters da dimensão dos CS segundo o número de inscritos no ano de 2005⁽²⁶⁾, verificou que o cluster de menores dimensões ia até aos 18.000 utentes – definindo os CS “de pequena dimensão” –, o segundo até aos 55.000 – definindo os CS “de média dimensão” – e os restantes três clusters definiam os CS “de grande dimensão”.

No cômputo geral, foram envolvidos 16 centros de saúde e 103 participantes: 34 utentes de CS de Portugal continental, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, 38 profissionais de saúde (administrativos, assistentes sociais, enfermeiros e médicos – 5 deles com cargos de direcção de CS, 6 com cargos de chefia intermédia e 6 pertencentes a USF), 28 elementos de redes sociais, e 3 profissionais da comunicação social.

Os resultados são apresentados em duas secções:

- A. Utentes e profissionais: perspectivas sobre os cuidados de saúde primários;
- B. Satisfação profissional nos centros de saúde.

A - Utentes e Profissionais: Perspectivas sobre os cuidados de saúde primários

Esta secção está subdividida em seis, correspondendo cada uma delas a uma perspectiva diferente sobre os cuidados de saúde primários em Portugal:

1. A perspectiva de utentes adultos e de pais de filhos com menos de 2 anos;
2. A perspectiva de utentes idosos;
3. A perspectiva de elementos das redes sociais enquanto utentes;
4. A perspectiva de elementos das redes sociais sobre o trabalho em rede nos cuidados de saúde primários;
5. A perspectiva de profissionais de saúde dos centros de saúde sobre o funcionamento dos centros de saúde;
6. A perspectiva de profissionais da comunicação social sobre o funcionamento dos centros de saúde.

1. Perspectiva de utentes adultos e de pais de filhos com menos de 2 anos

Oswaldo Santos

Os resultados aqui apresentados foram recolhidos em três *focus groups*. Um constituído por 7 adultos, outro por 4 e o último por 5. Os participantes do segundo *focus group* foram-no também na condição de pais de filhos com menos de 2 anos; o terceiro *focus group* incluiu 4 grávidas e um pai. O objectivo da realização de *focus groups* com pais de crianças com menos de dois anos foi o de conhecer a perspectiva de utentes adultos sobre os cuidados materno-infantis nos CS.

O discurso destes participantes foi classificado de acordo com as seguintes dimensões:

- organização e acessibilidade à consulta;
- relação profissional-utente;
- coordenação entre CS, hospitais e laboratórios de análises clínicas;
- educação para a saúde;
- cuidados materno-infantis;
- perfil do utente;
- a reforma dos cuidados de saúde primários;
- prioridades e propostas de mudança.

1.1. Organização e acessibilidade à consulta

Desta dimensão fazem parte as intervenções dos participantes que se referem às medidas implementadas nos CS para o atendimento aos utentes.

1.1.1. Consulta aberta

Foi referido que o período de consulta aberta^g funciona de um modo diferente consoante o médico,

g O termo “consulta aberta” é aqui utilizado com referência a tipos diferentes de consulta: Consulta do Dia – período da consulta que cada MF disponibiliza para as marcações no próprio dia dos utentes inscritos na sua lista; Consulta de Intersubstituição – para atendimento quando o médico de família do utente não está presente; Consulta de Recurso – para atendimento a utentes sem MF atribuído; SAP – Serviço de Atendimento Permanente, AC – Atendimento Complementar ou similares, com atendimento por MF que não necessariamente os MF dos utentes para situações consideradas urgentes. Decidiu-se utilizar a expressão Consulta Aberta que foi o utilizado pelos participantes apesar destas discrepâncias no seu significado. É um exemplo que releva a necessidade de um glossário de termos disponível para profissionais e utentes.

percebendo-se no entanto que, de um modo geral, funciona antes das consultas programadas:

“Existe sempre o médico que faz urgência [no CS]. Há a consulta aberta; cada médico funciona de forma diferente. E depois, a partir de uma certa hora é a consulta programada.”

Num dos *focus groups*, foi referido que embora seja frequente estarem “*muitas pessoas à espera*”, o talão com a estimativa da hora de atendimento “*não falha muito, o que até nos permite sair e fazer alguma coisa até à hora de consulta*”.

Noutro *focus group*, foi proposto que as marcações para a consulta aberta começassem mais tarde, uma vez que, pelo menos para as pessoas idosas, é difícil levantarem-se tão cedo e estarem à porta à espera. Um dos participantes propôs que essa marcação começasse às 9 horas e se prolongasse durante hora e meia, salientando que há pessoas que fazem fila a partir das cinco ou seis da manhã.

Esta questão de as pessoas se levantarem tão cedo para marcar as consultas foi, no entanto, criticada por outros participantes, que atribuíram tal facto a um hábito desnecessário por parte das pessoas, até porque se podem fazer as marcações por telefone.

1.1.2. Consulta programada

Relativamente à consulta programada (quando a consulta é marcada para um dia posterior ao dia da marcação), foi referido que num dos CS existe uma previsão da hora do atendimento que tem sido relativamente bem cumprida, não sendo, para os participantes, necessário as pessoas deslocarem-se demasiado cedo para o CS e estarem muito tempo à espera.

“Eu vejo pela ordem de marcação onde estou; a senhora funcionária diz-me que mais ou menos por aquela hora serei atendido, e é o que tem acontecido.”

No entanto, foi também dito que há pessoas que continuam a ir bastante cedo para o CS mesmo para as consultas programadas, o que implica maior tempo de espera pela consulta; segundo vários participantes tal não traz qualquer vantagem.

Alguns participantes propuseram que a marcação de consultas se pudesse fazer por internet, desde que, ressalvam, a marcação por telefone continue acessível:

“Não vamos agora obrigatoriamente fazê-lo por internet. Não estou a ver uma pessoa idosa da Serra ter internet... Não vamos entrar no extremo.”

A ideia é apenas a de introduzir novas possibilidades no sistema, facilitando a vida das pessoas:

“Tudo o que possa facilitar a vida das pessoas é bem-vindo. Agora... que não compliquem.”

1.1.3. Apoio domiciliário

A propósito do apoio domiciliário fornecido pelo CS, foi dito num dos *focus groups* que, embora ele exista não é suficiente para as necessidades da população. Um dos participantes exemplificou que, embora assistida pelo CS, teve de contratar alguém para a ajudar a tratar de um seu familiar acamado:

“Tive de procurar uma pessoa que me fosse lá ajudar pagando 40 contos por mês, porque a minha tia era uma pessoa muito forte, acamou logo, com uma neoplasia da mama... ficou cheia de feridas, porque eu é que cuidava dela... e não conseguia fazê-lo sozinha.”

Segundo um dos participantes, este apoio domiciliário deveria ser prestado na sua totalidade pelo CS. No entanto, outros participantes defenderam que deveria haver uma integração de esforços entre várias instituições para tratar de pessoas acamadas, integração essa que, segundo os mesmos, já vai acontecendo:

“O ideal seria que os próprios serviços tivessem todo o serviço integrado, mas é um bocado complicado. Felizmente tem havido evolução positiva nesse sentido.”

Os participantes também expressaram a opinião de que deveria haver maior participação dos médicos no apoio domiciliário, acrescentando que, actualmente, o peso maior desse apoio recai sobre os enfermeiros:

“Não os vejo muito [os médicos] a aderir... naquelas situações mais críticas, quando são chamados de uma forma contínua... são mais os enfermeiros que acabam por fazer a parte clínica.”

1.1.4. Atestados médicos e receitas

Num dos CS apontou-se a morosidade com que se colocam as vinhetas nas receitas:

“A médica põe a vinheta e [depois] é preciso pôr a vinheta do CS. Eu estive 15 minutos na fila... são três senhoras a atender... devíamos ser umas 8 pessoas à espera.”

Na opinião de um participante, é necessário tentar perceber a razão para esta demora, de forma a melhorar o atendimento nesta situação:

“Não se despacham suficientemente... devia haver uma melhoria. E ainda por cima quando fui atendida, toca o telefone... ou seja, fazer duas coisas ao mesmo tempo ... E às vezes conversam, vão buscar o processo... e a gente está ali assim..”

Quanto à renovação de receitas, os participantes de um dos CS distinguiram dois tipos de situações, que dependem da forma de proceder dos médicos: os que exigem marcação de consulta para renovarem a medicação e os que a renovam se os utentes deixarem o pedido, passando, o utente mais tarde para recolher as receitas (o que, como dá a entender um participante, é uma vantagem, diminuindo o afluxo de utentes às consultas):

“Há médicos que se nós deixarmos o pedido de receituário, depois [podemos] passar mais tarde, é-nos entregue, e escusamos de estar a aumentar a lista de utentes que realmente precisam de ser consultados; e há outros médicos que exigem [marcação de consulta].”

1.1.5. Localização do CS, infra-estruturas e equipamentos

Um dos CS foi construído recentemente e, relativamente ao edifício, os utentes não apontaram quaisquer limitações. Contudo, disseram também que não sabem se as condições actuais ainda serão as suficientes para acolher os utentes a médio prazo. Os participantes deste CS deixaram também bem expressa a ideia de que a sua localização não é a melhor, dado não ser bem servido pela rede de transportes:

“Quem construiu isto não pensou minimamente até porque isto ficou num sítio em que as pessoas nem sequer podem vir de transportes públicos.”

Segundo os presentes, dadas estas limitações a nível da rede de transportes, os utentes têm de se deslocar de automóvel até ao CS, agravando as condições de estacionamento disponíveis. A dificuldade com o estacionamento obriga os utentes a chegar ao CS com alguma antecedência relativamente à hora da consulta:

“Temos de ir lá acima, dar a volta toda, apanhar duas rotundas... Temos de pensar sempre no tempo que vamos demorar para estacionar.”

Noutro CS, foi apontada uma quebra de qualidade a nível dos equipamentos:

“De há uns tempos para cá, tem havido perda [de qualidade] a nível de equipamentos materiais... é a tal filosofia da poupança... só que há determinados níveis em que não pode haver poupança.”

A este propósito, um dos participantes salienta que não se pode desenvolver mais o atendimento e a marcação de consultas enquanto as condições das ligações informáticas no interior do CS não melhorarem:

“Verifica-se por exemplo nas urgências que pertencem ao centro de saúde: não se avança para o seguinte [utente] enquanto o sistema está off e, devido a isso, perde-se um tempo infinito... as pessoas morrem à espera do on: não pode ser! Os custos da interioridade são muito grandes para nós... Na serra há zonas que não estão cobertas pela Internet e as pessoas têm que ir ao alto do monte para fazer uma comunicação.”

1.2. Relação profissional-utente

A qualidade da relação entre o profissional e o utente também transpareceu nas declarações dos participantes, tendo sido evidenciado, por exemplo, que são os profissionais dos CS que os fazem funcionar:

“E nem sempre os centros funcionam bem. Os centros são pessoas, para além do edifício.”

As intervenções dos participantes a este nível foram agrupadas em 3 categorias: relação administrativo-utente, relação enfermeiro-utente e relação médico-utente.

1.2.1. Relação administrativo-utente

De um modo geral, os utentes consideram que o atendimento pelos funcionários administrativos tem melhorado (*“não havia tanta disponibilidade, nem tanta atenção... da parte de secretariado”*). Lembra um dos presentes que têm sido menos frequentes os casos *“daquela pessoa que, de vez em quando, dava a resposta torta”*.

No entanto, também foi dito que o atendimento administrativo não acompanhou a melhoria do atendimento por parte dos outros profissionais.

1.2.2. Relação enfermeiro/utente

Numa das reuniões foi visível uma grande satisfação das pessoas com os enfermeiros. Mais uma vez surgiu a comparação com os serviços de há uns anos, para referir que antes *“não havia tanta disponibilidade, nem tanta atenção”* por parte dos enfermeiros.

Os efeitos positivos da qualidade interpessoal entre enfermeiros e utentes são bem ilustrados pela revelação por parte de um participante de, recentemente, ter feito o exame de citologia no próprio CS (quando antigamente o fazia no particular) devido à atitude diligente de um enfermeiro:

“Comecei a pensar, ‘Realmente, eles estão a preocupar-se comigo, porque é que eu não hei-de fazer aqui?’... Porque realmente não acho necessário fazê-lo no particular quando tenho hipótese de o fazer com uma pessoa que até conheço e em quem confio.”

A mesma participante vinca ainda a preocupação que o enfermeiro mostra com a sua saúde, alertando-a para os atrasos relativamente a certos exames que tem de fazer:

“Dis-me a enfermeira: ‘Ah, tem aqui um sinal vermelho. Não fez citologia, há não sei quanto tempo...’ Eu até pasmei... Realmente, isto é prova de que as coisas funcionam; porque eu realmente desleixei-me. Mas eu nem tinha dado conta... Agradou-me, agradou-me porque estão preocupados comigo.”

Para esta melhoria da relação entre o enfermeiro e o utente contribuiu, na opinião de uma das participantes, a disposição dos gabinetes de enfermagem e dos gabinetes médicos no edifício, que estão ligados, *“a funcionar em equipa”*:

“A enfermeira, já a conhece, não é só a médica... é também a própria enfermeira que já nos conhece ao telefone, se for esse o caso, ou que nos dá as informações que de facto são importantes.”

1.2.3. Relação médico/utente

Os participantes de um dos CS elogiaram os médicos, realçando a sua capacidade empática e a sua afabilidade. Como diz uma das participantes,

“Acho que a qualidade das consultas é excelente. A empatia que a médica consegue estabelecer com os utentes é ótima...”

Um aspecto realçado como muito positivo, “*extraordinariamente importante...*”, é o facto do MF conhecer todos os membros da família e mostrar interesse por querer saber de todos:

“E depois é o facto de conhecer a família toda. Cai bem eu chegar aqui à consulta com o meu filho e ela querer saber logo da minha avó e perguntar como é que a minha avó está. Acho que isto diz tudo.” “Gerou-se um relacionamento de facto muito afável, que é aquilo que se deseja de um MF. Pelo menos é a imagem que se tem de um MF: é, realmente, aquela pessoa com quem nós podemos contar.”

Uma das participantes referiu mesmo que só em último caso iria consultar um médico que não o seu MF:

“Não vou a outro médico. Eu prefiro esperar. A não ser, como eu costumo dizer, que esteja mesmo a morrer. E que não tenha alternativa.”

Ainda a propósito do conhecimento que o MF tem do seu utente, as consultas em que o utente não é atendido pelo seu próprio médico de família foram referidas como menos satisfatórias (por exemplo, no SAP – Serviço de Atendimento Permanente, AC – Atendimento Complementar, Consulta de Intersubstituição – para atendimento quando o médico de família do utente não está presente ou outros), especialmente nos casos em que o médico “*da ocasião*” não tem acesso ao seu historial. A maior preocupação revelada passa pela prescrição de medicamentos:

“O médico não tem tempo ou não pode, ou não se sente à vontade para fazer esse historial todo... portanto, se calhar, às vezes cometem-se algumas incorrecções, em termos de medicamentos.”

Ainda relacionado com esta preocupação, houve quem também dissesse que não é dever do médico saber as nossas alergias todas. Segundo essa participante, é dever do utente informar o médico dessas alergias: “*Não estamos a falar de super-heróis, os médicos são pessoas humanas como nós.*”

Por fim, houve também quem referisse que, como em todo o lado, há bons MF e maus MF. Uma participante realçou a importância do reconhecimento por parte do MF quanto às limitações do CS para acompanhar certos casos e de, nestes, ser necessário fazer o encaminhamento para outras instituições:

“Por exemplo, numa gravidez de risco, o MF encaminha para o hospital, pelo que eu sei. Quando encaminha... quando é suficientemente humilde. Porque eu há pouco tempo tive uma situação com uma empregada minha [com uma gravidez

de risco] em que o MF não aceitou a sugestão da utente de ir para o hospital... 'Mas porquê para o hospital? Eu acompanho'.

1.3. Coordenação entre CS, hospitais e laboratórios de análises clínicas

Várias intervenções dos participantes referem-se à coordenação entre os serviços dos CS e os hospitais. Embora num dos focus groups tenha sido afirmado que é importante *“esta ponte entre o centro de saúde [e o hospital]. Como o MF sabe a história familiar, pode dar uma achega... e o médico [do hospital], quando recebe o relatório, já tem um ponto de partida”*, também foi criticada alguma burocracia que obriga as pessoas a terem de passar obrigatoriamente pelo CS antes de se deslocarem à urgência hospitalar:

“Nós [adultos] nem sequer podemos ir ao hospital directamente. Primeiro [temos de] ir ao CS! Nós não podemos simplesmente entrar nas urgências do hospital sem passar pelo CS.”

A este nível parece haver alguma falta de informação, que vai sendo descoberta aos poucos. Uma das participantes refere, por exemplo, que foi à urgência hospitalar com falta de ar e que, nessa situação, não lhe exigiram que comprovasse a passagem anterior pelo CS, o que a levou a concluir que no CS não há *“recursos a nível de oxigénio”*.

Ao longo do estudo, foi perceptível que a articulação entre os CS e os hospitais é sentida pelos utentes como uma séria dificuldade no processo de gestão dos seus problemas de saúde. Segundo vários participantes, para que a coordenação entre CS e hospitais seja bem feita, nomeadamente no que se refere às especialidades que devem existir em cada uma destas unidades de saúde, é imprescindível conhecer os utentes do CS. Isto poderia, segundo os participantes, ser feito por *“auscultação da população”* e dos médicos ou outros técnicos na área da saúde:

“Facilmente um técnico, qualquer técnico, sabe dar uma ordem [de importância] das áreas de intervenção.”

De qualquer modo, como diz um dos participantes, *“em primeiro lugar estamos a falar de idosos, temos que ir às doenças dos idosos”*. Por isso, é importante, segundo ele, que (nos CS) existam *“aquelas valências, em que normalmente as pessoas mais idosas têm problemas”*.

Outro participante alerta também para a questão dos exames médicos, dando o exemplo do filho, que tem de ir várias vezes a Lisboa porque os exames de que necessita não se fazem na zona.

Alguém referiu também que seria melhor se o acompanhamento às grávidas fosse todo feito no CS, sem as obrigar a andar de um sítio para o outro. Neste contexto, foi ainda sugerido que se fizessem as ecografias de seguimento da gravidez no CS.

A possibilidade da marcação dos exames complementares de diagnóstico nos serviços convenionados ser efectuada a partir do CS pelos serviços do CS é igualmente vista como uma evolução desejável.

Também houve quem dissesse que a população (de uma zona do interior do país) foi enganada, uma vez que o hospital local oferece cada vez menos especialidades em vez de haver um reforço das especialidades:

“A perderem-se as valências a nível do Hospital, nós ficámos sem nada. Assumidamente fomos enganados a nível regional. Não foi isso que foi decidido inicialmente...acho que a população merece outro tipo de tratamento.”

Um participante, conclui dizendo que esta falta de estruturas e apoio nas zonas interiores se deve a uma atitude economicista que se preocupa menos com a saúde das pessoas e em que tudo tem de *“ser devidamente justificado e autorizado, porque há quotas”*:

“É o dinheiro acima de tudo... E muitas vezes, depois o doente está feito... porque não se fez o exame, porque morreu... a área da saúde é uma área que não pode ser só vista pela questão monetária. E cada vez mais estamos a entrar nesse âmbito...”

1.4. Educação para a saúde

Uma questão abordada nestes *focus groups* foi a da necessidade de haver uma maior intervenção dos CS na educação das suas populações para a saúde. Este assunto foi abordado em maior pormenor sobretudo num dos *focus groups*, em que participavam alguns professores.

Um participante referiu que tem de haver uma melhor coordenação entre as escolas e os CS, referindo que não há um plano bem definido de como esta coordenação se deverá processar de um modo continuado. Segundo ele, não há uma prevenção sistemática dos problemas entre os mais novos:

“Questões como alcoolismo, drogas, etc... há um vazio total. Preocupam-se só com os velhos; com os novos ninguém se preocupa. Os problemas acontecem e o CS tem condições de dar apoio a esse nível. Agora [é necessário que] haja um enquadramento:

formar equipas especializadas nessa área mas devidamente enquadradas porque é um serviço como outro qualquer... talvez mais importante do que alguns dos serviços de intervenção normal...

Segundo outro participante, esta intervenção é feita nas escolas, mas com a boa vontade de alguns e não de uma forma sistemática e planeada:

“Eu sou professora também e gostava de reforçar que, independentemente de não haver essas equipas especializadas para dar formação, com um horário próprio para tal, a boa vontade existe... Há sempre disponibilidade de alguém para fazer formação, para falar com os miúdos...”

Foi afirmado que existe legislação e existem protocolos assinados neste sentido mas *“há muita dificuldade de pôr no terreno aquilo que está na legislação”*. Sobretudo, e mais uma vez, a disponibilização dos profissionais é muito difícil porque *“ninguém se preocupou em criar equipas devidamente enquadradas com disponibilidade em tempo”*.

Uma solução apontada é a de que não deveriam ser os profissionais ocupados noutras actividades dos CS a disponibilizarem do seu tempo para estas intervenções na sociedade mas, isso sim, dever-se-iam criar e dar formação a *“equipas especializadas e com disponibilidade para exercer estas funções”*:

“Não se pode pedir que as pessoas estejam à noite a preparar as acções, que as pessoas saiam às 7, 8, 9, 10 horas da noite, depois do seu tempo de serviço... a tal carolice para fazer as coisas. Isso é que não é correcto.”

A título de exemplo, um participante referiu que na sua escola se promove a articulação da escola com o CS, convidando alguém para, de vez em quando, se dirigir à escola em acções educativas. No entanto, como vinca, essas acções são feitas fora do horário de expediente:

“Para se conseguir melhor articulação com o CS temos o órgão que é a Assembleia de Escola que reúne trimestralmente para delinear umas acções... e então convidámos uma pessoa do CS. Claro que vai lá por carolice, às reuniões...”

Ainda na opinião dos intervenientes, uma fatia importante do orçamento do CS deveria contemplar estas acções educativas. Alguns falaram em 30%, outros já se contentariam com apenas 10%. Mas houve mesmo quem afirmasse que num cenário ideal essa fatia deveria ultrapassar os 30% porque *“a prevenção fica sempre mais barata que o tratamento”*.

Relativamente aos temas que se deveriam abordar nessas acções educativas, foram referidas a sexualidade, a droga, a alimentação, o tabagismo e a gravidez na adolescência.

1.5. Cuidados materno-infantis

Nos *focus groups* com pais, houve várias intervenções específicas aos cuidados materno-infantis.

1.5.1. Consulta aberta para a saúde infantil

Relativamente à consulta aberta para crianças, foi apreciada a possibilidade de marcação por telefone. Além desta facilidade, foi também salientado como muito satisfatório o facto de se estar em casa à espera e ir tendo, por telefone, uma previsão sobre a hora de atendimento:

“Antigamente, havia um problema (...) a pessoa tinha de se deslocar até ao CS e, estando com febre, às vezes com a criança doente, tinha de aguardar o tempo de cada consulta. Agora isso foi mudado... penso que há uns meses, e permite a pessoa aguardar em casa, ir telefonando, e eles dão mais ou menos uma previsão de quando é que a pessoa será atendida.”

Houve, no entanto, quem afirmasse que o contacto por telefone, apesar de muito útil, não é muito eficaz:

“Um dos aspectos que eu gosto menos aqui tem a ver com o próprio contacto telefónico, que nem sempre é fácil... Eu tenho sempre ou quase sempre a pouca sorte de não conseguir a ligação...”

1.5.2. Melhorias na saúde infantil

Segundo vários participantes, o atendimento das crianças tem melhorado, nomeadamente no que diz respeito à relação que se estabeleceu entre o médico e elas (as crianças), sendo que muitos participantes já não consultam o pediatra com tanta frequência, optando antes pelo MF:

“Eu confesso que nestes últimos tempos fui uma vez à pediatra, porque não sinto necessidade de lá ir. Acho que as qualidades das consultas [no CS] são excelentes... A empatia que a médica [de família] consegue estabelecer com os utentes é óptima... não sinto necessidade de ir ao médico particular...”

Mesmo para urgências, um dos participantes afirmou que *“enquanto dantes... ligava mais depressa à pediatra, neste momento ligo ao CS, à consulta de urgência que agora existe no CS. Portanto, acho que neste momento o serviço prestado pelo CS é muito melhor do que há quatro ou cinco anos atrás”*.

1.5.3. Melhoria dos espaços para as crianças

Os participantes mostraram-se agradados com as instalações e espaços específicos para as crianças:

“Existem espaços para as crianças... umas casinhas, umas coisas onde eles brincam...”

No entanto, a par destas manifestações de agrado, também propuseram algumas mudanças. Um dos participantes reparou, falando das consultas às crianças, que as *“tomadas eléctricas não têm protecção”*, estando ainda por cima ao nível das crianças. Referiu que abordou o assunto com a sua médica, tendo esta dito que iria resolver o assunto. A propósito desta situação reconheceu que não é a sua MF *“que tem de tratar desses assuntos”*, sem no entanto saber dizer a quem se deveria dirigir neste caso.

1.5.4. Cuidados de enfermagem de qualidade em saúde infantil

A actuação dos enfermeiros com as crianças foi classificada como revelando um *“cuidado superior”*. Segundo uma participante, o enfermeiro pesa a criança, vacina-a e tem acesso a toda a informação sobre a sua família:

“Existe um cruzamento de processos (...) ele [enfermeiro] sabe perfeitamente quantos filhos eu tenho, quem levou a vacina, se está em atraso, se não está, chama à atenção.”

Além disso, há ainda, segundo esta utente, uma atenção especial por parte dos enfermeiros em contactar as pessoas quando há atrasos por parte destas relativamente às marcações de consultas para as vacinas e para o peso.

Mesmo a relação dos enfermeiros com as próprias crianças melhorou. De acordo com as participantes, *“existe uma disponibilidade muito grande, um interesse na relação com os miúdos”*.

1.5.5. A saúde oral das crianças

Uma preocupação revelada por vários participantes refere-se à higiene oral das crianças. Foram muitos os participantes que confessaram não saber da existência (ou não) de consultas de medicina dentária e de acções de educação/promoção de saúde oral. Segundo uma delas, *“uma das coisas que a doutora sugeriu foi precisamente uma consulta no dentista... Só que não tenho ideia de ter dito que era aqui. Eu levei-a ao meu dentista. No privado”*. Ficou claro que muitos participantes pais levam as crianças ao dentista privado desconhecendo da possibilidade de recorrerem ao CS para algumas dessas intervenções (por exemplo, no que se refere à selagem de dentes):

“A selagem dos dentes [da minha filha]... fiz particularmente. Ultimamente, é que reparei que havia aí uma sala...”

1.6. Perfil do utente

1.6.1. Hábitos de procura de serviços de saúde

Foram identificados vários hábitos relacionados com a saúde. Assim, segundo os participantes, *“não há muita cultura ao nível dos portugueses de cuidarem da boca.”* Referem ainda que o hábito de ir ao dentista *“acaba por ser muito tardio”*. Por outro lado, afirmou-se que há também uma propensão maior para, em determinadas situações, ir ao privado em vez de ir ao centro de saúde.

1.6.2. A importância da relação com o médico

Outra característica referida pelos participantes foi a importância atribuída à relação com o médico. De facto, uma participante afirmou mesmo que *“gosta de ir ao médico e sentir-se única, sentir-se acompanhada”*.

1.6.3. Atitude passiva dos utentes na procura de informação sobre os CS

Foi também abordada a forma como os utentes utilizam o CS mais numa perspectiva de entrar para ir à consulta e não se preocuparem em informar-se sobre os serviços disponíveis. A propósito disso, uma participante comentou que algumas das críticas e sugestões que

estavam a ser feitas no *focus groups* poderiam nem fazer sentido:

“Se calhar estamos aqui a criticar ou a dar sugestões de coisas que já existem. Só que nós não temos conhecimento e nunca procuramos se existem ou não.”

De um modo geral, os participantes referiram que há uma cultura de passividade dos utentes no que se refere a procurarem informar-se sobre o funcionamento do CS, recorrendo ao CS para resolverem qualquer problema de saúde sem se preocuparem quando o funcionamento é bom:

“Nós procuramos o serviço por algo em particular... É chegar, fazer e andar. Só quando as coisas correm mal, menos bem, é que nós nos preocupamos com isso.”

Como um dos participantes referiu, *“enquanto o CS funcionar, ou for ao encontro das minhas expectativas ao nível dos serviços prestados, eu não tenho necessidade de saber quem é o director ou como é que se gere”*.

A propósito da distribuição de informação no CS, os participantes afirmam que ela existe:

“Quando se vai ao centro de saúde... existem panfletos sobre tudo. Informação sobre as actividades que estão a decorrer...”

No entanto, num dos CS foi também afirmado por um dos participantes que não sabia da existência da zona do edifício onde essa informação é afixada. Muitas vezes é pelo MF, segundo outro participante, que os utentes sabem dos serviços e actividades oferecidas pelo CS.

Um dos participantes confessa que é mais fácil obter informações directamente dos administrativos com quem se tem à-vontade. Exemplificando com o mau funcionamento do atendimento telefónico, pensa que há alguma responsabilidade dos utentes na continuação da situação, uma vez que apenas reclamam e não procuram informar-se sobre as razões para esse mau funcionamento, como seria seu dever:

“Portanto, a falha também é minha [em não tentar saber informações sobre a razão do mau atendimento telefónico]. Se calhar nós reclamamos, mas se calhar também temos a nossa quota parte de responsabilidade..., enquanto utentes também temos a obrigação e o dever de conhecer.”

Houve quem dissesse também que esta propensão para reclamar e não fazer nada para resolver os problemas é típica da população portuguesa:

“Nós reclamamos, reclamamos, reclamamos, mas depois nunca... não fazemos nada... é típico da cultura portuguesa.”

A ideia de que a obtenção de informações sobre o funcionamento do CS é também um dever do utente e de que este toma muitas vezes uma atitude passiva foi repetida várias vezes:

“Existem panfletos sobre tudo. Informação sobre as actividades que estão a decorrer... só que como isso não nos interessa ... não a procuramos [a informação].”

Foi referido que *“também é preciso disciplinar os utentes”*, embora isso possa ser difícil.

1.6.4. Acesso e função social do CS

Relativamente ao hábito de as pessoas se dirigirem demasiado cedo ao CS para marcar ou ter consulta, foi referido que há um abuso de acesso ao CS por parte de alguns utentes. Segundo alguns dos participantes, isto acontece porque o CS também parece preencher uma função social, uma vez que muitas dessas pessoas vivem sós. De acordo com um dos participantes, esta função era preenchida antigamente por outras instituições ou pessoas que estavam disponíveis para tal mas que agora foram, de algum modo, substituídos pela companhia que as pessoas têm durante os tempos de espera no CS:

“Isso é um prazer [...] ir ao médico, ir à consulta. Faz parte da vida. Eu também compreendo que as pessoas têm os seus achaques, estão um bocadinho sós, isto das famílias é complicado, as pessoas estão fora e tal e... efectivamente antigamente era com o Senhor Prior que se desabafava e as coisas corriam por ali e não sei quê, agora cada vez há menos gente disponível para ouvir... às vezes é só mesmo para ouvir.”

1.7. A reforma dos cuidados de saúde primários

No que se refere à reforma dos cuidados de saúde primários, a grande maioria dos participantes reconheceram pouco (ou, em muitos casos, nada) saber sobre ela.

De qualquer modo, alguns participantes adiantaram que a reforma visa *“redução de meios”*, com o encerramento de hospitais e SAP. Mais uma vez, houve quem referisse que não pode haver na saúde uma atitude economicista e que deve procurar-se de forma mais activa a equidade do acesso aos cuidados de saúde:

“Na área da saúde não pode haver essa visão economicista. Há que fazer um levantamento exaustivo das condições, principalmente da interioridade. E preocupar-nos cada vez mais! por exemplo: Lisboa está acima da média europeia, enquanto o resto do país, tudo abaixo! É lógico, é tudo para Lisboa, tudo feito para os grandes centros... Temos problemas de interioridade cada vez mais graves, a todos os níveis. Até na saúde. Até nos estão a tirar também a saúde, que era uma das coisas boas que nós tínhamos.”

Esta opinião não foi unânime. Um dos participantes discordou, dizendo que também na saúde tem de haver um *“olho economicista”*, pois o *“Estado apenas deve fornecer os cuidados de saúde de que pode pagar”*. No entanto, o mesmo participante afirmou duvidar do modo como terão sido feitos os estudos que levaram à redistribuição de meios. Afirmou também que as decisões parecem ser feitas no mapa, sem conhecimento real das estradas e das vias, o que leva que muitas pessoas fiquem longe do auxílio devido:

“Dá a sensação de que [a distribuição dos recursos de saúde] é um pouco feita a partir do gabinete de Lisboa, com régua e esquadro... [assim] se faz o delineamento das unidades a extinguir ou a criar... Acaba por ficar muita gente bastante longe de ter a garantia de cuidados prontos. Fazem no mapa... Temos x quilómetros aqui... Depois chegam lá e não é assim... No 112, não há muito tempo, andaram aí perdidos dentro da vila em vez de socorrer o doente.”

1.8. Prioridades e propostas de mudança

As prioridades e propostas de mudança vão muitas vezes no sentido de resolver alguns dos problemas abordados anteriormente. Assim:

1.8.1 Melhorar o atendimento telefónico

Foi apontada como prioridade um melhor atendimento telefónico. Quer do ponto de vista do utente que está a ser atendido no CS e que espera muito tempo devido ao facto da funcionária estar também a atender telefonemas, quer do ponto de vista da pessoa que telefona para marcar uma consulta; segundo muitos participantes, o serviço prestado não está a ser eficiente. A este propósito, uma das participantes afirma que deveria haver uma pessoa com exclusividade na gestão dos telefonemas:

“Eu penso é que a senhora que está aqui tem, ao mesmo tempo, outras funções e nem sempre pode estar aqui, não é?... Era importante que estivesse aqui uma pessoa permanentemente para poder fazer essas ligações.”

1.8.2. Cumprimento de horários por parte dos médicos

Ainda a propósito de melhoria do atendimento, foi dito que esta também passa pelo cumprimento de horários por parte dos médicos:

“Uma das coisas que está menos bem neste CS é o cumprimento dos horários de alguns médicos. Mas isto não é de agora...”

1.8.3. Condições de estacionamento

Em vários CS, foi referido que as condições de estacionamento são más, havendo *“poucos lugares para muitos utentes”*. Segundo um dos participantes, as pessoas que idealizaram o CS *“não pensaram minimamente”*:

“Eu começava por arrasar esses passeios largos e pôr mais estacionamento.”

1.8.4. Falta planeamento a médio/longo prazo

Um participante focou a questão de, tendo em conta o aumento da população, o CS não ter sido pensado em termos de futuro, tanto no que se refere às instalações como ao número de MF.

“Até há bem pouco tempo havia alguns milhares que ainda não tinham MF... se calhar [o CS] devia ter sido pensado em termos futuros... terem sido criadas instalações para acolher mais utentes, para lhes dar um pouquinho mais de conforto.”

1.8.5. Utentes sem médicos de família

A questão de utentes sem MF foi realçada e muitos participantes chamaram a atenção para o facto de esta ser uma situação que tem de ser resolvida rapidamente, pois as pessoas devem ter a *“possibilidade de estarem com o mesmo médico que já as atendeu uma outra vez, que tem o processo e que eventualmente até se lembre da situação, e que possa ir acompanhando”*.

Soluções apontadas passam por mais contratações e/ou pela reorganização dos horários de atendimento. Segundo eles, esta seria, aliás, a primeira prioridade:

“Acho que me preocuparia primeiro era realmente a ver quantas pessoas que pertencem aqui a esta área é que não têm MF. Essa seria a minha primeira preocupação. De acordo com os dinheiros e com as possibilidades, ver qual seria a possibilidade de uma ou outra contratação ou de tentar reorganizar os horários.”

Este problema foi referido como um caso de injustiça social até porque, segundo um dos participantes, alguns utentes têm MF porque têm conhecimentos ou porque é o MF que às vezes escolhe os seus doentes:

“Isto de ter de usar conhecimentos pessoais para arranjar MF... a minha MF aceitou-me e ficou com mais um doente... no fundo, tem de ser com a autorização do médico... e depois haver isto de o próprio médico escolher os seus doentes... não concordo.”

Outra participante afirmou, a este propósito, que se houvesse um bom sistema de cruzamento dos processos de utentes poder-se-ia organizar o CS de outro modo, transformando a figura do MF em *“médico de centro de saúde”*, ainda que isso pudesse implicar que os que já têm os direitos adquiridos de ter um MF *“prescindissem um bocadinho deles para que os outros que não têm poderem ter também”*. Segundo esta participante, esta solução assentaria também na confiança que se tem nos MF, pois *“todos os médicos de CS têm as mesmas capacidades”* e, havendo o cruzamento de dados relativos aos utentes, *“porque é que tem de haver um MF para cada?”*. Adiantou também que esta solução poderia, aliás, funcionar ainda que houvesse MF atribuídos:

“Um centro com vários MF para x utentes, em que exista um direito preferencial por aquele médico mas... não tem de haver aquela obrigatoriedade.”

No entanto, como foi referido por outra participante, o sistema informático teria de funcionar muito bem de modo a que os médicos tivessem acesso ao historial clínico de cada utente. Caso contrário, que é o que se passa na actualidade, esta medida não poderia ser implementada:

“Por enquanto, como o sistema informático não estará exactamente no ponto, como eu gostaria, eu continuaria a apostar muito no MF...”

Houve ainda quem não concordasse de todo com a solução, a menos que fosse vista como uma excepção, por ser uma ameaça ao conceito de MF:

“Essa abertura vai destruir a ideia de MF, que eu acho que é a melhor. Que é aquele médico que conhece a família, que acaba por criar laços com aquela família, conhecendo as doenças a nível familiar... se calhar tem uma abordagem muito mais correcta do que outro que não conheça a família. Penso que [a não existência de MF] devia ser a excepção e não a regra.”

1.8.6. Cruzamento de dados clínicos

Ainda a propósito do cruzamento de dados clínicos, uma das preocupações reveladas por vários participantes diz respeito à funcionalidade do cartão do utente, que *“já existe há uns anos, tem aquela fita magnética... só que ainda não funciona”*, embora se reconheça que já há alguma informação nesse cartão:

“No outro dia fui à urgência num hospital... a primeira coisa que me pediram foi o cartão de utente, passaram a banda magnética, disseram logo “B., mora aqui tal, tal, tal, esteve cá noutra vez ...” Portanto, já há algum cruzamento.”

Segundo os participantes, esse cartão deveria conter toda a história clínica de modo a que qualquer médico em qualquer local pudesse atender melhor o utente:

“Deve estar contida [no cartão de utente] a nossa história clínica, para que, independentemente do médico que nos possa atender numa situação de urgência, quer no CS quer no hospital... possamos com esse cartão sermos atendidos e tratados... de acordo com o nosso problema e de acordo com as nossas necessidades.”

Esse cartão deveria, segundo alguns participantes, conter também informação sobre o utente que sobrevenha da sua ida a médicos particulares. Caso contrário, nunca estará actualizado:

“Eu tenho ginecologista do privado, eu tenho dentista do privado, eu tenho uma pediatra das minhas filhas do privado... eles [CS] não têm cruzamento de informação... Só quando houver cruzamento de dados [entre o privado e o público], é que vai ser possível de facto intervir e as coisas funcionarem.”

No entanto, também houve quem dissesse que se funcionasse o cruzamento de informação sobre o utente, não seria necessária informação sobre as consultas particulares porque os utentes deixariam de as frequentar:

“Primeiro temos que pensar em cruzar o público... A partir do momento em que isso acontecer, acaba-se o privado.”

1.8.7. Acesso às especialidades nos CS

Outra prioridade proposta pelos participantes diz respeito à existência de algumas especialidades hospitalares ou valências nos CS. Na opinião de uma das participantes, pelo menos para as crianças, em que deve haver um seguimento maior, deveria haver consultas de dentista no CS (até porque estas são caras no privado):

“Em relação ao dentista, acho que era muito necessário que cada CS tivesse [dentista], pelo menos, nem que fosse para as criancinhas que começam a ter de se preocupar com a dentição... Hoje em dia, quando vou ao dentista, começo a pensar como é que as pessoas que não podem pagar 70 ou 80 euros fazem...”

Isto embora reconheçam que haja por parte do CS alguma preocupação com educação para a higiene dentária, se bem que não *“com a regularidade que se desejaria”*. Segundo uma das participantes, essa preocupação não chega a todas as escolas.

Outra especialidade que o CS deveria assegurar, na opinião dos participantes, é a de oftalmologia, por ser também uma especialidade cara no privado.

Também se propôs a existência de um ecógrafo no CS porque, embora os médicos façam o acompanhamento das grávidas, as ecografias fazem-se fora do CS.

1.8.8. Eliminação das vinhetas do CS

Outra questão abordada e que, segundo muitos participantes, necessita de resolução é a das vinhetas, que implicam demoras no atendimento. Um participante afirmou que *“acabava com as vinhetas dos CS”*. Outro adiantou que deveria ser só o médico a pôr todas as vinhetas necessárias e que deveria ser apenas uma (vinheta) para evitar *“duplicar gastos”*. O fundamental seria, de acordo com os participantes, evitar que o utente tenha de se dirigir depois da consulta aos serviços administrativos para pôr uma vinheta:

“Se são necessárias vinhetas então criavam-se umas vinhetas específicas e diferentes das do sistema privado, para não haver dúvidas. Se o médico de família usar uma vinheta da cor do centro... ou com o código de barras do CS...”

Noutro CS, afirmou-se que as receitas já são prescritas através do computador, sendo desnecessárias as vinhetas, o que agrada aos utentes, pois *“acaba por ser mais rápido quando os senhores doutores estiverem já com uma boa relação com o computador”*. Caso contrário, se o

sistema não funcionar bem, acontece como referiu um participante, segundo o qual *“o computador só complicou”*, o que o leva a duvidar se *“os médicos estão a ter alguma formação ou se têm que se desenrascar”*.

Outro participante defende que o problema não é tanto a nível da formação mas dos próprios equipamentos:

“É que se falha o tinteiro, já não há nada para ninguém.”

1.8.9. *“Equipa de família”* em vez de *“médico de família”*

Num dos *focus groups*, os participantes propuseram que o conceito de MF se estendesse a *“equipa de família”* (médico, enfermeiro e administrativo), o que permitiria conhecer melhor o paciente.

1.8.10. Existência de bar/café em todos os CS

Relativamente ao espaço físico, alguns participantes referiram que *“devia ter era um barzinho”* nos CS, nomeadamente por se passar muito tempo à espera da consulta.

1.8.11. Reclamações e sugestões

Relativamente às reclamações e sugestões, alguns participantes referiram saber da existência de *“uma caixinha com uns impressos”* que, *“dá trabalho”* a preencher. A propósito, referiu-se que as reclamações são geralmente feitas junto aos administrativos e enfermeiros, quer porque *“há uma certa reverência”* perante os médicos quer porque alguns destes (médicos) não têm o perfil para deixar o utente à vontade para dar a sua opinião. Um dos pacientes referiu que deveria ser feito um esforço para haver nas equipas do CS, técnicos que tivessem esse perfil:

“Se o técnico não tem esse perfil, terá de haver alguém na equipa que consiga chegar ao doente. Não tem de ser forçosamente o médico, ou o enfermeiro ou o administrativo. Tem é que haver esse contacto.”

Alguns participantes referem-se também ao receio de reclamar devido a possíveis consequências:

“E a reclamação fica muitas vezes pelo corredor e por aí fora... Vá lá o desgraçado do utente pôr a boca no trombone ou no papel de reclamação e tem a ‘folha feita’. Não sei se isto acontece, não é? Não sei, não sei, eu digo sinceramente que não sei...”

1.8.12. Formação em competências interpessoais

Foi referido que deve haver uma aposta na formação e selecção dos técnicos no sentido de saberem lidar com os utentes, e que tem sido privilegiada uma componente mais académica, em termos de notas, e não as capacidades inter-relacionais:

“Nos currículos dos vários cursos, teriam que ser introduzidas, se calhar, também disciplinas [de competências inter-relacionais]... a nível da formação básica. Ou então na entrada para os cursos, se calhar, não era pelos vintes, mas se calhar por outros níveis. Se calhar mais interessantes em termos de capacidade pessoal de tirar o curso.”

2. Perspectiva de utentes idosos

António Júnior e Osvaldo Santos

Os dois *focus groups* analisados de seguida envolveram 17 utentes de CS com idade superior a 64 anos. A análise em separado dos conteúdos recolhidos com estes utentes justifica-se pelo facto de representarem uma população com necessidades específicas. Neste sentido, esta secção apenas apresenta os resultados que acrescem aos já relatados na secção anterior (de utentes adultos e pais de filhos com menos de dois anos) ou que, dada a população em questão, o conteúdo assuma particular importância.

O discurso dos participantes foi classificado de acordo com as seguintes dimensões, subdivididas em categorias:

- organização/acessibilidade à consulta;
- relação profissional-utente;
- CS vs consultas na medicina privada;
- perfil do utente;
- prioridades e propostas de mudança.

2.1. Organização/acessibilidade à consulta

Nesta categoria analisamos as opiniões dos utentes sobre o modo como o atendimento está organizado e sobre a facilidade de acesso à consulta no CS a que pertencem.

2.1.1. Consulta aberta

De um modo geral, os participantes queixam-se da hora a que os centros de saúde abrem, não apenas porque preferissem que as consultas se iniciassem antes, mas também porque há casos em que, enquanto os CS não abrem, as pessoas têm de esperar fora do edifício, sujeitas às condições climatéricas. Num dos centros de saúde, que abre às 9 horas, a razão apontada por alguns participantes para terem de vir antes da hora está relacionada com o horário da rede de transportes:

“As pessoas têm uma carreira que passa às 8h10... Podem vir nessa ou vir noutra mais

cedo. Depois ficam lá em baixo, do lado de fora. Se vierem mais tarde, sujeitam-se a chegar aqui e a não apanhar consulta.”

Diz ainda um dos utentes deste CS que, sobretudo no Inverno, as condições em que as pessoas esperam que a porta abra são penosas:

“[Os responsáveis pelo CS] resolveram fechar a porta da entrada e as pessoas agora ficam cá fora. No Verão, está tudo muito bem. No Inverno, ... ali à porta, debaixo do frio e de chuva...”

Em tom explicativo, os participantes referiram que este problema apenas existe porque alguns utentes não têm MF e que, por isso, têm de ir à consulta aberta.

“Tenho pena de não ter uma pessoa [um MF]... Eu não posso andar aqui eternamente nas consultas complementares... têm que me dar mais atenção.”

“Tenho hoje uma médica, amanhã tenho outra, não sabem do meu processo... é difícil. Se tenho uma queixa [e] por qualquer motivo a médica não sabe o que se passa, aceita os medicamentos que já estou a seguir... ou tenho de fazer mais exames, mais análises.”

No entanto, um dos participantes afirmou que há quem recorra à consulta aberta apesar de poder consultar o MF, mesmo não tendo urgência na consulta. Segundo este participante, este comportamento é de evitar, pois congestiona as consultas e dificulta o acesso a quem realmente precisa da consulta aberta:

“Isto não se deve fazer, porque estamos a tirar a possibilidade de outras pessoas que têm realmente urgência.”

Foi também realçado que o serviço telefónico, sentido como devendo ter uma grande utilidade para os utentes mais idosos, não funciona. Os participantes referem mesmo que passam horas a tentar o contacto telefónico: *“E vindo cá, sou logo atendida... Ao telefone, é difícil.”*

Num CS de meio mais rural foi defendido que os modos mais informais de conseguir consulta, como por exemplo, falar com uma das enfermeiras ou com a funcionária de serviço, são os mais eficazes (e frequentes):

“É chegar lá, com a funcionária que lá está... ela fala com ele [médico] e nós somos chamados depois.”

2.1.2. Consulta programada

Em ambos os *focus group* houve algumas referências ao tempo que o utente espera entre a marcação da consulta e a consulta propriamente dita, sensivelmente de uma semana. Mas, embora a consulta seja marcada com dias de antecedência, os utentes são sempre obrigados a estar no CS às 9 horas (pois a consulta depende da ordem de inscrição), o que gera insatisfação.

2.1.3. Apoio domiciliário

Os utentes de um dos CS elogiaram a existência de apoio domiciliário. Contudo, importa relatar que a maior parte dos utentes souberam da existência deste tipo de serviço no próprio *focus group*. Outros participantes informaram que sabem do serviço apenas porque ouviram falar (*“Eu soube através de uma conversa que ouvi”*) ou por conhecerem alguém que é assistido em casa pelo CS:

“Sei que é verdade, que vão ao domicílio, porque eu tenho uma vizinha que ficou inutilizada e vão lá fazer a higiene, dar as injeções... Tem tido uma boa assistência daqui do posto.”

Quanto ao outro CS em estudo, que integra uma extensão numa zona menos povoada, os participantes confessaram-se bastante agradados (*“A respeito de assistência [domiciliária] somos muito bem tratados”*), nomeadamente pela forma activa e diligente como este serviço é efectuado.

“Eu tive a minha sogra acamada, e o senhor doutor, depois de acabar as consultas, sem qualquer pedido, chegou a passar várias vezes lá por casa só para ver a situação.”

2.1.4. Receitas

Quanto à renovação de receitas, tornou a haver queixas de falta de informação sobre as normas dos CS.

Relativamente à colocação das vinhetas nas receitas, os participantes de um dos CS mostram-se desagradados. Segundo os mesmos, chegam a demorar mais tempo na fila à espera da colocação da vinheta a seguir à consulta médica do que à espera da consulta propriamente dita. Já no outro CS, que serve uma população menor (em ambiente rural), não há queixas nesse sentido, alegando que o serviço é rápido.

2.1.5. Acessibilidade

A acessibilidade física é focada como um aspecto especialmente importante para os utentes idosos. Foi recolhido o exemplo de um CS demasiado pequeno e de difícil acesso para a população mais idosa, tratando-se de uma antiga moradia (com três pisos) situada numa rua inclinada e sem possibilidade de recurso a transportes públicos:

“[A extensão] é uma sala muito pequenina, o consultório... tudo aquilo precisava de realmente ser modificado. Aquilo era uma moradia antiga [...] e pequena. E para a população que existe, é difícil.”

“É num sítio em que há pessoas que têm dificuldade de lá chegar. A rua é muito inclinada...”

“E o lugar onde é que é [...] de transportes, Jesus! Valha-nos Deus...”

Interessa relatar que, após longos minutos a expressarem estas queixas relativas à acessibilidade, os participantes manifestaram receio de que a extensão seja extinta e adiantaram preferir estas condições a nenhuma.

No outro *focus group*, os participantes queixam-se de que, estando o edifício onde funciona o CS no interior de outra instituição e algo distante do acesso através dos transportes públicos, não há um serviço com que as pessoas possam contar e que lhes possibilite fazer o percurso até lá. A carrinha que se propõe fazer esse percurso, além de não ser regular, também começa o serviço muito tarde para quem necessita de ir mais cedo para tirar a senha para a consulta aberta, tornando o seu uso pouco útil:

“A carrinha é muito mais tarde, as pessoas... naquela coisa de virem apanhar a senha têm que vir de táxi...”

2.1.6. Informação aos utentes

Um assunto abordado pelos utentes refere-se ao acesso que têm à informação. Foi dito que num dos CS há, de uma maneira geral, bastante informação afixada em *placards*.

“Quando estou ali à espera [...] entretenho-me a ler os placards que ali estão. Apesar de tudo, há muita informação sobre, por exemplo, rastreios.”

Contudo, uma das razões apontadas para as pessoas mais idosas não estarem informadas sobre os serviços disponíveis é o tipo e tamanho de letra:

“Mas é que muita gente não vê. Aquilo tem letras miúdas e às vezes, mesmo com óculos, não se consegue ver.”

Outra participante confessa não saber a quem se dirigir quando precisa de informações.

“Embora sejam as pessoas todas muito simpáticas, há uma impessoalidade. A gente não sabe quem é quem; o que é que a gente pergunta a quem.”

A este propósito, a mesma participante disse que mesmo quando pensa dirigir-se ao balcão para se informar sobre algum assunto, o facto de haver muita gente fá-la desistir.

A verdade, segundo ela, é que as funcionárias do balcão estão sobrecarregadas de trabalho e não têm paciência ou tempo para dar informações completas:

“As pessoas que estão ao balcão sabem [da informação disponível]. Mas é tanta coisa a fazer ao mesmo tempo, que elas não têm hipótese de ajudar...”

Sendo assim, houve quem propusesse que houvesse um local neste CS apenas para informações:

“Devia haver um guichet lá em baixo só para informação. Só para informação e para pôr, por exemplo, as vinhetas.”

Foi ainda proposto que houvesse reuniões anuais com os utentes, de modo a esclarecê-los sobre assuntos que fossem pertinentes.

Quanto à possibilidade de fazer reclamações, a grande maioria dos participantes confessaram não saber onde se dirigir para o efeito: *“Se o senhor sabe [o moderador], que nos explique, que nos dê também uma ideia sobre onde a gente poderá ir.”*

2.2. Relação profissional-utente

2.2.1. Administrativo-utente

Num dos *focus groups*, os participantes referiram ter uma relação privilegiada com os adminis-

trativos, que lhes telefonam a avisar das datas em que devem comparecer:

“Se for exames, a própria administrativa é que fica com o papel e marca. E depois fica com o nosso número de telefone e avisa-nos para casa.”

2.2.2. Enfermeiro-utente

De um modo geral, os participantes nos dois *focus groups* revelaram-se satisfeitos com o trabalho dos enfermeiros, referindo especialmente o seu apoio ao domicílio:

“Tem um enfermeiro duas vezes por semana também, que nos tira a tensão [em casa], portanto estamos satisfeitas.”

2.2.3. Médico-utente

Também quanto à relação médico-utente registam-se dois tipos de opinião. Num dos CS, os utentes referem ter uma relação privilegiada com o médico, por várias razões, sendo a pontualidade uma delas:

“Muitas vezes é às 9 da manhã; ele se tarda mais 5 ou 10 minutos não tarda mais. E outras vezes ainda vem mais cedo que as nove...”

Por outro lado, quando este médico falta, as pessoas são avisadas antecipadamente sendo esse dia de consulta substituído por outro na mesma semana:

“Em vez de ir à quarta, vai à terça; não deixa de dar o mesmo número de dias de consulta.”

Por outro lado, foi valorizado o facto de o médico não se ir embora sem atender todas as pessoas que estão nesse dia à espera de consulta.

“Pessoa excepcional... podem lá estar as pessoas que estiverem, ele é uma pessoa que não deixa ninguém sem consulta.”

Outro motivo de satisfação com o MF justifica-se com o facto de o mesmo mostrar *“preocupar-se mesmo com as pessoas”*, fazendo visitas a casa e a hospitais fora da povoação quando utentes seus são internados.

Sou uma pessoa com muitos problemas, internada muitas vezes e ele ia de propósito ver-me ao hospital. Tenho um grande MF.”

Ainda outro aspecto realçado é o à-vontade para falar que os utentes sentem perante este médico:

“A gente ter uma relação com o nosso médico de família é uma coisa que a mim diz-me muito. A gente chegar ao pé do nosso médico e podermos falar.”

Há no entanto participantes que têm uma opinião desfavorável relativamente ao desempenho dos MF, dizendo que as consultas são “*a correr*” e que não contam com o MF para os problemas importantes. Na sua expressão, “*aqui uma pessoa nem tira o cachecol*”.

“O meu MF... acho-o muito atencioso e admito que ele seja muito bom médico, mas as doenças complicadas que eu tenho tido nunca me foram identificadas aqui, e por isso é que eu gostava de saber: o que é que são os cuidados de saúde primários; eu acho que os médicos se colocam numa perspectiva de resposta aos nossos pedidos.”

Foi ainda referido que alguns MF não gostam que os utentes vão aos médicos particulares:

“A gente, às vezes, quando diz que vai aos médicos particulares, os MF não ficam lá muito satisfeitos, porque dois médicos a trabalharem na mesma pessoa é um bocado mau para qualquer um dos médicos.”

2.3. CS vs consultas na medicina privada

Um participante afirmou que para “*ter a garantia de que anda cá mais uns anos com uma relativa saúde*” tem o médico particular. A função do CS, para ela, é apenas para quando uma pessoa “*se sente doente*”:

“A gente vai ao médico [no CS]... quando se sente doente. Se calhar não é muito bom... mas é assim que a gente faz... Quando eu vou ao meu médico particular, não é bem porque estou doente. Vou lá periodicamente para ver como estou.”

2.4. Perfil do utente

Nesta categoria podemos distinguir as afirmações dos participantes que se referem a aspectos relacionados com a sua idade, e afirmações que se referem a hábitos e aspectos socioculturais.

Uma das críticas ao sistema de senhas (consulta aberta) num dos CS está relacionada com a desvantagem de alguns utentes, nomeadamente os mais idosos, relativamente a outros, porque o acesso às senhas é num piso acima do piso por onde se entra no CS:

“Depois de entrarem, há uma escada e as pessoas que têm dificuldade de andar vão ficando para trás. As pessoas que andam mais sobem as escadas, chegam lá primeiro, tiram logo a senha...”

Segundo um dos pacientes, a função de convívio que o CS desempenha está tão interiorizada que algumas pessoas nem parecem ficar aborrecidas quando estão à espera da consulta e são avisadas de que o médico não poderá vir nesse dia.

“Fui logo de manhãzinha, sentei-me, estive à espera, e estava tudo cheio de gente... às onze horas, uma das enfermeiras diz: “Olhem, o senhor doutor hoje não pode dar consulta. Eu fiquei... então, passo cá uma manhã e... mas reparei numa coisa interessantíssima: todas as pessoas que estavam para [serem atendidas por esse médico] levantaram-se, todas a conversarem, muito bem, e saiu tudo. Esta gente afinal não estava a precisar... Vinham cá era para conversar!”

A explicação adiantada para este comportamento de alguns utentes é a de que as *“pessoas devem viver muito isoladas”*. Alguns participantes criticaram o uso do CS como centro de convívio por *“virem para aqui tirar o lugar da outra pessoa que precisa”*.

Segundo os participantes, os portugueses não têm o hábito de reclamar nem de fazer sugestões ao CS. Aliás, todos os participantes afirmaram nunca ter usado o livro de reclamações nem terem feito sugestões escritas, demonstrando mesmo desconhecimento sobre como fazê-las.

“Eu penso que eles têm um impresso qualquer [para fazer sugestões]...”

No CS de uma zona rural foi dito que as reclamações por parte dos utentes não são usuais, devido às *“características regionais”*. Segundo um dos participantes, as pessoas da região *“são pessoas essencialmente calmas”*.

2.5. Prioridades e propostas de mudança

Relativamente a esta categoria foram proferidas várias opiniões, que distribuimos pelos itens seguintes.

Um dos utentes propôs que a informação sobre os serviços prestados pelo CS fosse veiculada na Internet, embora também se tivesse dito que, entre a população idosa, há poucas pessoas que tenham acesso à Internet.

Há especialidades que não existem nos CS e que deveriam ser implementadas, sobretudo as mais necessárias, tendo em atenção os custos: gerontologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, consulta da mama, estomatologia.

Num dos CS, também se defendeu que deveria haver um cardiologista e um endocrinologista, uma vez que há na zona muitos diabéticos e as consultas com médicos da especialidade só existem a uma distância considerável (i.e., pouco acessível para a população mais idosa). Os participantes deste *focus group* referem ainda que, visto estarem numa zona rural, o *“ortopedista, também era necessário”*. Ainda outra especialidade que estes participantes acreditam ser muito importante criar é a pediatria.

Alguns participantes reconheceram que é difícil um médico de uma especialidade hospitalar querer ir trabalhar para regiões mais rurais e que, por isso, deveria haver incentivos adicionais, pois *“as coisas nunca correm bem quando se obrigam as pessoas”*:

Houve, ainda, quem realçasse a falta de um laboratório de análises no próprio CS. Outros participantes defenderam que não era preciso tanto, mas que seria facilitador a criação de um sistema de colheita dos produtos para serem depois enviadas para o laboratório.

Dada a situação de muitos utentes usarem o CS como centro de convívio, houve quem se interrogasse se esta não poderia ou deveria ser uma das funções do CS:

“Será que uma das funções [do CS] poderá ser também essa, de colmatar também esse isolamento?... eu acho que sim.”

Houve quem afirmasse que a atitude dos médicos deveria ser menos passiva, no sentido de as consultas não serem *“tão comandadas pelo utente”* e do médico *“não se preocupar apenas com as queixas do utente”* mas também com os possíveis problemas que ele possa ter ou vir a ter e de que não se sabe queixar:

“Na consulta, eu acho que eles [os médicos] deviam ter uma atitude menos passiva... que não fossem tão comandados pelo doente.”

Postos perante a situação imaginária de serem os directores de um CS, alguns participantes salientaram a importância de se fazer uma avaliação do desempenho dos médicos:

“Eu acho que sim... que é sempre possível [avaliar o desempenho dos médicos]... não digo ir ralhar aos médicos, mas chamar-lhes a atenção para alterarem o que está mal.”

Um método sugerido para avaliar o desempenho dos médicos seria através de reuniões anuais com os utentes, promovidas pelo CS, com o formato de *focus group*.

“Olhe, é muito simples [recolher informação sobre o desempenho dos médicos]: um procedimento destes, como estão aqui a recolher informação... Acho que esta reunião se podia fazer pelo menos uma vez por ano, para tirar conclusões. Promovida pelo próprio CS.”

Os participantes adiantam também que, enquanto directores de um CS, teriam *“muito cuidado com a escolha dos médicos”* e que despediriam os médicos e enfermeiros que não tivessem vocação para atender.

“Tinha de ser ali tudo correctinho... se não tinha vocação: “rua” e venha um que tenha a vocação para atender... As pessoas doentes precisam de muito carinho.”

Um participante propôs ainda que os utentes pudessem ir a consultas com médicos particulares, pagando a diferença entre o preço dessa consulta e o preço que *“o governo”* gasta com a consulta no CS. Vários participantes discordaram que essa prática pudesse ser generalizada mas concordaram que deveria ser aplicada para os utentes que, por qualquer motivo, estivessem sem MF.

3. Perspectiva de elementos das redes sociais enquanto utentes

Isabel Craveiro e Osvaldo Santos

Foram analisados os conteúdos dos três *focus groups* realizados com elementos de três redes sociais: uma da área metropolitana de Lisboa (participaram 9 elementos, incluindo um assistente social de um CS), uma da margem sul do Tejo (grande Lisboa) (10 elementos, também com um assistente social de um CS) e uma do Minho (9 elementos).

Para além dos conteúdos específicos ao trabalho em rede nos cuidados de saúde primários e, em particular, à articulação entre CS e redes sociais (que serão apresentados mais à frente), os elementos de redes sociais abordaram as questões também na perspectiva não institucional. Ou seja, reflectiram nos temas propostos enquanto utentes dos CS. Nesta perspectiva, o discurso destes participantes pode ser estruturado nas seguintes dimensões:

- pontos de satisfação;
- pontos de insatisfação;
- reforma dos cuidados de saúde primários: o que (des)conhecem os profissionais das RS e opiniões relativamente à mesma;
- o centro de saúde ideal ou “quando os utentes decidem a orientação de um CS”.

3.1. Pontos de satisfação

Os pontos de satisfação mencionados nos três *focus group* realizados com elementos de RS são muito coincidentes.

3.1.1. Acessibilidade

A este nível, foram realçados alguns aspectos positivos, como:

- a. A divulgação da localização dos CS.

“Outro ponto que eu penso que é importante, a nível dos serviços de saúde, dos CS em geral, é que penso que toda a população sabe onde se situam os CS.”

De realçar que no que se refere à localização propriamente dita dos CS, as opiniões divergiram entre RS, nuns casos pela positiva, noutros pela negativa. De qualquer modo, ficou claro que os participantes atribuem muita importância à localização física dos CS.

b. O tempo de espera para consulta.

“A nível pessoal, também tenho uma ótima experiência, a nível de facilidade, porque consigo uma consulta num espaço de 8 a 10 dias no máximo, e se for urgência, no próprio dia. Claro que tenho que estar lá às 8 horas da manhã, mas sei que sou atendida, o mais tardar até ao meio-dia, uma da tarde.”

c. A marcação de consultas.

Forma de marcação de consultas:

“A minha mãe não vai para a porta do centro de saúde às 6 da manhã; normalmente são marcadas consultas de mês a mês.”

“Agora já pode ser por contacto telefónico no dia anterior para marcar. Penso que a esse nível houve alguma melhoria.”

Existência de vagas do dia:

“O centro de saúde “X” funciona muito, muito bem. Todos os médicos têm 5 utentes, 5 vagas a partir das 8 da manhã para quem lá estiver a essa hora e que podem ser ocupadas.”

d. *“Certeza do atendimento”*. A este nível, os participantes destacam a garantia de atendimento no CS aquando da ocorrência de uma situação de saúde urgente como aspecto positivo.

“[...] acabo por sentir uma certa segurança, porque sei que se um dos meus filhos, ou mesmo eu, precisou de um atendimento urgente nunca me foi negado e [isso] dá uma certa segurança.”

O tempo de espera para ser atendido (referido como, em média, 3 horas), não é reconhecido como um problema num contexto de urgência. No balanço entre o tempo que o utente espera para ser atendido e a garantia de atendimento, claramente é mais valorizado o segundo aspecto.

“Quando tenho uma urgência, apareço lá no próprio dia, sou atendida; se o médico está de férias há alguém que me atende.

(Moderador) – Quanto tempo? Para ser atendida?

Tenho que lá estar um bocadinho antes do meio-dia e sou capaz de sair lá para as 3h da tarde. Tendo em conta as comparações, eu acho que é aceitável. Tenho a certeza que sou atendida.”

Porém, verifica-se a heterogeneidade de experiências relativamente a um mesmo CS, porque estas dependem dos profissionais com os quais o utente interage.

“Mas isso também depende dos médicos; eu sou do centro de saúde ‘X’ também e a experiência não é exactamente a mesma. Tenho uma médica, que, em termos técnicos é uma muito boa médica... mas o tempo de espera são horas a fio e é muito complicado.”

“[...] lá está, depende dos profissionais, porque a consulta dos 12 meses do meu filho quando eu vim para cá foi terrível.”

Além das diferenças na relação interpessoal estabelecida entre utentes e profissionais de saúde, a forma como estes últimos organizam o seu atendimento determina também níveis diferentes de satisfação.

“(...) a dificuldade em pedir credenciais... há médicos que basta deixar lá, passam e há outros que são mais chatos e que implicam.”

3.1.2. Organização do CS

A imagem positiva que se constrói do CS não depende apenas das pessoas que o compõem (dos diferentes profissionais que aí trabalham), mas também dos aspectos organizacionais. Aspectos como a forma de organizar o espaço, o atendimento e os aspectos burocráticos assumem-se também como determinantes de satisfação.

“É uma questão de organização, e não só de pessoas.”

São avançados exemplos de melhoria na organização dos CS, que têm como consequência uma maior eficiência (“agilidade”) na prestação dos serviços, permitindo que o utente não perca o seu tempo – “o cidadão não tem que aguardar”. São de destacar os casos de boa articulação entre médico e administrativo e a organização por pisos e/ou módulos de atendimento.

“O facto de após a consulta, o médico de família prescrever um determinado exame e as credenciais passarem de imediato para a recepção... há aqui uma organização mais agilizada... o cidadão não tem que aguardar.”

“Também facilita estar organizado por pisos e por módulos. Cada módulo acaba por ter

uma salinha de espera... portanto as pessoas estão muito mais divididas; porque se não era uma confusão.”

3.1.3. Condições físicas do CS

A qualidade dos espaços físicos que permitem maior conforto dos utentes mereceu destaque por parte dos participantes. Foi ainda focada a necessidade de evitar barreiras arquitectónicas (“*elevador a funcionar para os utentes*”, “*as rampas de acesso, também*”) aquando da construção de um CS novo “*para as pessoas com mobilidade limitada*”.

3.1.4. Relação profissionais de saúde-utente

A forma como se estabelece a relação entre o utente e os diferentes profissionais que contacta no CS é também determinante do grau de satisfação/insatisfação que revela ter do serviço de saúde.

“À excepção, é evidente, da muito boa vontade de alguns técnicos de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros. E há com certeza...! fazem milagres, alguns deles!”

É salientada a necessidade do médico demonstrar um interesse pelo utente para que a interacção funcione positivamente.

“Nesse aspecto acho que até funciona, mas se calhar, porque é aquela médica de família; porque se interessou por aquela pessoa.”

É também feita referência ao “contacto privilegiado” que é necessário haver com algum médico no CS para que o atendimento seja considerado positivo. A este nível, alguns participantes referiram a existência de alguma promiscuidade na relação público-privado, em termos de acessibilidade ao médico de família.

“Chegava lá, marcava a consulta, nem era preciso ir ao médico... porque tinha um médico particular que dá consultas no centro de saúde.”

3.1.5. Profissionalismo dos funcionários do CS

Emerge das diferentes participações a necessidade de haver mais profissionalismo na área da saúde, nomeadamente no que se refere ao cumprimento dos horários.

“... porque a médica estava às 8 da manhã e tinha-os atendido. Isto também prima muito pelo profissionalismo de cada um.”

3.1.6. Iniciativa de contacto por parte do CS

Foi manifestada muita satisfação quanto ao interesse demonstrado por parte dos CS ao contactar pessoalmente o utente.

“... tenho um filho com 6 meses e tem corrido muito bem: contactam-me sempre... por exemplo, no dia em que ele fez 6 meses ainda não tinha levado as vacinas. Contactaram-me a ver se eu estava esquecida. Eu disse ‘mas tenho mais 2 ou 3 dias?’ e elas ‘sim, mas o computador dá logo a informação de que está em atraso.’”

3.1.7. Possibilidade de o utente escolher o CS

O direito à escolha de um CS fora da área da residência surgiu como um determinante de satisfação.

“Neste momento é legalmente possível... temos é que assinar um termo de responsabilidade, em que não vamos cobrar os serviços de transporte ao centro de saúde. Não preciso estar a mentir em relação à minha morada. Portanto, estou satisfeita.”

3.2. Pontos de insatisfação

Foram vários os aspectos insatisfatórios relatados pelos participantes, enquanto utentes de CS.

3.2.1. Insatisfação com o médico de família

Foi óbvio ao longo dos *focus groups* com estes representantes de RS que as manifestações de satisfação e insatisfação são idiossincráticas a cada díade utente-médico. Tratando-se de relações interpessoais, foram variadas as experiências pessoais dos participantes (ou vicariantes – com base em experiências e/ou conhecimento das vivências dos que lhe são próximos) que determinam a insatisfação (*“a minha experiência com os meus médicos de família tem sido péssima”*). As determinantes de insatisfação com o médico de família que emergiram foram:

a. Falta de disponibilidade de tempo na consulta.

“Interrogo-me acerca de quantos minutos é que tem um médico nos nossos CS para as consultas. Não sei e acho que a maioria também não sabe.”

“Há médicos de família que começam as consultas às 8 da manhã e às 2 da tarde estão a almoçar, porque fizeram a manhã toda... e há médicos de família que começam as consultas às 8 da manhã e às 9 e meia já viram 18 utentes...”

b. Falta de disponibilidade para a relação interpessoal.

“O que eu noto é que a disponibilidade [do médico de família] e a atitude na relação interpessoal deviam ser mais cuidadas... Há aqui uma indisponibilidade, alguma falta de educação e de polidez na relação do médico com o cidadão.”

“O médico de família nunca está disponível... e a disponibilidade não é a horária... é uma disponibilidade mais interpessoal, de valorizar as queixas, de reconhecer no utente um cidadão com direitos e que precisa dele e de valorizar esta necessidade.”

c. Défice de competências relacionais.

“Eu penso que é uma questão de atitude e de civismo... de habilidade e competência social para lidar com os utentes.”

d. Falta de conhecimento da realidade.

“Se calhar falta-lhes estar na realidade [aos médicos]... estão muito dentro de 4 paredes.”

“Eles [os médicos] não se vêem assim muito em visitas domiciliárias.”

e. Médico de família limitado a algumas funções.

“A ideia geral que eu tenho é que o médico de família é mesmo para fazer o tal receituário, de acordo com uma lista que a recepção lhe dá e as credenciais.”

f. Abuso de prescrição, nomeadamente com os idosos.

“Há um abuso de prescrição... e há idosos que comem medicamentos. Há medicamentos que são prescritos só porque o idoso pede. Acho que muitos deles não são necessários.”

“A maioria [dos médicos] nem vê os doentes. O doente aparece lá com as caixas dos medicamentos e eles prescrevem automaticamente.”

- g. Foram vários os relatos de situações de promiscuidade público/privado.

“Porque estes médicos dos CS são os mesmos médicos que estão nas consultas em privado... e é o que as pessoas dizem... que têm comportamentos completamente diferentes no Centro de Saúde.”

3.2.2. Consequências da insatisfação com a relação médico-médico

A este nível, foram registados dois factores de insatisfação:

- a. mudança de médico de família (*“já mudei de médico de família duas vezes”*).
- b. dúvidas quanto à qualidade dos cuidados de saúde recebidos.

“Que qualidade há numa consulta médica de uma médica que vê [todos os] utentes do dia numa hora e meia?”; “Que tipo de interação é que há entre médico e utente quando uma consulta demora 2 ou 3 minutos?”

3.2.3. Soluções para melhorar a relação médico-utente

Os participantes não se limitaram à identificação de dificuldades inerentes à relação médico-utente, sugerindo também alternativas para melhoria:

- a. mais empenho de ambas as partes (*“Muita coisa podia ser facilitada se houvesse também esse cuidado da qualidade da relação interpessoal entre o médico e o utente”*).
- b. aumentar a motivação e brio profissional do médico de família (*“Tudo passa pelo interesse que o médico tem em ser mesmo médico de família”; “tem a ver com o médico, com a noção que ele tem de médico de família”*).
- c. Foi ainda salientada a importância da ética profissional (*“Porque um médico estar 5 anos a passar medicamentos à vontade do doente (...) Acho que também é uma questão ética”*).

3.2.4. Insatisfação com o médico de família implica insatisfação com o CS

Do discurso dos participantes, foi possível verificar uma relação de identidade do CS com o

médico de família. É notório que a satisfação com o médico de família determina em muito a satisfação global com o CS, podendo mesmo falar-se de alguma personificação do CS na figura do médico de família. Como as expectativas que os utentes têm relativamente a estes profissionais de saúde são elevadas, quando não são concretizadas geram insatisfação não apenas com o médico mas com o serviço de saúde em geral.

“Uma pessoa quando vai ao médico está debilitada e está fragilizada... logo, tem muito mais importância a relação que se estabelece com o médico do que com os outros elementos que trabalham no centro de saúde.”

3.2.5. Insatisfação diferente de reclamações

Um dos participantes, assistente social de um CS, referiu que o número de reclamações (através do gabinete do utente) não é um bom barómetro do grau de insatisfação dos utentes no que se refere à relação médico-utente (por exemplo, pouco tempo dispendido pelo médico de família com o utente). De referir que este tema gerou grande agitação em todos os participantes.

“Não tenho reclamações, por exemplo, de profissionais que fazem este tipo de acção [fazerem a consulta sem olhar sequer para o utente]. Não tenho reclamações, o engraçado é isso.”

“Eles não reclamam, devem gostar, não é? Estão bem servidos...”

“É como vos digo, não sei se é por os utentes estarem habituados, ou não, àquele sistema daquele profissional; o certo é que eu não tenho reclamações.”

A este propósito, foi ainda avançada uma explicação possível, que se resume à falta de critérios de comparação.

“Como é que esses utentes podem ter, ou fazer alguma reclamação se eles nunca tiveram a outra parte? Não sabem o que é ser atendido por um médico com muito mais tempo... sabem apenas aquilo que têm.”

3.2.6. Condições do espaço físico

Foram vários os participantes que mencionaram insatisfação com as infra-estruturas dos CS:

situados em prédios habitacionais, não pensados para ser utilizados como CS, com barreiras arquitectónicas e falta ou insuficiência de espaços para estacionamento das viaturas.

“Acho que o espaço físico está degradado... estruturas físicas miseráveis... não adequadas àquilo que deve ser um centro de saúde”.

“Está situado num edifício que é um prédio habitacional...”

“Tem os elevadores e aqueles obstáculos todos para determinados utentes e para pessoas mais idosas, até inclusive para mães que vão com bebés às consultas de Saúde Infantil...”

“Em termos de estacionamento para os utentes, estão previstos quatro ou cinco lugares de estacionamento, o que é muito pouco.”

3.2.7. Organização do atendimento

Surgiram também críticas relativas à forma como os CS estão organizados, inclusivamente em termos de espaço, para acolher os utentes.

“O que é que se sente quando se entra lá... Quando fui a primeira vez ao centro de saúde, pus as mãos à cabeça e disse assim ‘como é que eu me vou organizar aqui?’... Aquilo era montes de gente, tickets de não sei quantas cores...”

3.2.8. Outros aspectos relativos à acessibilidade

No que se refere à acessibilidade, uma das categorias mais prevalentes foi o tempo de espera. Este aspecto surge em duas vertentes:

- a. Tempo de espera para conseguir a consulta. Não foi a categoria de tempo de espera mais criticada. De qualquer modo, houve lugar à expressão de alguma insatisfação (*“Em termos de consulta, é um mês.”*; *“É muito tempo”*).
- b. Tempo de espera no dia da consulta. Alguns participantes referem não apenas o tempo (cronológico) de espera mas também o tempo subjectivo, bem mais dilatado devido às condições de espera.

“... o único senão é só o tempo de espera. É uma eternidade.

(Co-moderador) – o que é uma eternidade [para si]?

(...) por exemplo, já sei que perco uma manhã ou uma tarde.”

“Eram horas ali numa sala apertadíssima, com imensa gente a tossir e eu às vezes pensava se

o miúdo não saía de lá pior, porque achava uma violência, tanto para uma mãe, como para um filho... tudo apinhado, muita gente naquela sala, todos os problemas ali misturados...”
“Mandam-nos lá estar às 10:00 e muitas vezes sou atendida às 13:00.”

A este propósito, emerge a comparação com experiências no sistema privado

“Não consigo perceber porque é que também não marcam horas como quando vamos a um médico particular. Têm que respeitar a hora [de atendimento]... porque é que temos de lá estar 4 ou 5 horas!?”

A insatisfação com o tempo de espera no dia da consulta surge relacionada com críticas à organização do atendimento, mais especificamente no que se refere à inadequação dos horários e à forma de marcação da consulta do próprio dia.

“Os horários não estão adaptados a quem tem um horário das 9 às 7.”

“Para estomatologia, as pessoas têm de ir às 5 ou às 6 da manhã fazer a marcação... são pessoas que não têm outra alternativa, não podem ir a um médico particular.”

“Não é só para especialidades que as pessoas esperam à porta do centro de saúde às 3 e 4 da manhã... é também para médicos de família.”

Outra dificuldade associada à dimensão da acessibilidade, geradora de insatisfação, prende-se com a falta de especialidades hospitalares em muitos CS.

“Há falta de cuidados especializados. Por exemplo, a nível dos bebés, antigamente havia pediatras, agora isso foi suprimido... é o médico de família quem faz o acompanhamento.”

As dificuldades que se sentem, nomeadamente, para a marcação de consultas e os elevados tempos de espera, resultam numa maior expressão de importância dada aos “contactos privilegiados”, nomeadamente para ter acesso facilitado às consultas nos CS. Surge assim, mais uma vez, o factor humano como determinante de boas ou más experiências (e da respectiva satisfação) ao nível dos cuidados de saúde primários.

“Eu tenho um filho com um problema de saúde grave. Se não conhecesse determinadas pessoas andava completamente perdida porque não tinha acesso às consultas, não é?”

“Havendo um elo de ligação dentro do centro de saúde, ou seja uma administrativa ou até o próprio médico que se interessou (porque já sabe que é um doente que necessita de consultas mais regulares), a vida do utente torna-se mais facilitada.”

“Uma pessoa completamente anónima... que não é referenciada enquanto pessoa nem

enquanto patologia, é muito mal tratada a nível de qualquer centro de saúde... e no meu em particular.”

A necessidade deste “elo de ligação” é explicada pelo “facilitismo” que existe no sistema de saúde, mas visto como um reflexo daquilo que acontece na sociedade em geral.

“Este esquema do facilitismo, ou da facilidade que se tem conhecendo alguém da instituição... isto está enraizado na sociedade portuguesa, não é só no esquema da saúde; é em todo o lado.”

No contexto da reflexão sobre acessibilidade, surge também a percepção de falta de profissionais, problema ao qual se junta a própria organização administrativa (por exemplo, colocação de vinhetas depois da consulta; sistema de senhas para atendimento antes e depois das consultas, etc.).

“Eu penso que há falta [de administrativos]... e os médicos não têm capacidade de resposta.”
“Há falta de pessoal. Mas também é mesmo de organização... acho que são as duas coisas.”

3.2.9. Excesso de burocracia

Ainda relativamente à organização administrativa da consulta, os elementos destes *focus groups* mostraram concordância quanto ao excesso de burocracia. Surge expressamente a noção de excesso de etapas administrativas antes e depois da consulta.

“É muita burocracia... é um selo, é um carimbo”;
“Quando saímos da consulta, temos de colocar o selo nas receitas ou nos exames. Depois, se quisermos justificação temos de tirar uma senha...”
“Já me aconteceu levar mais tempo a colocar a senha do que com a doutora.”

3.2.10. As reclamações

Um dos participantes resumiu as dificuldades sentidas pelos utentes no que se refere à acessibilidade na perspectiva das associações de utentes: a falta de médicos, os horários pouco alargados e a localização do CS.

“Associações de utentes daqui do concelho, que eu saiba, há duas. E os problemas que eles levantam, basicamente são: falta de médicos, quer médicos de família, quer médicos de especialidade; queixam-se dos horários [pouco alargados], porque o CS fecha às 20 ho-

ras; falta de acessibilidade... por exemplo, este novo centro de saúde, moderno em termos de instalações, está numa zona periférica da cidade e os transportes não são bons.”

Para fazer face a estes problemas, foram adiantadas as seguintes soluções: (a) a criação de um serviço nocturno (24 horas), (b) com polivalência (diferentes especialidades para além do médico de família), (c) adequar o número de médicos, e (d) adaptar os horários à realidade local.

Outro participante, responsável pelo gabinete do utente de um CS partilhou com o grupo as seguintes reclamações, relativas ao comportamento dos funcionários, às relações interpessoais no atendimento:

“... recebo muitas reclamações que têm a ver com o perfil do funcionário. administrativos, médicos e enfermeiros... há muita desumanização nos serviços, a verdade é esta.”

O mesmo participante adiantou ainda que *“as pessoas não reclamam pelo tempo de espera”* (no dia de consulta). As explicações adiantadas para a não reclamação deste aspecto de acessibilidade que, como já referido, é (na perspectiva dos participantes) muito problemático foram:

- a. Pouca valorização do tempo de espera, em comparação com o objectivo principal da ida ao Centro de Saúde.

“Porque nós vamos lá porque precisamos... então, esperamos o tempo que for necessário.”

- b. Pouca expectativa quanto ao resultado prático da reclamação, associada ao cansaço/desgaste provocado pela espera.

“Eu quero é ir embora, ir para casa... estou farta disto e tenho o miúdo em casa, com a minha sogra.”

- c. Receio de represálias ou de degradação da relação com o médico.

“O respeito e a subserviência perante o médico também é muito grande...”

“As pessoas têm medo de reclamar.”

“Eu vejo muitas vezes os meus idosos irem ao CS e quando chegam lá, vêm todos aborrecidos, mas ninguém reclama... porque têm medo de reclamar... que da próxima vez que lá forem ainda sejam mais mal atendidos... têm medo de reclamar.”

- d. Resultado da consulta com o médico – quem sai satisfeito da consulta, acaba por desvalorizar o tempo de espera e opta pela não reclamação.

- e. Falta de informação dos utentes quanto aos seus direitos.

“Eu penso que isso tem a ver muito com a informação aos utentes dos seus direitos. O direito a reclamar, o direito a não concordar com as atitudes dos médicos... os utentes não estão preparados.”

Outras queixas referenciadas pelos participantes foram:

- a. Sistema de marcação de consultas. Mais uma vez, há o registo de desagrado quanto ao facto de as consultas do dia serem marcadas todas para a mesma hora, dando origem a tempos de espera que, na perspectiva dos participantes, seriam evitados se se adoptasse um sistema de marcação diferente (marcação para horas diferentes – por exemplo, uma marcação para cada 15 minutos).

“Quem vai para lá às 10 para fazer a inscrição e depois só é atendido à uma, se calhar não fica muito contente.”

De salientar que este problema de organização (e, na perspectiva do utente, de acessibilidade) é interpretado como um aspecto da relação utente-profissionais de saúde:

“Não há respeito pelos utentes... e isto tanto no público como no privado.”

Como sugestão para este problema surge:

“Se calhar a questão seria marcar um doente para as 10, outro para as 10 e meia... possivelmente não há é o pessoal administrativo necessário.”

- b. Apreciação negativa dos aspectos relacionais com o atendimento administrativo. A este nível foi salientada a importância da (in)adequação do perfil do profissional à função que desempenha, perfil este que, segundo os participantes, não se altera apenas com acções de formação. Daqui resultou uma conclusão: ser muito importante haver uma selecção criteriosa dos profissionais que desempenham tarefas de atendimento ao público.

“... os administrativos da unidade de onde eu estou mais próxima vão muito a formações... mas a verdade é que, a nível de qualidade de atendimento, continuo a ter imensas reclamações.”

“[Por vezes] a pessoa não é a indicada para estar no atendimento... deve haver uma selecção mais cuidada para quem está no atendimento.”

- c. Insatisfação com o tempo de consulta. Este tipo de insatisfação foi definido como muito variável, em função do que o utente pretende da consulta, surgindo a noção de que tudo estaria bem se fosse garantida a “adequação do perfil do médico ao perfil do utente”.

“Tudo depende da expectativa dos clientes: querem apenas a receita médica? Querem mesmo ser observados como deve ser?”

- d. Insatisfação com o facto de a triagem, nas USF, ser efectuada por enfermeiros.

“Eles agora usam [na USF] aquele sistema de triagem... tive que falar primeiro com o enfermeiro, para ver se teria mesmo que ser visto pelo médico... As pessoas não gostam muito disso... o enfermeiro logicamente que também tem a sua competência; mas à partida, as pessoas vêm com a ideia de ser vistas pelo médico.”

- e. Incumprimento dos horários por parte dos médicos. Sendo que os participantes consideram que esse não cumprimento traduz essencialmente falta de respeito pelo outro (o utente).

“Acham que toda a gente tem o nível de vida deles e esquecem-se que as pessoas, ficando e não podendo ir comer a casa, nem sempre têm dinheiro para pagar uma refeição. E se não tiverem transporte àquela hora, têm de ir de táxi, que custa muito mais dinheiro. E que não tem muitas vezes competências para reclamar, e exigir aquilo a que tem direito, etc., etc.”

3.3. Reforma dos cuidados de saúde primários: o que (des)conhecem os profissionais das RS e opiniões relativamente à mesma

Enquanto parceiros dos CS no trabalho em rede a desenvolver junto da comunidade, seria de esperar que os participantes destes *focus groups* estivessem bem informados sobre as mudanças pensadas e em curso na área dos cuidados de saúde primários.

Mas, de forma resumida, podemos referir que existe um desconhecimento generalizado sobre a actual reforma dos cuidados de saúde primários. De facto, embora um ou outro dos participantes tenha revelado algum conhecimento (embora nem sempre correcto) sobre a reforma dos cuidados de saúde primários, a maior parte confessou pouco saber para além de alguma informação obtida através da comunicação social ou através de um conhecimento pessoal. Mesmo os participantes que trabalham na área da saúde (incluindo alguns com funções em CS) alegaram pouco conhecer da reforma (salientando preocupação

por, segundo eles, não lhes chegar a informação).

“Era o que eu ia dizer: enquanto que o doutor [outro participante do focus group] é muito informado, eu não sei nada. Ou seja, sei o que oiço na comunicação social”

“Eu acho que estamos muito pouco informados, muito pouco informados... no centro de saúde as pessoas estão muito pouco informadas.”

É ainda de salientar o facto de estes profissionais não terem obtido informação acerca da reforma no âmbito do trabalho desenvolvido nas RS.

“Alguma informação sobre a Rede Social, sim... agora sobre os cuidados primários, não... a nível da Rede Social, não.”

“A ideia que eu tive é que ia ser um centro de saúde dentro de outro centro de saúde, “que vão ter determinados doentes, e esses doentes iriam ser realmente bem atendidos.”

Foi consensual a necessidade de haver esclarecimento quanto às mudanças anunciadas, até porque, de acordo com os participantes, nada foi feito nesse sentido no âmbito das RS.

“Sei lá... juntarem-nos a todos, fazerem uma sessão de esclarecimento sobre o assunto. Isso não existe.”

Os (poucos) participantes que tinham alguma informação, obtiveram-na através de contactos pessoais e/ou de uma atitude pró-activa na procura de informação (nomeadamente, através da *internet* ou do Relatório da Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde).

“A informação, recolho-a quase permanentemente, da Internet... vou à procura.”

Foi referido que, de uma forma geral, a reforma inclui medidas que trazem melhorias para o utente: a criação de USF e a aposta em maior interligação entre CS e hospitais e entre CS e outras organizações/instituições da comunidade (Câmaras Municipais, IPSS, etc.).

“Uma maior intervenção das IPSS e até das câmaras municipais, nalgumas destas... isto parece-me bem”

Medidas conhecidas mas menos claras quanto ao efeito que a reforma irá ter, foram:

“Fala-se também na unificação dos CS... é o que eu oiço e sou da casa.”

“Também se fala na extinção das Sub-Regiões de Saúde... que meios é que passarão das Sub-Regiões? Que autonomias passarão das Sub-Regiões para os CS?”

“As pessoas estão um bocado com o coração nas mãos porque não sabem para onde é que vão.”

De salientar ainda alguma preocupação (e mesmo descrença) quanto à resolução de problemas através desta reforma: condições físicas, falta de médicos de família, falta de consultas de outras especialidades, défice de articulação com os hospitais, promiscuidade entre público e privado.

“A falta de médicos, e nomeadamente dos médicos de família, é notória.”

“A tal promiscuidade... eu peço desculpa pela palavra, ela é forte, mas existe. A tal promiscuidade que existe entre o público e o privado... é o médico que entra a correr no centro de saúde e sai a correr.”

“A falta de especialidades nalguns CS e extensões de saúde... é necessário colmatar essa brecha, até para desbloquear os hospitais.”

“A interligação com o Hospital, através dos esquemas informáticos, um doente cai no centro de saúde, e tem lá a sua ficha, tem o seu cadastro, mas depois vai ao Hospital e tem outro, mas o médico do Hospital não sabe o que é que o médico do centro de saúde andou a receitar ao doente, aquilo que andou a observar, etc.”

3.4. O centro de saúde ideal ou ‘quando os utentes decidem a orientação de um CS’

Colocados perante o seguinte cenário: *‘Imagine que toma amanhã posse como director deste centro de saúde... quais as primeiras cinco medidas (tendo em conta que os recursos – dinheiro, profissionais, etc. - são limitados) que tomaria para melhorar o funcionamento do centro de saúde?’*, os participantes rapidamente se organizaram de forma a ordenarem as suas prioridades de actuação enquanto membros “de pleno direito” da direcção do CS.

Parece evidente que a ideia de poder decidir, ainda que de forma imaginária, sobre os destinos de um CS serve para que sejam reiteradas as preocupações antes demonstradas sobre o funcionamento dos cuidados de saúde primários.

“Para além das coisas que nós já apontámos que estavam mal e que deveriam ser mudadas...”

Tal não é surpreendente, apenas reforça as opiniões já expressas, agora “pela positiva”, isto é, pensando em melhorar, em fazer diferente o que se constata estar menos bem.

Neste cenário, uma das prioridades de gestão foi a definição de uma política de selecção, recrutamento, formação e regalias profissionais dos recursos humanos do CS.

3.4.1. Formação dos profissionais

Foi salientada a necessidade de formação dos médicos em técnicas e competências interpessoais (visando a melhoria da relação e da comunicação médico-utente).

“Do ponto de vista do utente, é o mais importante... porque, no fundo, é ele [o médico] quem lhe vai resolver ou atenuar o seu problema. Portanto ele deve estar no centro da questão. Embora todos os outros técnicos sejam importantes, este é fundamental.”

Segundo os participantes, este tipo de formação deve ser também dirigido aos outros profissionais, não médicos, que têm contacto com o público.

“(M) - Portanto, temos um elemento da direcção que aposta na formação. Dar mais formação e humanização...”

“[Sim...] não só aos médicos, mas também ao restante pessoal, sobretudo ao que está no atendimento ao público.”

3.4.2. Valorização dos profissionais não médicos

Estes profissionais são identificados como o “rosto” dos CS, deles dependendo a maior parte dos contactos que os utentes estabelecem com o CS.

“São o rosto primeiro do contacto do utente com o centro de saúde... que haja também alguma valorização no sentido de eles terem algum poder e capacidade e competência para lidar com a informação, que obtêm e que podem obter.”

“A recepção, os serviços administrativos e a enfermagem, são de facto níveis de intervenção do centro que têm muito poder e que podem ser muito poderosos na facilitação da função do médico.”

3.4.3. Prevenção de “poder ‘negativo’ dos administrativos”

Segundo os participantes, é necessário apostar na selecção/recrutamento de funcionários com perfil adequado à função.

“Há papéis que chegam à recepção e que podem nunca chegar ao núcleo. Como há informação que chega à recepção e que nunca chega ao médico. É o chamado poder negativo, que é muito bem utilizado internamente.”

3.4.4. Recrutamento e selecção dos profissionais de saúde

Os participantes referiram também a importância de apostar de forma criteriosa no recrutamento e selecção dos profissionais de saúde, dedicando maior cuidado aos perfis necessários para cada tipo de função.

“Se estamos a criar uma coisa nova, porque não um cuidado redobrado no recrutamento?”

3.4.5. Criação de um sistema único de carreiras

Foi defendida a aposta no mesmo tipo de tratamento para todas as profissões (médicos e não médicos).

“Por que [é que] há carreiras diferentes?... há objectivos a cumprir e têm de ser cumpridos, em todas as carreiras.”

“Igual para toda a gente, sim senhora, e os ordenados também...”

3.4.6. Aposta na clivagem entre o serviço público e o privado

Vários participantes defenderam a necessidade de haver uma separação/exclusividade das funções profissionais no sistema público e no privado.

“Uns trabalhavam [só] na privada, outros trabalhavam só no sector público.”

3.4.7. Sistema de avaliação de desempenho baseado na produtividade

Foi também defendido que a produtividade de cada profissional de saúde deve ter efeitos em termos de avaliação de desempenho e consequente distribuição de regalias (nomeadamente, as salariais).

“Ver o número de consultas, o tempo que demora cada consulta... criar uma pequena reunião, nem que fosse semanal, com os técnicos (para ver os casos clínicos).”

3.4.8. Criação de sistema de avaliação da satisfação do utente

Como forma de conseguir um serviço de “qualidade e excelência”, é sugerida a introdução de um sistema de avaliação da satisfação do utente, com os seguintes objectivos: conhecer e assim poder melhorar; motivar os profissionais que trabalham “bem”; instrumento “indirecto” de avaliação do desempenho de profissionais de saúde.

“Tinha que ter um bom sistema de avaliação da satisfação do utente... ter a noção clara de como é que estão as coisas e do que é que posso fazer para melhorar. E também como factor motivador. Se um determinado médico ou um determinado profissional está a trabalhar muito bem, pelo menos que esse feedback da avaliação o motive e a gente o elogie. Por outro lado, se eles estão a trabalhar mal, também é uma forma de os chamar... à atenção.”

“A satisfação dos utentes é uma forma de avaliar o desempenho profissional, não é?”

3.4.9. Direcção do CS

Foi ainda defendido que o director do CS não fosse médico, mas também não demasiado centrado nos aspectos financeiros da gestão.

“De preferência, que o director não fosse médico... porque [um director médico] estará sempre mais propenso a proteger a classe.”

“Atenção!... um gestor com parte humana. Porque se for um gestor em termos económicos... chama-lhe gestor social, pronto.”

3.4.10. Controlo dos horários de trabalho dos médicos

O uso de relógio de ponto foi uma medida defendida por vários participantes.

“E tinham que cumprir um horário, o horário. Funções que têm atendimento ao público, têm que respeitar um horário. Esse horário tem que ser claro e tem que ser cumprido.”

3.4.11. Organização do serviço

Outra área de gestão valorizada pelos participantes foi a organização do serviço, com o objectivo de evitar tempos de espera demasiado longos no próprio dia da consulta. De destacar três medidas sugeridas pelos participantes:

- a. Alargamento dos horários de consultas e alteração no sistema de marcação de consultas.

“Porque é que se marcam, por exemplo, consultas todas à mesma hora?”

“Tínhamos de prolongar o horário do funcionamento do centro de saúde. Se os utentes precisam de pós-laboral, então vamos criar [esses horários]... alguém que venha em pós-laboral. Há médicos que se calhar esse horário até lhes convém.”

- b. Acolher o utente (em especial, o novo utente) de forma a garantir a transmissão de informação sobre o funcionamento do CS bem como sobre os seus direitos e deveres .

“E que, efectivamente, nesse acolhimento, fosse passada informação sobre os modos de funcionamento. Explicar os direitos e os deveres e como é que as coisas funcionam.”

- c. Surgiu ainda a questão do acesso à informação (fácil de compreender) para o utente. A este propósito foi sugerida a criação de um glossário da terminologia inerente à actividade dos CS, útil não só para o utente, mas também para os diferentes parceiros sociais com que articulam (e venham a articular).

“Era facilitador saber exactamente o que é um ‘cuidado continuado’, o que é um ‘cuidado primário’. Desconheço.”

3.4.12. Gestão centrada na satisfação das necessidades do utente

Uma das ideias centrais que surgiu deste exercício (de cenário) foi a da gestão ter como ponto de referência a satisfação das necessidades do utente. Ou seja, procurar que as respostas do serviço se adequem e vão de encontro às necessidades dos utentes:

“É muito importante a ideia do acesso... o acesso à saúde, o acesso às consultas de especialidade... que não se tenha muito tempo de espera... o acesso aos seguimentos, etc.”

“Temos de ajustar o funcionamento do centro de saúde ao utente.”

“Se calhar o centro de saúde não é feito para os utentes; é feito para os médicos. E os utentes entram nas disponibilidades dos médicos... se calhar estou a ser mazinha, mas eu sinto um bocadinho isto. De facto sinto.”

Nesta linha de raciocínio, emergiu a prioridade de eliminar as listas dos “sem médico”.

“Primeiro era eliminar aquelas questões de existirem utentes sem médico, a questão dos ‘sem médico’”

Para tal, sugeriram as seguintes soluções:

- a. a avaliação prévia do perfil dos utentes de cada CS, de forma a definir prioridades de intervenção e a *alocar* recursos a essas necessidades:

“Temos de fazer uma correcta avaliação do que é que temos ao nível de utentes, porque temos de facto utentes inscritos que já não pertencem àquele centro de saúde, e por aí fora”

“Temos de ter uma noção do tipo de população a que nós temos que dar resposta naquele centro de saúde... e daí partirmos para a intervenção mais adequada.”

- b. fazer um levantamento de recursos existentes na comunidade, visando a criação de parcerias:

“Eu penso que há aqui uma mudança de ideia sobre o centro de saúde. O centro de saúde, no meu ponto de vista, podia ser considerado a partir de agora um grande operador, e ser de facto o pivot de prevenção da saúde e do bem-estar, em geral.”

“Caberia ao centro de saúde, como grande operador no seu concelho, por exemplo, num determinado território, identificar os parceiros prioritários, de primeira linha. Depois, poderia haver um outro grupo de parceiros em segunda linha e portanto criar aqui, em cascata, diversos grupos ou níveis de parceiros.”

- c. a actualização da base de dados e cruzamento de bases de dados entre diferentes serviços públicos:

“É importante cruzar [bases de dados] com outros serviços públicos.”

- d. o alargamento dos horários de actividade dos médicos;

“Alargava o horário dos médicos.”

- e. a redistribuição dos utentes pelos médicos existentes:

“Atribuindo mais doentes a determinados médicos.”

- f. a (re)definição das funções de cada médico, de acordo com as suas vocações:

“Pessoal médico especializado numas determinadas áreas, destacava-os só mesmo para essas áreas.”

- g. criação de um sistema de regalias, incluindo as remunerações, dos médicos (bem como dos

restantes profissionais do CS) baseado em objectivos/produktividade:

“Motivar os médicos através de trabalho por objectivos e a respectiva compensação remuneratória, ou até através de cooperativas; motivar os médicos para trabalharem em exclusivo para o Serviço Nacional de Saúde através destas USF.”

“Compensação financeira no final do ano, mediante os resultados apresentados.”

Emergiu também a necessidade de priorizar a prevenção nos cuidados de saúde primários, de forma estruturada.

“Seria também importante que houvesse um trabalho mais consistente, a nível geral, de prevenção.”

As áreas de intervenção que foram identificadas como prioritárias, a criar/manter no CS seriam: a saúde materna, a saúde infantil, a saúde mental, os cuidados continuados, os cuidados paliativos, a estomatologia, a geriatria, o planeamento familiar.

O problema da escolha das especialidades gerou, no contexto de um dos *focus groups*, a ideia da criação de observatórios regionais de saúde. Esta ideia foi reforçada com a percepção de haver especificidades locais, em termos de saúde, que devem ser contextualizadas e tratadas de acordo com essas realidades.

“Eu acho que era importante criarmos nesta região um observatório local, um observatório regional de saúde. Por isto: aqueles dados que eu tenho no perfil de saúde demonstram algumas coisas, que nós temos algumas patologias muito específicas da região... Enfim, temos aqui algumas especificidades... está lá apontado no estudo... agora o que há a fazer para minimizar estes efeitos, ou para ir à origem do problema é isto, isto e isto.”

Outra nota relativa a um conteúdo emergente nestes *focus groups*, que define o contexto em que, segundo os participantes, qualquer reforma deve ocorrer: uma cultura de maior exigência e de mais excelência.

“Importa que os CS caminhem para aquilo que é a saúde em excelência, em termos preventivos, e que, de alguma forma, caminhemos para que a saúde seja, de facto, facilitadora do bem-estar para todos os cidadãos.”

Esta cultura de excelência aplica-se não só aos profissionais da saúde mas também aos utentes. De facto, foi referida a necessidade de aumentar a sensibilidade do utente para as suas respon-

sabilidades para com o CS. Um dos aspectos concretos desta responsabilização foi a contribuição activa do utente em manter o seu processo clínico actualizado:

“O nosso processo familiar tem de estar de acordo com todo o nosso historial clínico, com o que nos vai acontecendo ao longo da vida. É importante eu ir a um médico da especialidade qualquer cá fora, no privado, onde for. Mas é importante eu pegar nessa informação clínica e levá-la para o meu médico de família, porque ele tem de saber de tudo aquilo que se passou na minha vida, a nível clínico... isso é fundamental.”

Também no que se refere à responsabilização do utente, foi defendida a introdução de uma taxa (idêntica à actual taxa moderadora) para os utentes que faltem a consultas sem um aviso prévio.

“Essa taxa de utilização deve também ser retirada ao utente quando não faz uma consulta, não desmarca previamente.”

“As pessoas pensam que é um serviço gratuito, quando na verdade nós todos pagamos o serviço, não é? E, como é de borla, não dão importância...”

Por fim, de referir a ênfase dada à necessidade de trabalho em rede. O exemplo seguinte é paradigmático das potencialidades de uma articulação efectiva entre as diferentes instituições que desenvolvem trabalho junto das populações, que conhecem as suas necessidades e, portanto, podem proporcionar um acompanhamento eficaz e eficiente se e quando for adoptada uma perspectiva integrada de trabalho comunitário em rede.

“Por exemplo, acontece que a pessoa, consumidora de consultas, é aquele utente que todos os médicos dos CS já identificaram... então, poderiam passar para um técnico, um psiquiatra ou um psicólogo ou alguém que fizesse a avaliação e que pudesse dizer ‘esta pessoa precisa deste tratamento ou esta pessoa precisa de um trabalho ou de um outro apoio social’.”

4. Perspectiva de elementos das redes sociais sobre o trabalho em rede nos cuidados de saúde primários

Isabel Craveiro e Osvaldo Santos

Foram analisados os conteúdos dos três *focus groups* realizados com elementos de três redes sociais já caracterizados no ponto anterior, mas agora com o foco no trabalho em rede nos cuidados de saúde primários e, em particular, na articulação entre CS e redes sociais.

Importa referir que duas das RS estão numa fase inicial de funcionamento; uma delas ainda em fase de “arranque”, tendo terminado apenas em Dezembro a elaboração do diagnóstico das diferentes áreas temáticas representadas na Rede Social.

Resulta claro da análise de conteúdo que os elementos da RS a funcionar há mais tempo estão mais satisfeitos com o trabalho desenvolvido com o CS local do que os elementos das RS mais recentes.

Enquanto representantes das RS envolvidas no estudo, o discurso dos participantes pode ser estruturado nas seguintes categorias de análise:

- o CS e a comunidade;
- a importância do CS “descer” ao terreno;
- articulação entre os CS e as RS: boas práticas;
- articulação entre os CS e as RS: áreas difíceis.

4.1. O CS e a comunidade

Ao longo destes três *focus groups*, foram muito enfatizadas as vantagens de o CS estar incluído num trabalho de articulação com outras instituições da comunidade local, funcionando em rede e em parceria, de forma a satisfazer as necessidades da comunidade em termos de saúde.

“Todos nós em articulação tentamos resolver as situações que nos aparecem. Eu penso que só assim é que se consegue também valorizar e potenciar a intervenção do CS.”

“A tónica está na proximidade com a população, na proximidade com os técnicos e

instituições em que cada técnico tem um nome.”

Ou seja, existe a percepção de que os recursos de que cada instituição dispõe, se e quando utilizados de forma articulada, podem funcionar como uma mais-valia para o trabalho comunitário como um todo.

Embora com a ressalva do trabalho em rede estar apenas no início: “... *isso está a correr bem, mas estamos no início*”, é avançado um aspecto positivo no que se refere à actuação dos CS: a disponibilidade e interesse dos profissionais de saúde dos CS.

“Mas o que está a correr bem é a disponibilidade e o interesse dos profissionais que têm sido deslocados e que se têm deslocado... Portanto, penso que há possibilidades.”

De salientar a importância das “pessoas” para o bom funcionamento do trabalho em rede. Ao referirem o que corre bem no trabalho desenvolvido na comunidade nota-se, por um lado, a importância atribuída ao interesse demonstrado pelos profissionais de saúde envolvidos e, por outro lado, a importância da “informalidade” para o sucesso do trabalho.

“A questão da informalidade e de eventualmente termos os números [de telefone] pessoais e tudo isto, facilita imenso o trabalho e acho que é uma questão de nos potenciarmos uns aos outros.”

É realçado que o haver um “ponto de contacto” no CS facilita muito a articulação com o mesmo.

“Nós passamos logo para a técnica que está, depois ela lá resolve. Portanto, encaminha, o que nos facilita muito.”

A importância atribuída ao “contacto informal” para o trabalho a desenvolver na comunidade é muito prevalente. A própria “intervenção articulada”, considerada condição indispensável para o referido trabalho, parece estar dependente dessa outra premissa da informalidade nos contactos entre instituições e entre diferentes profissionais (da saúde e de outras áreas).

“Eu acho que a mais-valia passa pelas pessoas se conhecerem e discutirem este tipo de questões... para termos uma intervenção articulada.”

A informalidade e a facilidade do contacto entre profissionais servem também como forma de veicular informações sobre formas de funcionamento, procedimentos e conhecimentos vários, necessários ao trabalho a desenvolver na comunidade.

“Tenho o contacto pessoal dela, e eu penso que isso é muito importante... é muito facilita-

dor. Temos feito algumas visitas domiciliárias e resolvido algumas questões que nos são colocadas no atendimento.”

Resumindo, a satisfação com o CS dos elementos das RS está também relacionada com a possibilidade de estabelecer “*contactos pessoais*” com profissionais de saúde.

4.2 A importância do CS “descer” ao terreno

“E o facto de o centro de saúde estar no terreno, faz muita diferença.”

Esta citação é bem ilustrativa da importância atribuída à forma como o CS se posiciona no seu trabalho na comunidade. Ou seja, a ideia de unidade de saúde de proximidade passa em grande parte pela capacidade que o CS tem de desenvolver o trabalho junto da comunidade, de “descer ao terreno”. De acordo com os participantes, isto consegue-se através da (re)organização dos CS e do posicionamento dos profissionais em conformidade. Os participantes dão um exemplo:

“Se houver reuniões periódicas [entre CS e outras instituições da comunidade], nós conseguimos tirar o retrato da saúde, dos problemas de disfunção familiar, da questão financeira... tirar o retrato daquela família.”

4.3. Articulação entre o CS e as RS: boas práticas

Surgiram vários exemplos de sucesso, apresentados pelas RS, na parceria do CS com várias instituições dos concelhos. Estes são ilustrativos de experiências de “descer” ao terreno por parte dos CS, que são valorizadas pelas instituições que delas beneficiam.

4.3.1. Relação CS – comunidade terapêutica

“... nós temos uma comunidade terapêutica no concelho e a ligação com o centro de saúde de ‘X’ já vem desde a instituição da comunidade e tem-se mantido muito bem.”

4.3.2. Relação CS – escola

Um dos participantes enfatiza o exemplo da relação entre o CS e as escolas, através da equipa de enfermagem que, de forma continuada, vem prestando apoio em termos de: a) organização

de sessões de esclarecimento para alunos e pais e b) rastreios de vários problemas de saúde: visão, audição, etc. (sobretudo com os alunos dos 5^{os} anos).

“Portanto, do ponto de vista do apoio às escolas, eu só posso dizer muito bem. Acho que funciona.”

4.3.3. Relação CS – saúde mental

Este exemplo ilustra a ideia de que a articulação satisfatória com o CS está dependente da resposta que se consegue obter por parte do prestador de saúde.

“Em relação ao centro de saúde mental, também tenho tido realmente facilidade.”

4.3.4. Relação CS – cuidados continuados

Este exemplo refere-se à articulação dos cuidados de enfermagem do CS com a equipa de cuidados continuados de um Centro Social representado no *focus group*.

“Em termos de cuidados de enfermagem, penso que há um trabalho muito positivo, já com alguns anos.”

“Da parte do centro de saúde são cuidados de enfermagem, basicamente; e do ponto de vista do apoio domiciliário, são cuidados de higiene pessoal.”

Ainda relativamente a esta secção, são realçados os seguintes aspectos:

- a. A complementaridade e a facilidade de contacto entre os diferentes elementos que compõem as equipas mencionadas, tendo como ganho último melhorias para a saúde do utente.

“Positiva é a articulação entre os dois serviços, porque são cuidados que se cruzam, mas que são diferentes. E nessa relação é que está o positivo.”

- b. A capacidade de resposta por parte do CS no que se refere ao apoio em termos de cuidados continuados.

- c. A qualidade da prestação dos cuidados decorrente da articulação entre as diferentes instituições que actuam na comunidade.

4.3.5. Caracterização da situação da saúde no concelho

Um aspecto realçado pelos participantes de um dos *focus groups* foi o facto de, pela primeira vez, se ter realizado uma caracterização da situação de saúde no concelho, no âmbito do trabalho da Rede Social, nomeadamente, com um levantamento de necessidades de intervenção social.

4.4. Articulação entre o CS e as RS: áreas difíceis

Foram identificados vários exemplos de dificuldades na articulação entre as instituições das RS representadas nos *focus groups* e os CS.

4.4.1. Relação CS – saúde mental

Vários participantes referiram dificuldades no trabalho desenvolvido na área da saúde mental, nomeadamente ao nível da articulação da equipa de saúde mental com o CS, tempo de espera prolongado, inexistência de visitas domiciliárias pelo CS, falta de sensibilidade dos profissionais de saúde (incluindo os médicos de família) para a doença mental, dificuldade de compreensão do sistema de referenciação (por parte dos utentes e dos próprios profissionais da RS).

“A saúde mental é uma das maiores dificuldades que tem o centro de saúde”;

“Existe uma grande dificuldade em articular com a equipa de saúde mental daqui do concelho”;

“Eu a nível profissional gostava de referir um mau aspecto que é a falta de sensibilidade para com pessoas com deficiência mental... nem sequer olham para o utente...”

A este nível, alguns participantes reclamam uma atitude pró-activa do CS em termos de trabalho comunitário na área da saúde mental.

“Muitas vezes nós, enquanto instituição, temos que telefonar, contactar, sermos nós a passar a informação e quando de facto apanhamos bons profissionais que compreendem e que nos dão feedback, tudo bem, quando não temos isto, é complicadíssimo.

(Moderador) – Está a passar a ideia de alguma passividade do centro de saúde...

Muitas vezes sim, muitas vezes sim...”

Foi adiantada uma sugestão para melhorar a forma de articulação com o CS, a nível da saúde mental: haver a possibilidade de o médico do CAT referenciar para a equipa de saúde mental, sem ser necessário passar pelo médico de família.

4.4.2. Relação CS – cuidados com idosos

A situação descrita ao nível dos cuidados com a população idosa é comparável à analisada anteriormente (relativa à saúde mental).

“A nível profissional não acontece nada disso, os idosos precisam de uma consulta: é o caos... na verdade os CS não são minimamente uma resposta ao problema dos idosos.”

“Há falta de sensibilidade dos médicos para a doença mental, é um bocadinho semelhante com os idosos.”

“Eu acho que eles [os médicos] desconhecem um bocadinho o que é a realidade de ser idoso.”

Foi sugerido que *“a relação entre o idoso e o médico poderia ser mais cuidada. Mais próxima...”*

4.4.3. Relação CS – cuidados continuados

De referir que o concelho aqui em questão está dividido em termos de actuação ao nível dos cuidados continuados, dando origem a realidades distintas – uma das zonas funciona bem e na outra zona detectam-se problemas de funcionamento deste trabalho em rede. A explicação avançada pelos participantes para estas diferenças de actuação e de resultados obtidos nas duas zonas do concelho reside nas “pessoas”. Mais uma vez se constata a importância atribuída ao elemento humano para a satisfação ou insatisfação numa determinada área de actuação do Centro de Saúde.

“O que é certo é que eu estive nas duas equipas, vi que cá em baixo funcionava bem e a nossa instituição está na área lá de cima e que não funcionava.”

“Não sei, tem a ver, se calhar, com as pessoas que estão à frente do projecto.”

4.4.4. Relação CS – “Projecto de apoio a grávidas e mães adolescentes”

Este último exemplo é bastante particular, mas serve de reforço à importância atribuída mais uma vez ao factor humano, às “pessoas” que estão envolvidas nas diferentes redes de trabalho e ao tipo de relacionamento interpessoal e interinstitucional que se consegue estabelecer.

“Tem a ver com aquilo que as colegas já disseram, tem a ver um pouco com as pessoas que estão à frente... e que se calhar se interessam e que estão preocupadas na parte social.”

Neste exemplo foi também feita referência à necessidade de haver uma atitude pró-activa por parte do CS.

“Porque eu acho que na saúde trabalham muito isolados... é o que a colega disse, temos de ser nós que andamos atrás deles, não é?”

4.4.5. Reclamações no gabinete do utente

Um dos aspectos mais focados prendeu-se com a descrição dos tipos de reclamação que chegam ao gabinete do utente, relacionadas com o serviço de atendimento de urgências que, segundo alguns participantes, resulta da falta de resposta ao nível dos cuidados de saúde primários (isto é, pelo CS).

“Porquê? Porque os cuidados de saúde primários, não dão respostas adequadas... e depois o que é que fazem? Canalizam os utentes para serviços de emergência dos hospitais.”

4.4.6. Experiência negativa após reclamação

Interessa a este propósito incluir um relato de experiência com uma reclamação (e resposta à mesma), feita por um profissional de uma instituição.

“Nós aqui há cerca de uns 3 anos fomos acompanhar uma pessoa ao centro de saúde ‘X’, e as coisas não correram bem. Então, a funcionária que lá estava ajudou a expor a situação. Para ter ideia do que aconteceu: o director do centro de saúde ficou ofendidíssimo com a instituição, telefonou, mandou cartas, e durante algum tempo em que os funcionários iam lá para acompanhar alguém, fazia referência à situação. Quer dizer, nós ficámos com muito pouca vontade de fazer novamente uma queixa do que quer que seja.”

4.4.7. Dificuldade de acesso a informação sobre indicadores de saúde

Foram referidas muitas dificuldades no acesso a informação existente no CS, nomeadamente no contexto do trabalho de preparação da Rede Social.

“Ao nível do trabalho da Rede Social, por acaso a temática da saúde foi aquela... que mais dificuldade tivemos de trabalhar para diagnóstico.”

De referir que as razões apontadas para as dificuldades sentidas se situam ao nível da obtenção da informação. Mais uma vez, a justificação se centra no papel dos “contactos informais” para o sucesso ou insucesso da acção estabelecida em parceria com as diversas instituições, nomeadamente, com a saúde.

4.4.8. Desconhecimento da capacidade instalada no CS e das parcerias já existentes

Foram ainda mencionadas as dificuldades sentidas pelos profissionais a trabalhar nas RS em obter conhecimento, por um lado, do tipo de oferta de serviços por parte do CS e, por outro lado, do tipo de parcerias já existentes entre o CS e outras instituições que trabalham na comunidade – este conhecimento permitiria otimizar aquilo que são os diferentes tipos de resposta.

“Muitas vezes não se tem conhecimento daquilo que são as disponibilidades do próprio centro de saúde.”

“E [saber] no território quais são as entidades que já têm formalizada, de alguma forma, uma parceria com o centro de saúde para fazer este ou aquele tipo de [trabalho].”

5. Perspectiva de profissionais de saúde sobre o funcionamento dos centros de saúde

Oswaldo Santos

Os resultados apresentados neste capítulo resultam de dois *focus groups* direccionados para conhecer a opinião dos profissionais de saúde dos CS relativamente ao funcionamento destes. Considerou-se que seria útil esta informação já que, muitas vezes, os utentes não exprimem a sua opinião através de um procedimento escrito mas oralmente, em conversa com os profissionais de saúde com quem contactam. Considerou-se, ainda, que não se deveria desperdiçar o manancial de informação e de experiência que os profissionais de saúde acumulam ao longo dos anos sobre os CS.

Num dos *focus group* participaram 13 profissionais de saúde: 3 médicos, 5 enfermeiros, 4 administrativos e 1 assistente social. No outro participaram 5 administrativas. Na altura da recolha de dados, os CS tinham já USF em funcionamento, tendo sido convidados profissionais que integravam as mesmas.

O discurso dos profissionais foi classificado de acordo com as seguintes dimensões, subdivididas em categorias:

- organização/acessibilidade;
- relação profissional-utente;
- actual reforma dos cuidados de saúde primários;
- prioridades e propostas de mudança;
- perfil do utente.

5.1. Organização/acessibilidade

Desta dimensão fazem parte conteúdos referentes às medidas implementadas nos CS no processo de atendimento dos utentes. De um modo geral, há nos CS uma organização mais formal, com regras explícitas para o atendimento, nomeadamente no que se refere a horários para as consultas abertas e programadas, e uma organização mais informal no modo como os profissionais lidam com certos problemas postos pelos utentes, bem como na forma como estes

acedem à consulta. Por exemplo, para a renovação de receitas ou a redacção de atestados ou declarações, há muitas vezes soluções mais informais que permitem diminuir o afluxo de utentes à consulta.

5.1.1. Consulta aberta^h

Por consulta aberta entende-se, nos dois CS em estudo, um período de atendimento aos utentes sem marcação prévia, orientada para casos de alguma urgência. No entanto, o que sobressai dos *focus groups* em causa é que nem sempre assim acontece, quer devido à organização do próprio CS, quer por aspectos relacionados com a cultura do utente. As intervenções relacionadas com esta dimensão foram numerosas em ambos os *focus groups*.

Um ponto em comum nos CS é a dificuldade em gerir as listas de espera na consulta aberta. Uma questão bastante presente no *focus group* de um dos CS relaciona-se com a existência de “9000 utentes sem MF” e na solução encontrada para este problema, que foi a “*instauração de uma consulta aberta para esses utentes*”. Ora, esta solução tornou-se ela própria um problema porque, como um dos médicos participantes resume:

“Os meus [utentes] têm que vir hoje de manhã... enquanto que os outros [utentes sem MF]... podem vir à hora que lhes apetece.”

A vantagem de não terem de marcar consulta com antecedência e serem sempre atendidos no próprio dia, enquanto que os outros utentes podem ter de esperar 48 horas, conduziu à situação de haver “*muitos utentes que preferem continuar sem MF*”, tendo acontecido que “*alguns rejeitaram mesmo essa oportunidade [de ter um MF]*” quando lhes foi oferecida.

Acresce o facto de alguns utentes que têm MF, aperecebendo-se das vantagens oferecidas pela consulta aberta (nomeadamente, a de não haver limite de consultas), usufruírem também dela ainda que não estejam em situação de urgência.

Enquanto no CS descrito atrás não há limite de utentes a serem atendidos em consulta aberta (que funciona das 8h às 22h), no outro CS é afirmado que a consulta aberta funciona mal porque “*há limite de utentes a serem atendidos em consulta aberta*” (24 para cada um de dois

^h Nesta secção o termo Consulta Aberta é utilizado com referência a consultas diferentes: Consulta do Dia – período da consulta que cada MF disponibiliza para as marcações no próprio dia dos utentes inscritos na sua lista; Consulta de Intersubstituição – para atendimento quando o médico de família do utente não está presente; Consulta de Recurso – para atendimento a utentes sem MF atribuído; SAP – Serviço de Atendimento Permanente, AC – Atendimento Complementar ou similares, com atendimento por MF que não necessariamente os MF dos utentes, para situações consideradas urgentes. Decidiu-se utilizar o termo Consulta Aberta que foi o utilizado pelos participantes apesar destas discrepâncias no seu significado. É um exemplo que releva novamente a necessidade de um glossário de termos, disponível para profissionais e utentes.

médicos) e, na opinião das administrativas, não devia haver esse limite: deveria apenas haver um horário para consulta aberta como aliás já aconteceu em tempos, em que *“corria tudo lindamente”*. Segundo elas, acontece aqui o que elas designam de *“falta de espírito de equipa”* no CS porque há médicos que atendem mais rapidamente os seus 24 utentes e, ainda que estejam no horário de atendimento em consulta aberta, já não atendem mais nenhum.

De qualquer modo, se relativamente à quantidade de pessoas que frequenta a consulta aberta, foi realçado num dos CS um certo abuso que alguns utentes fazem dessa consulta, no outro CS chegou-se mesmo a dizer que a única coisa que funciona nas consultas abertas é a *“boa vontade do utente”* porque *“o utente vem aqui 2, 3 vezes para conseguir resolver uma situação... no mesmo dia.”*

Em qualquer dos *focus groups* foi referido que a consulta aberta funciona melhor nas USF. Um dos participantes afirmou que o problema das filas que normalmente se formam nos CS para a consulta aberta é evitado nas USF porque *“as primeiras consultas na unidade são as consultas programadas”*. Segundo ele, *“é curioso que as pessoas, quando se começaram a aperceber que não valia a pena virem porque não eram atendidas, deixaram de vir pura e simplesmente...”*. Por outro lado, na USF em questão há uma triagem na consulta aberta, no sentido em que os utentes são distribuídos de acordo com a situação que apresentam:

“O acesso ao MF e aos cuidados está diferenciado... temos por exemplo um médico para uma receita... um médico para um atestado... para uma consulta de urgência...”

Uma administrativa da USF referiu ainda que, em concordância com uma das críticas feitas atrás ao funcionamento da consulta aberta no CS, uma das causas para um melhor funcionamento da consulta aberta na USF é o facto de esta não estar restringida a um determinado número de vagas e funcionar em horário completo:

“Na USF vou fazendo sempre as inscrições e as fichas... e vou atendendo sempre até ao fecho.”

5.1.2. Atestados médicos e receitas.

No CS com consulta aberta todo o dia para os utentes sem MF acontece ainda que *“a grande maioria das pessoas que vai à consulta aberta fá-lo para obter um atestado médico ou porque quer um medicamento”*. Isto porque, não tendo MF, os utentes do CS em questão não têm outra via para os obter, pois nenhum médico os acompanha.

Este afluxo de utentes à consulta aberta por motivos de saúde que não são urgentes, relacionados com a renovação de medicamentos ou pedidos de atestados médicos, é causa de desmotivação para os médicos. Como um deles referiu:

“Às vezes ficava... quase deprimido, porque desde que entrava (às 8 da manhã) até às 11, se dava 5, 6 consultas já era muito bom; as pessoas chegavam e pura e simplesmente, atiravam para cima do tampo da mesa 4 ou 5 recortes de medicamentos. [Cheguei a ter] uma tendinite... não fazia outra coisa a não ser escrever quilómetros de receitas.”

É necessária uma solução para evitar que os utentes venham à consulta para renovar medicamentos ou pedir atestados e segundo um dos médicos essa solução passa pela coordenação entre o médico e o administrativo que permita ao utente deixar o seu pedido de modo a que o médico possa passar as receitas posteriormente. Segundo um dos médicos que já trabalhou nesse sistema, a solução passa por uma melhor coordenação entre médicos e administrativos:

“Receituário, pedido de exames complementares, de credenciais para isto e para aquilo... as pessoas passavam, diziam o que queriam, deixavam, marcavam consulta. Eu chegava inclusivamente a fazer muito desse trabalho de casa nos SAP ou levava para casa... eu geria o meu horário, e isso fazia com que eu tivesse uma consulta muito mais calma... não tinha essas 10 ou 12 pessoas à porta, era a funcionária que as atendia.”

Uma solução semelhante, e que permite reduzir o afluxo de utentes às consultas, foi, aliás, implementada numa USF. Segundo um dos participantes *“a USF encontrou uma solução”* que, aparentemente, funciona bem e que, mais uma vez, passa pelo envolvimento de outros profissionais que não os médicos para a diminuição do número de consultas:

“O utente... quer a renovação de receituário ou um atestado médico para ir para a nataçãõ... e partindo do princípio que o MF tem conhecimento de todo o histórico..., dirige-se ao balcão, diz o que quer e vai embora; volta 2 dias depois para pegar aquilo que quer... não precisa de estar a entupir...”

No entanto, refere que esta solução apenas resulta se não houver utentes sem médico de família, como acontece na USF, e este objectivo consegue-se aumentando os recursos humanos nos Centros de Saúde:

“Os doentes sem médico são um empecilho, são um estorvo, um obstáculo ao normal funcionamento de um CS... A resposta é fácil: é aumentar o número de profissionais.”

Ainda a propósito das listas de espera relacionadas com pedidos de atestados médicos, uma das

participantes faz uma crítica às entidades patronais e aos tribunais, aludindo a uma cultura de desconfiança na sociedade que ajuda a “*entupir consultas*” no CS:

“Uma pessoa fica doente em casa um dia... não basta a sua palavra..., tem que levar um atestado médico a comprovar; eles vêm perder tempo, a vir ao médico para constatar uma doença que até não implicava vir ao médico, que até curou em casa... mas tem que levar um comprovativo de doença para justificar a falta e este só pode ser passado por um médico.”

5.1.3. Recursos humanos

Uma das queixas mais frequentes dos participantes relaciona-se com o rácio profissionais-utentes. Num dos CS, a par de “*um número reduzidíssimo de enfermeiros*”, apenas há 4 médicos (mais outros 6 que vêm das extensões para ajudar nas consultas abertas) e “*2 administrativas para 14 horas de serviço*”. Para termos uma ideia,

“[uma médica] viu 45 doentes em 6 horas e o colega outros tantos: 90 pessoas em 6 horas por 2 médicos.”

De novo, foi referido que “*o problema que necessita de solução é, realmente, dar cobertura aos utentes que não têm médico*”.

A falta de recursos humanos foi também ilustrada pela necessidade de os administrativos fazerem demasiadas tarefas diferentes. Este desdobrar de actividades, na perspectiva das administrativas, tem como efeito a diminuição da produtividade e o aumento das dificuldades na relação com os utentes. Mais concretamente, foi referido que a mesma administrativa atende os utentes e os telefonemas, e ainda tem de ir buscar os processos dos utentes que vão à consulta aberta (que estão noutro piso) – o que aliás representa um outro problema, relacionado com a organização ou características do espaço:

“Já sei que o processo não está tirado porque a pessoa chegou na hora e aí vou eu dizer à fila... ‘só um bocadinho que eu já volto’...”

No mesmo CS, e a propósito da falta de recursos humanos, uma administrativa refere que, embora haja directivas no sentido de privilegiar as marcações de consulta por telefone, a falta de recursos humanos impede um bom funcionamento desse tipo de atendimento, além de dificultar também o atendimento no CS:

“O que nos dizem é: ‘o telefone é prioritário. marcações têm de ser feitas pelo telefone’... E já me aconteceu estar a atender uma pessoa e ela dizer assim: “não atenda! eu estou aqui há quase 2 horas... eu estou primeiro que o telefone!””

5.1.4. Triagem

Um factor apontado como tendo melhorado o afluxo de utentes da USF à consulta aberta relaciona-se com a informatização dos serviços e o envolvimento dos enfermeiros na triagem dos utentes, alargando para os adultos algo que eles já faziam no CS nas consultas de saúde infantil.

Segundo um dos participantes, enfermeiro, esta solução não só diminui as necessidades de recursos humanos (*“fica tudo registado on-line imediatamente... por isso é que, se calhar, as USF não têm auxiliares”*) como também diminui todas as demoras relacionadas, como *“levantamento do processo físico em suporte de papel”*. Refere ainda o participante que a necessidade de suporte de papel foi reduzida ao mínimo:

“Só precisamos neste momento de suporte de papel para utentes que se dirijam cá pela primeira vez... e nas situações em que precisamos de saber a história, tanto do ponto de vista médico como do ponto de vista de enfermagem...”

A propósito do envolvimento dos enfermeiros na triagem, o participante salienta que, embora tenha bons resultados no funcionamento da consulta aberta, *“os utentes não apreciam virem à consulta com um médico e serem atendidos por um enfermeiro”*.

No entanto, para o participante trata-se de *“investir um bocadinho no futuro em termos educativos”*. E nessas consultas, segundo ele, dá-se alguma atenção à educação dos utentes para que eles se habituem *“a não vir ao médico por qualquer motivo”*.

No outro CS, a triagem também foi apontada como uma solução importante para diminuir o número de utentes que vão à consulta aberta, ‘desviando’ os utentes, quando é caso disso, para as consultas programadas:

“Eu acho que isso é ainda o que funciona melhor... Por exemplo, das 8 às 8.30h, o médico faz a triagem e diz ao utente ‘olhe: o seu caso não é para ser visto hoje, não é urgente... mas venha cá tal dia’ e dá um papelinho com o dia em que autoriza marcar consulta.”

Segundo os participantes, esta prática satisfaz o utente porque *“o médico aí vê e diz*

‘é urgente; não é urgente’... faz a triagem da consulta para esse utente, e este aceita... porque o médico sabe dar-lhe a explicação do porquê de não ser urgente...’

5.1.5. Espaço físico

Para além do rácio profissionais-utentes, outra razão apontada, em ambos os *focus groups* para as dificuldades em gerir as listas de espera tem a ver com o tamanho do próprio edifício e com o facto de a população ter aumentado com o tempo. Num dos CS, por exemplo, o número de utentes quase duplicou:

“Este edifício na altura em que nós abrimos tinha 23 mil utentes. Foi muito mais fácil gerir um CS para todos com 23 mil utentes que agora com 39 mil... e a andar assim, se calhar qualquer dia tem 50 ou 60 mil...”

e no outro CS, *“o edifício, há 40 ou 40 e tal anos que foi construído, era ótimo!”*, mas também aqui o número de utentes aumentou, desactualizando o edifício para um bom funcionamento no atendimento aos utentes:

“Este edifício foi construído na altura para uma determinada população... não conseguimos esticar paredes; não conseguimos arranjar espaço.”

5.2. Relação profissional-utente

Outra dimensão presente nas reuniões diz respeito à relação entre o profissional e o utente. As intervenções dos participantes dizem respeito a duas categorias: relação administrativo-utente e relação médico-utente.

5.2.1. Administrativo-utente

Muitas vezes, segundo se afirmou, o utente chega ao médico sem reclamar depois de ter reclamado com os outros profissionais por vários motivos, mais comumente devido ao tempo de espera pela consulta ou porque não há vagas para aquele dia na consulta aberta. Ora, o funcionário administrativo é, preferencialmente, aquele que recebe as queixas e, na opinião de um dos participantes, uma boa recepção ao utente permite evitar muitos conflitos. Neste sentido, sobressaiu nestes *focus groups* a importância da formação e da selecção dos funcionários administrativos:

“Os funcionários administrativos são o rosto das instituições, têm que estar muito bem talhados e saberem exactamente o que é que dizem, quais são as regras, saber explicar aos utentes e saberem acolhê-los. Porque grande parte dos conflitos e das divergências resultam exactamente desse contacto...”

Ora, apesar de a selecção dos administrativos ter começado a ser feita recentemente, ainda há alguns que, segundo uma das participantes, *“era preferível lá não estarem”*.

Por outro lado, na perspectiva dos participantes, a formação profissional é praticamente inexistente:

“É nisso que eu bato o pé! Não há formação... não é dada formação em área nenhuma.”

5.2.2. Médico-utente

A importância da relação afectiva entre o médico e o doente foi salientada, sobretudo no contexto dos utentes que não têm MF e precisam de ver a sua situação resolvida. Segundo alguns participantes, embora esta seja uma situação que para alguns utentes é percebida como vantajosa, não existe, para esses utentes *“aquela ligação afectiva médico versus utente ou utente-profissional de saúde...”*

5.3. Actual reforma dos cuidados de saúde primários

Conclui-se de ambos os *focus groups* que os profissionais estão pouco informados sobre a reforma dos cuidados de saúde primários. As USF são a parte mais visível dessa reforma, estando os médicos mais informados sobre o seu funcionamento do que os restantes profissionais. No entanto, ainda assim, os médicos apresentam dúvidas e receios, nomeadamente no que se refere ao acautelamento do seu futuro.

5.3.1. Informação dos profissionais sobre a reforma

De um modo geral, os profissionais consideram-se mal informados sobre a reforma em curso, sendo que a informação obtida é-o por iniciativa própria, no site da Missão, ou através da comunicação social. A propósito desta Reforma, foi dito que *“os profissionais de saúde sempre tiveram um problema muito grave em termos do Ministério: é que em termos de filosofia, de ideologia e de seguimento, hoje é uma coisa, amanhã é outra, é lei sobre lei, não há um fio condutor que dê seguimento às políticas de saúde.”*

Uma participante expressou a opinião, com que outros concordaram, de que este *“problema político... não vai ser fácil de resolver”* e existe uma descrença generalizada dos profissionais de saúde relativamente às soluções políticas que acabam por os afectar, com as consequentes repercussões no atendimento ao utente.

A mesma participante, assistente social, diz ainda, a respeito da falta de informação dos profissionais sobre a reforma em curso, que não tem ideia de como serão as suas funções no futuro, apresentando dúvidas sobre como elas serão repartidas entre o CS e as USF, dúvidas essas que atribui à falta de informação veiculada pelas entidades responsáveis:

“Como é que eu vou ser colocada? Vou ficar no CS, vou dar apoio às unidades, vou 2 horas para um lado, 2 horas para aqui, 2 para ali?... Ninguém diz nada a ninguém, porque, se calhar, também ninguém sabe muito bem como é que vai ser... isso cria instabilidade nos profissionais.”

Um dos médicos que formou equipa numa USF, sente que foi uma aventura, pois estava numa situação estabilizada no CS e as informações relativas a vencimentos e horários só foram surgindo depois de integrar essa equipa:

“Houve uma reunião na Unidade de Missão e eu tive que lhes fazer as perguntas directamente, cara a cara... disseram-me e escreveram-me e tiveram que me responder concretamente a perguntas: continuo a pertencer ao CS de ‘X’? Continuo a ter uma carreira? Continuo a estar numa determinada posição nessa carreira? Continuo a ter a minha reforma daqui a uns anos? Continuo a ter direito à ADSE? Tive que procurar a resposta para estas perguntas.”

No entanto, parece haver mais informação veiculada para os médicos do que para os outros profissionais, pois os outros profissionais confessaram, com alguma exaltação, não ter sido organizada qualquer reunião para o seu esclarecimento.

No outro CS, uma administrativa chegou a afirmar que, fora o facto de as USF estarem relacionadas com a reforma actual, pouco mais sabem. Segundo ela,

“Nós só sabemos das coisas quando chegam cá... quando sabemos, já estamos em cima do acontecimento.”

Outro aspecto importante que ressaltou relativamente à Reforma é o de que o acesso à formação relativamente à informatização dos cuidados de enfermagem tem sido assimétrico, sendo que os enfermeiros das USF foram beneficiados relativamente aos enfermeiros dos

CS, o que provocou alguma revolta nestes:

“Quando houve formação de informática, todos os enfermeiros do CS quisémos fazer formação e disseram-nos: ‘sim senhora, vai toda a gente... mas primeiro vão os que vão integrar a Unidade’. Aí revoltou-nos, não contra eles [os colegas de profissão], porque eu acho que toda a gente sabe que não temos nada contra eles... mas contra o sistema.”

A propósito, também as funcionárias administrativas do CS se queixam que têm menos meios informáticos no CS relativamente à USF, sentindo-se discriminadas pelo Estado:

“Sendo eu funcionária pública da saúde, sou discriminada no CS [relativamente à USF] com o mesmo trabalho e com um programa informático diferente e regalias diferentes em termos de serviço.”

Neste ponto, em que uma participante do CS que não integra a USF confessou sentir-se *“discriminada em relação à tecnologia, às condições”* os ânimos exaltaram-se, levando outra participante da USF a dizer que *“não foi a Unidade que discriminou”*. Como a primeira participante concordasse que a responsabilidade não é da Unidade mas do Estado, alguém lhe respondeu, dizendo: *“Mas quer dizer... inicialmente também na criação das USF tu dizias que te sentias discriminada por não seres convidada...”*, o que revela algum mal-estar entre os profissionais que se juntaram para formar as USF e os que não foram convidados para fazerem parte das equipas formadas.

De qualquer modo, a ideia de que existem mais regalias para as USF do que para o CS, e a sensação de injustiça com essa situação, foi confirmada por mais participantes:

“Apareceram agora as Unidades que... são pagas pelo Estado. Elas não estão a trabalhar privadamente... são espaço do Estado... porque é que eu hei-de ser discriminada porque não faço parte de uma Unidade de Saúde? Por que não hei-de ter direito a um computador com os mesmos acessos, com as mesmas regalias? Não, isso é discriminação.”

5.3.2. Comparação entre a organização dos CS e das USF

Devido à formação recente das USF e à presença nos *focus groups* de profissionais que fazem parte dessas USF juntamente com outros profissionais que não as integram, a comparação entre o funcionamento das USF e dos CS em geral esteve presente ao longo das reuniões. De um modo resumido:

- a. Na USF todos os utentes têm médico de família, ao contrário do que se passa num dos CS, em que há 9 000 utentes sem médico de família (embora este número possa não corresponder completamente à realidade porque, segundo foi dito, há muitos utentes que não utilizam o CS, pelo que é necessário actualizar os registos). A respeito disso, os participantes concordaram que *“é uma mais-valia todos terem MF”* na USF.
- b. Foi referido que na USF há uma entreaajuda maior entre os profissionais.

Os enfermeiros na USF são envolvidos na triagem e atendimento aos utentes na consulta aberta, consultando-os quando é caso disso ou dirigindo-os para a consulta médica, aberta ou programada:

“O utente neste momento, na Unidade, tem um MF e um enfermeiro de família... mesmo que ele venha para uma situação considerada não urgente, passa primeiro por nós [enfermeiros]... e nós podemos canalizá-los ou para a manhã seguinte ou para a tarde...”

Foi realçado um papel educacional neste atendimento no sentido de orientar os utentes para as melhores maneiras de usar a USF no que se refere à marcação de consultas, ao mesmo tempo que se lhe presta o serviço que eles procuram:

“O atendimento [pelo enfermeiro] não é só triagem... é muito mais: vincula o utente ao profissional, que se compromete perante o sistema a dar uma resposta.”

Foi referido que uma situação semelhante não poderia acontecer no CS porque há muito menos recursos humanos. Aqui, no entanto, as opiniões dividem-se, havendo quem também afirme que a melhoria passa sobretudo por uma reorganização dos serviços e pela motivação dos profissionais.

A gestão das receitas e dos atestados médicos revela, mais uma vez, uma entreaajuda maior entre administrativos e médicos:

“[No CS] chegava a ter 15 pessoas à minha porta de manhã [para receitas e atestados], o que me cansava imenso; além dos 15 ou 20 que eu tinha para ver, havia mais esses todos a pedinchar... hoje agradeço aos administrativos e aos enfermeiros que trabalham comigo [na USF]: isso acabou... Se calhar, tenho o mesmo número de consultas na totalidade ao fim do dia, mas é um alívio...”

- c. Os profissionais da USF parecem estar mais motivados pois fizeram parte do processo desde o início, tendo escolhido as equipas em que se inseriram.

“O que é que eu tenho de gratificante aqui [na USF]? É que nós unimo-nos todos, criámos

um projecto comum e estamos todos empenhados nesse projecto.”

“A construção dos objectivos e a proposta passou pela reunião de todos, para toda a gente se envolver no projecto e ser um projecto comum... acho que isso é outra coisa que faz falta: é as pessoas estarem envolvidas nos projectos e não aceitá-los de cima para baixo, como sendo uma ordem.”

- d. É relatado um menor descontentamento por parte dos utentes da USF, que é justificado por: todos os utentes terem médico de família (e, conseqüentemente haver uma “relação afectiva” médico-utente que não existe na consulta aberta), por haver uma maior acessibilidade à consulta na USF devido a um melhor programa de marcação de consultas e, ainda, por os utentes serem atendidos rapidamente, ainda que sejam atendidos pelo enfermeiro e não pelo médico.

“Eles também ficam mais aliviados porque já foram vistos, já entraram dentro do circuito... tranquiliza-os.”

- e. Relativamente às filas que se formam para a consulta aberta, os profissionais da USF referem ter resolvido esse problema começando o dia com as consultas programadas:

“As primeiras consultas na unidade são as consultas programadas; a consulta aberta... é sempre depois das consultas programadas. Portanto, às 8 da manhã, quando abrimos, não temos filas à espera de consulta...”

- f. Segundo os participantes, na USF há um uso mais eficaz dos apoios informáticos, com interligação entre os vários tipos de profissionais, o que permite que a gestão das consultas seja feita com mais celeridade e sem a necessidade do aumento dos recursos humanos:

“A enfermagem tem tudo no computador: o utente marca para outro dia, fica marcado... todos os actos de enfermagem são registados e a triagem é escrita numa mensagem para o médico... Está tudo interligado, administrativo, enfermagem, enfim... Fica tudo registado on-line imediatamente, por isso é que, se calhar, as USF não têm auxiliares.”

Outra vantagem do registo de todas as consultas em suporte informático e que também estará relacionada com o facto de, no futuro, não serem necessários tantos recursos humanos tem a ver com o suporte em papel. Segundo um dos participantes,

“Em termos de levantamento do processo físico em suporte de papel, acho que vai deixar de existir...”

No entanto, como também foi referido, este bom funcionamento a nível informático deve-se ao empenho dos próprios profissionais para construir o novo sistema informático, não havendo quaisquer ajudas externas, nomeadamente de supervisão:

“Não há ninguém do ponto de vista da enfermagem que nos supervisione para dizer se estamos ou não no caminho certo... talvez nos estejamos a dispersar um bocadinho por excesso de informação neste momento, ao tentar abranger tudo... embora para nós seja uma mais-valia, porque é construído por nós, estamos nós a construí-lo desde o início, o que é um esforço suplementar.”

g. De um modo geral, e embora apenas existam há alguns meses, a satisfação profissional é maior nas USF. Esta satisfação está relacionada com:

- Uma maior entreaajuda, o que permite que, embora se possa trabalhar mais horas, se trabalhe a um ritmo menos intenso e, portanto, mais gratificante porque permite ao médico ter mais controlo sobre as suas consultas:

“Quando não fazia parte da USF, trabalhava de certeza menos horas... mas tinha um trabalho muito mais intenso e que me satisfazia muito menos... porque saía muitas vezes da consulta um bocado confuso e sem saber muito bem o que é que tinha feito... a pressão era tanta e de tantos lados que eu saía um bocado desorientado. Agora não, é tudo muito mais planeado, é tudo muito mais controlado... mantenho mais controlo.”

- Por outro lado, os profissionais da USF sentem que trabalham para objectivos que eles próprios construíram. Como diz um dos profissionais que não integram USF:

“Vocês na Unidade têm objectivos concretos que é o que nos falta a nós... se calhar acabamos por nos acomodar um bocadinho e não construímos os nossos próprios objectivos... e estamos à espera de mais alguma coisa e a nossa satisfação se calhar não é tão grande.”

- Segundo uma administrativa, há também nas USF uma política de prémios pelo desempenho, o que funciona como um incentivo importante para o esforço de todos os profissionais:

“Portanto, não é de admirar que aquilo até funcione bem. É por objectivos e por etapas ‘fiz este x, tenho x’... para médicos, administrativos e enfermeiros...”

h. Como já vimos, um aspecto negativo apontado pelos profissionais da USF relaciona-se com a falta de informação que existe sobre as regalias sociais quando se vai trabalhar para a USF:

“Eu vivi muito essa fase [de insegurança, quando fui trabalhar para a USF] e perdi muitas noites de sono por causa disso... [antes de integrar uma USF] tinha muitas dúvidas e essas dúvidas foram sendo respondidas: não sabia se continuava a ser funcionário do Estado, não sabia se continuava a ter o mesmo vínculo à função pública, não sabia se continuava a estar localizado em termos profissionais no mesmo local de trabalho... tive essas dúvidas todas e tive muita dificuldade em que essas resposta surgissem.”

Por outro lado, como vimos anteriormente, os administrativos referiram alguma discriminação entre os profissionais que integram a USF e os que não a integram, no que concerne a apoios informáticos:

“Há quanto tempo é que nós levamos com os chassos que já cá estão?... que primeiro que a impressora arranque estou ali meia hora para ela me mandar um ofício cá para fora?”

- i. Um aspecto interessante na comparação entre o funcionamento das USF e dos CS em geral foi referido por uma administrativa. Segundo ela, as USF são, na prática, um nome novo para algo que já existia antes. Na sua opinião, o espírito de equipa e a filosofia de trabalho que caracteriza as USF já existiu nos CS e foi-se perdendo com o tempo:

“Era o que nós tínhamos! Exactamente. Trabalhávamos em equipa! Quando [os utentes] vinham para aqui, a gente já sabia a doença deles... nós não tínhamos problemas com as pessoas porque havia já até uma amizade.”

5.4. Prioridades e propostas de mudança

De acordo com a grande preocupação que norteou os *focus group*, uma das prioridades para os profissionais é a reformulação do programa de marcação de consultas. Segundo alguns, este problema só se resolve com o aumento de profissionais mas há quem defenda que isso apenas não basta, vincando a importância de reorganização do atendimento aos utentes:

“Não ponho dúvida nenhuma que o aumento de profissionais é imprescindível... mas eu acho que passa muito pela definição de regras e de organização do serviço.”

Além da necessidade de haver uma reorganização dos serviços, é imprescindível que os profissionais estejam motivados:

“Para ter uma mudança, temos que ter vontade... sem vontade de mudar e de se reorganizar não merece a pena.”

Como vimos atrás, esta motivação é referida pelos profissionais integrados nas USF, que a atribuem ao sentimento de fazerem parte de um projecto e de participarem na definição dos objectivos do mesmo.

Outra proposta, relacionada com a diminuição dos utentes que vão sobretudo à consulta aberta e que, como já foi referido, está a ser implementada na USF, tem a ver com a reeducação dos utentes no sentido de que não esteja tão banalizado o recurso ao médico por qualquer motivo e que o CS seja visto como um local de orientação dada, não só pelo médico, mas também por outros profissionais e/ou por telefone:

“Eu penso que era de alguma forma necessário... e que estamos a fazer isso na USF... pelo menos estamos a tentar dar-lhes resposta... não precisa de ser atendimento médico; precisam de ter orientação... eles podem telefonar e dizer ‘eu estou com febre, estou doente, o que é que eu faço?’... tem que ter resposta mas não precisa de ser necessariamente uma consulta médica.”

Outra proposta de mudança tem a ver com a necessidade de as consultas de psicologia serem integradas no funcionamento regular dos CS. Na opinião de uma das participantes, cada vez há mais famílias a necessitarem de apoio psicológico e que procuram ajuda:

“Às vezes procuram-nos e nós não conseguimos dar... cobertura porque nem sempre temos psicólogo.”

Também as consultas de estomatologia, embora existam, não são as suficientes para as necessidades dos utentes:

“Nós também temos cá uma médica estomatologista... mas que não consegue dar resposta a todas as situações... e depois temos umas bocas que todos sabemos que não são as melhores.”

Outro aspecto que foi salientado diz respeito à formação e à selecção de todos os profissionais, consideradas como sendo prioritárias, de modo a garantir que os profissionais não só tenham competências relacionais necessárias para o contacto com os utentes como também se integrem no CS, compreendendo as suas funções e objectivos:

“Pessoas vocacionadas para trabalhar com doentes, saberem exactamente o que é que

vão fazer, saberem qual é o espírito, saberem quais são as funções e os objectivos da instituição.”

A propósito desta integração dos profissionais no CS, um dos participantes fez uma crítica às constantes substituições que ocorrem, com a partida de profissionais com que se estabelecem laços e relativamente aos quais se criam expectativas. As consequências negativas não se situam apenas a nível pessoal, mas também a nível dos projectos e do próprio relacionamento com os utentes:

“É muito difícil ter projectos e levar os projectos a bom porto se as pessoas estão constantemente em mudança... porque depois há expectativas que não se cumprem, tanto a nível pessoal, como a nível profissional... não se criam laços, não se criam relações... nem para os utentes... hoje já aqui está uma cara nova, aquela já foi embora... acho que é desgastante para todos em termos de processo.”

Outro aspecto a modificar no futuro é apontado por uma profissional administrativa. Segundo ela, um maior investimento dos médicos no CS é necessário para o seu bom funcionamento e, para tal, há que cumprir horários e trabalhar em exclusividade. Seria necessário que houvesse, no entanto, as devidas compensações financeiras:

“Na parte médica, ou optavam por trabalhar para o centro de saúde ou optavam por ter consultório [particular]... é impossível, como nós sabemos..., o dia tinha que ter 48 horas para fazer tudo. Portanto, a pessoa ou está num lado ou está no outro... Mas também dava incentivos para a pessoa lá poder estar... não era receber o que recebe agora.”

Por fim, um outro aspecto a melhorar é o esclarecimento que se dá aos próprios profissionais sobre o seu futuro, sobretudo no âmbito da nova reforma. Especificamente no que se refere à formação das USF, não só os profissionais que as integram apresentam dúvidas, como vimos atrás, mas também os que não pertencem a nenhuma USF:

“Eu não sei qual é o meu futuro não fazendo parte de uma Unidade de Saúde... mas os meus colegas que fazem parte de uma Unidade de Saúde estão iguais... eles não ganham mais por trabalharem numa Unidade de Saúde. Podem ter mais satisfação em termos de trabalho... porque em termos de vencimento, eu acho que as dúvidas continuam a ser as mesmas... Portanto a insatisfação, a insegurança, o não saber como é que é no mês que vem...”

5.5. Perfil do utente

Em ambos os CS sobressairam declarações relativas aos comportamentos e atitudes dos utentes. Num deles, foi salientada sobretudo a paciência dos utentes para com o mau funcionamento do CS, devido à falta de recursos humanos e materiais (sobretudo devido à inadequação dos edifícios). Por outro lado, no CS com milhares de utentes sem MF, salientou-se uma certa cultura do utente que o leva a abusar da consulta aberta.

5.5.1. Nível de exigência

Vimos, no *focus group* relativo a um dos CS, que muitos utentes com MF têm por hábito ir à consulta aberta destinada aos utentes sem MF:

“Entendem [a consulta aberta] como sendo um espaço aberto a que vão, à hora que lhes dá mais jeito, e tentam não ir para o programa de marcação de consultas.”

Como disse a assistente social deste CS, chegam ao gabinete do utente muitas reclamações porque, de algum modo, a possibilidade de aceder à consulta aberta sem quaisquer limitações de horário e/ou tipo de queixa, é vista por esses utentes como um direito seu e, quando lhes é rejeitado esse direito, sendo encaminhados para a consulta programada, reclamam.

Um caso curioso resultante desta facilidade que os utentes sem MF têm em aceder às consultas é que muitos destes utentes rejeitam a atribuição de um, rejeição esta que, pelo que transpareceu na reunião, é aceite pelo CS:

“Esses da consulta aberta, que estão habituados a não terem grandes regras... podem vir quando querem... e se lhes oferecem MF nem todos querem porque isso vai-lhes impor... um horário de atendimento...”

Chega mesmo a acontecer que utentes com médico de família, por algum processo que não ficou esclarecido, prescindem de ter MF para aceder mais facilmente à consulta aberta:

“Temos... utentes sem médico por opção... E há alguns que saíram dos ficheiros médicos para ficar mesmo sem MF.”

Segundo uma administrativa, os utentes estão cada vez mais exigentes em termos de tempos de espera pela consulta, chegando mesmo a ser agressivos, sobretudo com o pessoal não médico:

“Os doentes estão cada vez mais exigentes..., querem sempre tudo na hora e já... Alguns são mal-educados connosco [administrativos]... mas quando chegam ao médico já não estão tão agressivos.”

Para esta administrativa, o nível de exigência por parte dos utentes tem aumentado à medida que o funcionamento do CS melhora. Mais uma vez, os utentes demonstram apreciar a possibilidade de poder aceder à consulta aberta, sem restrições de horários:

“Quanto mais nós oferecemos, mais eles exigem de nós. Quando não tinham médico, queriam ter médico e queriam ser atendidos; neste momento têm médico e mesmo agora estão insatisfeitos, porque já não podem vir a qualquer hora e têm que cumprir um horário de um médico...”

Mesmo na USF, onde não há utentes sem médico de família, há algum descontentamento porque os utentes não são logo atendidos no período de consulta aberta, tendo de passar pela triagem dos enfermeiros:

“Os utentes têm que aguardar, até porque é sempre feita uma triagem pela parte da equipa de enfermagem... mas eles não entendem essa parte: querem ser logo atendidos.”

Numa alusão à falta de recursos humanos, foi referido, no entanto, por um dos participantes, que estas atitudes e comportamentos do utente acontecem porque, por responsabilidade do CS, os utentes estão mal informados sobre o funcionamento do CS e os seus direitos e deveres. Isto porque quando eles vão marcar consulta, os administrativos não têm tempo para fazer o acolhimento devido por causa da extensão das filas de espera para o atendimento:

“Os utentes aceitam, só que os funcionários..., têm uma bicha e têm que dizer ao utente ali assim (...), portanto a falta de acolhimento, começa por aí...”

É de salientar, no entanto, que noutra *focus group*, apenas com administrativas, e talvez devido à percepção destas de que o próprio CS não cumpria com o minimamente exigível em termos de atendimento aos utentes, foi considerada como louvável a *“boa-vontade”* dos utentes para aceitarem as condições existentes. Esta boa-vontade também foi atribuída a aspectos de índole mais regional.

5.5.2. Frequência do CS por parte do utente

Há a ideia, relacionada com o grau de exigência do utente, de que, contrariamente ao que acontecia antigamente, este tem a percepção de que a saúde é um direito. Um efeito colateral desta

percepção é a de que o utente, por vezes, exacerba esse direito e envereda pelo consumismo dos serviços disponibilizados nos CS, perturbando-os:

“Como as pessoas têm direito... têm a acessibilidade... há que a usar! E então banaliza-se muito...”

Foi proposto que, perante esta situação, e embora seja importante atender sempre os utentes, urge a necessidade, como parece estar a acontecer na USF, de os reeducar no sentido de não terem que ser atendidos necessariamente pelo médico quando vão ao CS.

Esta reeducação passa também por o utente se consciencializar de que não tem apenas direitos relativamente ao CS, mas também deveres. Nomeadamente o utente é responsável pela sua própria saúde, tendo o dever de informar o médico sobre o seu quadro clínico se por qualquer motivo ele não tiver acesso ao mesmo (sobretudo em consulta aberta). Por outro lado, também deve *“ter noções exactas dos objectivos dos serviços de saúde... porque, aos utentes, também lhes falta a noção de que ao ir para ali sem estar com o quadro clínico com que deve ir, está a tapar o outro que está doente... portanto há aqui como que um egoísmo... se calhar inconsciente.”*

Os meios de comunicação social foram referidos também como sendo potenciadores de pânico entre os utentes e responsáveis pelo abuso do CS:

“Os problemas de saúde são um bocado majorados pelos meios de comunicação... e as pessoas entram um bocado em pânico e pensam que uma coisa que é banal, nomeadamente as infecções respiratórias, podem vir a ser uma coisa muito grave.”

5.5.3. Procura de informação por parte do utente

O facto de os utentes estarem mal informados sobre o funcionamento do CS também foi atribuído a algum *“egoísmo”* no sentido de as pessoas só pensarem nos seus direitos e não quererem saber do funcionamento das instituições que os servem. Nomeadamente, foi referido que as informações afixadas não têm a atenção necessária por parte dos utentes:

“Está tudo afixado... às vezes chegam os utentes dentro dos consultórios e não sabem de nada, não sabem, mas eu penso que é por inércia; não é propriamente porque os meios não estejam ao dispor... é mais fácil sentarem-se ali e esperarem do que informarem-se.”

5.5.4. *Feedback* dado pelo utente sobre o funcionamento do CS

Algo que foi apontado como cultural é o facto de os utentes apresentarem reclamações (a maior parte relacionada com o tempo de espera e o não serem atendidos no próprio dia) mas ser muito raro o elogio. Conforme um dos participantes assinala, aqui também há uma atitude passiva do próprio CS, que podia pedir a opinião dos utentes sobre o que está bem no seu funcionamento, de modo a manter algumas práticas que vão de encontro às necessidades dos utentes:

“Se nós dizemos ao utente para reclamar, para melhorar o funcionamento do serviço, podemos dizer ‘olhe: diga-nos o que é que encontrou de bom que é para nós podermos realçar isso’.”

Apesar de tudo há elogios, relacionados sobretudo com a área relacional, pelo que se pode concluir que, de facto, como anteriormente se referiu, o estabelecimento da relação é muito importante para minorar os problemas de atendimento. Curiosamente, sobretudo porque é mais raro haver reclamações sobre os médicos e porque os funcionários administrativos são os primeiros a ouvir as reclamações dos utentes, no CS em causa a quantidade de elogios é maior para os funcionários administrativos. Só depois vêm os elogios aos médicos e aos enfermeiros. Para a participante que referiu estes resultados, há uma explicação para que assim seja, relacionada com a primazia do contacto entre o cliente e o profissional:

“O que eles elogiam mais é a parte administrativa... depois são os médicos e depois os enfermeiros... o que é natural: o administrativo porque é o primeiro contacto, o segundo a parte do médico e em terceiro fica a parte de enfermagem... embora seja um prestador directo, já não é a quem se dirigem em primeiro lugar.”

6. Perspectiva de profissionais da comunicação social sobre o funcionamento dos centros de saúde

Ana Rita Antunes e Osvaldo Santos

Este capítulo resume a análise de conteúdo relativa ao *focus group* com profissionais de comunicação social. Apesar de serem apenas três participantes, o facto de serem jornalistas especializados na área da saúde, com um conhecimento profundo sobre o contexto histórico-político dos cuidados de saúde primários em Portugal e sobre a reforma em curso, garantiu a riqueza e heurística nos conteúdos recolhidos.

O guião preparado para este *focus group* (em anexo) pouco diferia do utilizado com os elementos das RS ou com o preparado para os *focus groups* com utentes. Contudo, o discurso resultante foi substancialmente distinto do dos demais *focus groups*, situando-se a um nível de análise mais global e numa perspectiva crítica da reforma e dos contornos da sua implementação. A reflexão foi mais centrada no processo de reforma em curso e não tanto no impacto da mesma na satisfação dos utentes ou dos profissionais. Assim, os resultados da análise de conteúdo aqui resumidos são essencialmente sobre a reforma e sobre os contextos históricos e actuais da mesma. É um olhar sobre o passado e o presente.

O discurso dos participantes pode ser estruturado nas seguintes categorias de análise:

- caracterização dos CS/CSP;
- avaliação dos CS/CSP;
- satisfação dos utentes;
- a reforma actual;
- linhas-mestras alternativas da reforma.

6.1. Caracterização dos CS/CSP

6.1.1. A história dos CSP em Portugal

Os participantes propuseram iniciar o *focus-group* com o enquadramento da reforma em curso através do percurso histórico dos CSP em Portugal. A este propósito, os participantes conside-

ram que a actual reforma não surge por acaso, mas sim no culminar de um percurso marcado por vários acontecimentos importantes e por algumas tentativas de mudança que, por um ou outro motivo, não encontraram, até agora, as condições necessárias para serem implementadas.

Assim, foram referidos alguns marcos importantes neste percurso histórico dos CSP:

1971 Criação dos CS de 1.^a geração – *“Este enquadramento histórico é marcado por rupturas ou por tentativas de ruptura; temos uma ruptura em relação ao sistema que não é propriamente uma ruptura... é quase um nascimento, em 71, com o surgimento dos CS.”*

1975 Serviço médico à periferia – *“Há um momento histórico, pós 25 de Abril, em que nós começámos a ter os médicos a ir aos sítios, os médicos faziam serviço à periferia.”*

1982 Criação dos CS de 2.^a geração e criação da carreira de clínica geral – *“Depois temos um novo enquadramento dos CSP, já na perspectiva da organização profissional, com o surgimento das carreiras médicas em 82... a partir do momento do nascimento das carreiras médicas, temos várias tentativas de fugir um pouco àquele esquema burocrático herdado do tempo das Caixas.”*

1996 Surgimento do Projecto Alfa – *“Temos as tentativas dos Alfas, já na década de 90.”*

1998 Aprovação do RRE – *“Já em 98, a criação do 117/98 de 5 de Maio que institui o RRE... que visava uma ruptura idêntica ou muito semelhante à que se pretende hoje com a constituição de USF.”*

1999 Legislação dos CS de 3.^a geração – *“Temos umas tentativas legislativas para novas reformas... toda aquela legislação que existia no 157/99 e que criava os CS de 3.^a geração.”*

2003 Legislação da rede de CSP - *“Depois há uma outra tentativa, que já não se pode dizer de revolução... que era então o modelo misto... que pretendia que se centrasse no modelo de cooperativa médica, mas que evoluiria para uma forte componente privada.”*

É também veiculada a ideia de que, com todo este percurso histórico, Portugal teve uma evolução muito aceitável no que se refere aos CSP.

“As ideias [de saúde] que existem a nível internacional, do que devem ser os CSP... temos sempre aquela ideia de que os países nórdicos estão mais à frente do que nós e que os outros são melhores. Não, nós temos um historial de CSP e de definições do que são CSP... já temos o conceito de CSP há mais de 15 anos... há países europeus que nem sequer...”

6.1.2. O conceito de CS em Portugal

No seguimento deste enquadramento histórico, foi levantada outra questão relacionada com o conceito de CS. Os participantes consideraram difícil, neste momento, definir o que é um CS-tipo – não existe um CS mas muitos CS.

“É um bocado difícil falar de CS como um conceito em si... como sendo algo unitário... não há CS globais.”

“Um CS é uma organização administrativa que pretende organizar a forma como são prestados os CSP numa determinada zona. O CS existe enquanto conceito... mas depois, dentro dele, há de facto uma miríade de coisas.”

“A minha dúvida vai mais longe... tenho dúvidas de que neste momento se possa, olhando para os CS portugueses, definir, enquadrar os CS portugueses num conceito estável.”

Segundo os participantes, esta diversidade resulta do facto de os CS terem vindo progressivamente a adaptar-se, na medida do possível, tanto às políticas como às realidades locais.

“[O percurso político] teve obviamente reflexos... a forma como as pessoas se adaptaram e também a forma como as populações os obrigaram a adaptar-se em função da realidade concreta em si... os CS foram-se adaptando às condições locais de uma forma bastante elástica.”

6.1.3. Razões de insucesso das tentativas de mudança anteriores

Foram identificadas razões de cariz essencialmente político para o insucesso das tentativas anteriores de reforma.

“Os CS foram criados e o trabalho teve resultados indiscutíveis. Do ponto de vista histórico, não se pode passar por cima disso... têm conjugação com a mudança sociológica que houve em Portugal... depois enquistaram... depois houve reformas que tentaram desenquistar... e aumentar a funcionalidade dos mesmos... algumas delas [reformas] não saíram do papel...”

“No passado tínhamos a legislação aprovada pelo Governo, aprovada na Assembleia da República... mas no terreno era boicotada por toda a gente: pela ARS, pela Secretaria de Estado... pelo Director do CS que tinha medo de perder o cargo de poder...”

6.2. Avaliação dos CS/CSP

Quando questionados sobre o que funciona bem e o que funciona mal nos CS, foram identificados alguns aspectos positivos e negativos dos CS, bem como áreas de sucesso e insucesso de acção dos mesmos.

6.2.1. Aspectos positivos e áreas efectivas dos CS/CSP

Os participantes consideram que *“as coisas funcionam, de uma forma geral, bem”*. Destacam a existência de CS que devem ser encarados como ilhas de excelência, nomeadamente em termos de acessibilidade.

“Creio que ficou claro para toda a gente, muito recentemente, que os CS cristalizaram em várias das suas componentes... De qualquer modo, acho que há ilhas de excelência, quer do ponto de vista da prática médica quer do ponto de vista da prática de aproximação ao cidadão... mas são ilhas... por exemplo na acessibilidade”

Contudo, e apesar da capacidade de adaptação dos CS à realidade de cada local ser um aspecto encarado pelos participantes como positivo, nem todos os CS se distinguem pela positiva.

“Se nós formos colocar nos diferentes patamares de classificação a multiplicidade de modelos que temos nos CS, vemos (em cada um destes patamares) exemplos de excelência e exemplos do que não deve acontecer.”

Já em termos de efectividade de cuidados, a área da saúde materno-infantil é considerada como a de maior sucesso dos CSP em Portugal, resultando em indicadores de saúde que nos deixam bem posicionados em termos internacionais.

“A criação dos CS, integrada com outras medidas teve aquele efeito espantoso do ponto de vista dos outputs de saúde... modificaram completamente o padrão, a mortalidade materna, a mortalidade infantil, a mortalidade perinatal... houve uma evolução extraordinária do ponto de vista prático.”

“Há uma coisa que posso aferir dos resultados: é que... nós estamos muito bem numa série de indicadores, melhor até que muitos países. O que nos leva a supor que as coisas funcionam bem de uma forma geral.”

“Temos uma cobertura vacinal que é paradigmática.”

6.2.2. Evoluções negativas e áreas não efectivas dos CS/CSP

Os participantes consideram que a constante necessidade de adaptação dos CS e o facto de as estruturas administrativas acima destes serem muito burocráticas, fez com que também eles se burocratizassem e por vezes cristalizassem no seu modo de funcionamento.

“Os CS cristalizaram em várias das suas componentes, burocratizaram-se, tornaram-se “funcionalismo público”, com pouco sentido de ligação ao utente em muitas das componentes... com algumas soluções discutíveis como os famosos SAP... que eram uma forma de dar acessibilidade ao cidadão sem que de alguma forma se modificassem aqueles horários muito rígidos que muitos dos CS praticam.”

“As famosas sub-regiões ficaram carapaças de burocracia brutais.”

“Os CS enquistaram.”

Um outro aspecto apontado como negativo foi o da organização dos serviços seguir um modelo *top-down*, resultando em falta de autonomia por parte dos CS, com consequências inevitáveis para o seu funcionamento.

“Nós temos um modelo que é centralizado, centralizador... ou seja, num CS ninguém abre a janela sem pedir autorização à ARS... ninguém faz nada, portanto não há autonomia nenhuma, e portanto não vale a pena...”

Apontam também a dificuldade dos CS em responder a questões relacionadas com os contextos sociais cada vez mais complexos das populações que servem (nomeadamente na assistência aos idosos), considerando que a este nível a capacidade de resposta dos CS é muito limitada.

“Os CS respondem muito bem em coisas padrão... Noutros casos, não conseguem responder... em relação aos velhos por exemplo, um velho que não come, que não quer sair de casa... não é possível chegar lá.”

Outra área em que os resultados alcançados não são também satisfatórios é a da educação para a saúde.

“A passar conceitos de prevenção rodoviária a crianças... não passou; as crianças morrem que nem tordos na estrada.”

6.2.3. Razões para a efectividade ou não efectividade

Quanto a possíveis explicações para a maior efectividade dos CS numa área do que noutras, são identificados o enfoque e empenho político por um lado e a adesão dos profissionais por outro.

“Porque em relação a isso [à saúde materno-infantil], foi posto a tempo peso político... de que aquilo era necessário, indispensável e relevante... criou-se uma cultura e as pessoas aderiram de uma forma massiva; aderiram às ideias e portanto os resultados do output de saúde viram-se.”

“Não é só a força política, é a força política e a evidência dos factos, a evidência científica... qualquer médico sabe que vacinando em relação a determinadas doenças o resultado é aquele... assim, a partir do momento em que há orientação e peso político para que aquilo se faça assim, faz-se.”

Foi também considerado que o sucesso de algumas medidas está relacionado com figuras marcantes e com o facto de ter sido consensual a necessidade de investimento nessas áreas.

“Personalidades como ‘X’ e outros fizeram muita força... e portanto, os Centros de Saúde implementaram.”

No entanto, segundo os participantes, para que as medidas sejam efectivas, são necessários mais factores para além de peso político:

“Pode haver decisão política... mas também é preciso haver os meios necessários... tem que haver sensibilização, tem que haver formação dos profissionais de saúde e, ao mesmo tempo, os meios necessários para eles poderem trabalhar.”

Por outro lado ainda, consideram que os utentes passaram a ter necessidades de saúde e a desenvolver padrões cada vez mais elevados de exigência, o que pode também ter tido efeitos em termos de efectividade dos cuidados prestados.

“Só a partir de certa altura é que passámos a ter doentes em Portugal; há um momento histórico, pós 25 de Abril em que nós começámos a ter os médicos a ir aos sítios: os médicos eram do serviço à periferia.”

“Portanto, as pessoas passaram a ter médico. A criança, a partir de determinada altura, não morreu por obra e graça do Espírito Santo... morreu porque o Dr. não funcionou ou porque não foi vacinada a tempo. Portanto passou a ter necessidade de ser vacinada; já não era de causas incógnitas que as crianças morriam, já não era por causa divina.”

No entanto, o mesmo sistema político conduziu a uma cultura de desresponsabilização.

“O sistema político pode fazer as tais coisas bonitas de que há pouco falámos mas também pode paralisar... Os médicos continuam a trabalhar, os enfermeiros continuam a trabalhar, mas não há nenhuma lógica de equipa, não há objectivos de equipa, não há serviço à população numa perspectiva construtiva.”

“Não há responsabilização; é sempre o outro que é responsável, nós nunca o somos.”

6.3. Satisfação dos utentes

6.3.1. Determinantes de satisfação e insatisfação

Na opinião destes participantes, dois determinantes maiores de satisfação dos utentes são a acessibilidade ao CS e a atitude pró-activa do mesmo.

“As grávidas estão contentes com o serviço de saúde mas, se formos ter com a população idosa eu duvido que estejam contentes. Porquê? Porque a grávida vai ter ao CS, vai lá ter com eles, o idoso nem sempre consegue ir ao CS.”

“O sistema não é só pró-activo em relação às grávidas, é pró-activo em relação às crianças... as pessoas notam que estão a ter atenção [nestas áreas].”

Outro determinante de satisfação está, segundo os participantes, relacionado com a percepção de necessidades de saúde satisfeitas.

“Há uma necessidade percebida pela população, necessidade essa que é satisfeita... e portanto a população naturalmente tem que estar satisfeita.”

Assim sendo, segundo os participantes, *“os mais insatisfeitos são os que não vão lá”*, e, por outro lado, os que têm em relação ao sistema, expectativas que não são preenchidas.

6.3.2. Como é que o CS pode informar os seus utentes da oferta existente

Quanto ao modo mais eficaz para ser usado pelos CS no sentido de divulgar a sua actividade e o que tem para oferecer, foram apontadas várias medidas possíveis. Um dos participantes considera que os meios de comunicação em massa são o modo mais eficaz. Já os outros participantes consideram que a melhor solução está dentro do próprio CS, que se encontra numa posição

privilegiada em relação à população que serve. Os mesmos participantes encontram na própria reforma hipóteses de mudança em termos de transmissão de informação às populações, mesmo às mais jovens (que são as que menos recorrem a estes serviços).

“Apesar de tudo, o marketing aqui é muito... de venda directa. Porque o CS está perto das pessoas... consegue falar com elas.”

Assim sendo, defendem que o modo mais eficaz de passar e divulgar informação a toda a comunidade é através de utentes satisfeitos.

“A passagem da informação boca-a-boca.”

6.4. A reforma actual

6.4.1. Caracterização e processo

No entender destes participantes, a actual reforma *“é uma ruptura total com o passado... que irá permitir ganhos em saúde”*. É também uma reforma que consideram *“bonita”* em termos de processo individual e de grupo, uma vez que depende da iniciativa individual dos profissionais.

“Há coisas que dependem de facto da iniciativa das pessoas e é por isso que esta reforma é linda, ou é bonita... agradável de pensar nela em termos globais porque... parte da iniciativa das pessoas e... depende dela... e pode ir longe.”

Entendem que esta é uma reforma que exige dos profissionais um elevado nível motivacional para que se auto-organizem e passem a funcionar em equipa, de um modo autónomo, mas também com maior nível de exigência.

“O que é que o sistema pede? Pede que as pessoas se auto-organizem e se candidatem a uma forma de funcionamento... que tem máxima autonomia em termos teóricos... O poder efectivo de decisão vai ser deslocado para as pessoas que estão na linha da frente e na relação com o cidadão... também têm muita responsabilidade... as pessoas vão ser analisadas em função dos outputs de saúde... e isso implica motivação.”

“Este tipo de coisas só se faz em equipa: prestar assistência aos cidadãos durante 24 horas por dia, ou pelo menos até às 22, aí tem que ser em equipa necessariamente. Estamos a falar de partilhar informação.”

Consideram ainda que esta é uma reforma que *“poderá [...] efectivamente melhorar a acessibilidade e melhorar os cuidados”*. Consideram também que a este maior nível de exigência deverá estar associado um novo sistema de remuneração, *“variável em função de coisas que sejam objectivamente medidas e que têm a ver com prestação.”*

6.4.2. Obstáculos à reforma

A este nível foram identificados factores de diversos tipos:

6.4.2.1. Contexto histórico

Segundo os participantes, o maior obstáculo em termos históricos tem a ver com um passado de várias tentativas de mudança falhadas e com sucessivas desilusões dos profissionais de saúde.

“As pessoas estão desconfiadas com a reforma e têm todas a razões para estar.”
“É evidente que o passado não aconselha a grandes aventuras, porque as pessoas foram enganadas... e não é só passado, nós temos boicotes activos.”

6.4.2.2. Contexto político e funcionamento da administração pública

Em termos políticos, foram identificados vários obstáculos à implementação desta reforma e que têm *“a ver com muita guerrilha interna”*. Foram elencados obstáculos governamentais, intra e extra-ministeriais, de representantes dos profissionais médicos e dos directores de CS.

“Desde o início que é evidente que há um conjunto de coisas que vão obstaculizando, algumas delas de Aparelho; as ‘X’ têm feito os impossíveis para obstaculizar, a administração pública pura e simplesmente... há 5 meses que o diabo do Decreto não é aprovado...”
“Os problemas que surgiram agora são diferentes dos problemas que surgiram no passado. Tivemos uma situação inacreditável de atraso legislativo de um documento que era essencial... um atraso incompreensível, que coloca em dúvida se de facto parte do governo tinha ou não tinha como prioridade os CSP.”
“No passado o que tínhamos era legislação aprovada pelo Governo mas que depois no terreno era boicotada por toda a gente...”
“Hoje [temos]... um boicote activo, nalguns casos terrorista.”
“Há um conjunto de obstáculos, quer psicológicos, quer sociológicos, quer de bem-estar pessoal.”

Concluem que estes obstáculos contribuem para um clima de desconfiança por parte dos profissionais, resultando em alguma hesitação na adesão à reforma. Ambiente este que é, de acordo com um dos participantes, aproveitado para fazer “*guerra psicológica*” em relação à reforma.

Também outro facto apontado pelos participantes como um possível obstáculo a esta reforma tem a ver com um sistema de CSP ainda baseado em políticas *top-down*, evidenciadas por exemplo pelo sistema de nomeação de directores de CS por “*indicação da concelhia do partido daquela área*” o que, de acordo com os participantes, diminui a motivação dos profissionais para desenvolver trabalho com base numa filosofia diferente, dado que a nomeação não está associada ao mérito do trabalho realizado.

“O director do CS é nomeado por indicação da concelhia do partido daquela área e aí meu Deus se isso não acontece.”

Também foram identificados obstáculos importantes à implementação da reforma ao nível do funcionamento da Administração Pública. Uma das questões referidas tem a ver com a diferente remuneração prevista para os profissionais da saúde de acordo com o seu desempenho, o que não está previsto no actual sistema da Administração Pública e que poderá também não ser muito bem aceite por outros profissionais da função pública.

“A questão da remuneração variável em função... da prestação, é uma coisa que, do ponto de vista da reforma administrativa em curso, vai ser colocada... mas de facto hoje em dia isso não está previsto.”

Um outro obstáculo tem a ver com políticas e decisões provenientes de governos anteriores e que agora se tornam muito difíceis de alterar, nomeadamente a necessária extinção das sub-Regiões de Saúde.

“As sub-regiões de saúde... nunca mais são extintas por uma razão muito simples: trabalham nesta altura qualquer coisa como 250 a 300 pessoas na SRS do Porto. O que é que uma reforma destas vai pedir? Vai pedir que algumas destas pessoas passem para o terreno, para a linha da frente... trabalhar com os médicos, com os enfermeiros, com os administrativos que lá estão... prestarem serviço às populações.”

6.4.2.3. Protagonistas da reforma (profissionais de saúde) e funcionamento/ organização do sistema

Foram identificados dois obstáculos de maior relevo: a idade dos MF e, por outro lado, o “*perfil*”

psicológico de base baixo [dos profissionais]”, resultante da desmotivação produzida pelas anteriores tentativas de reforma sem sucesso.

“Estamos a falar de uma reforma para velhinhos, não é? E velhinhos que foram enganados... pelos diversos governos.”

6.4.2.4. Risco de excessiva dependência da qualidade das relações interpessoais

Foi referido que o paradigma de trabalho proposto pela reforma (em contextos de USF) depende fortemente da qualidade relacional existente entre os elementos das equipas agora em formação. Se por um lado o trabalhar numa equipa com um bom “caldo afectivo” permite antever bons resultados, o sucesso da reforma está também fortemente condicionado à manutenção destas boas relações. Dito de outra forma, a proposta de organização em USF aumenta a probabilidade de conflitos inter-pares, pelo que é, segundo os participantes, necessário estar atento e prever desde já mecanismos de resolução dos conflitos internos.

“Eu conheço um exemplo... uma equipa inteirinha de amigos que foram para um determinado sítio... e neste momento há quem não fale com... e o CS disfunciona absolutamente por uma parvoíce deste género... do ponto de vista do serviço público isto não devia ter nenhum tipo de impacto, mas tem.”

6.4.2.5. Demora na implementação da reforma

Foi referido como indispensável o estabelecimento (e cumprimento) de um cronograma, embora este possa ter um lado perverso e funcionar como obstáculo quando os prazos estabelecidos não são cumpridos. Outra dificuldade antecipada tem a ver com a reestruturação, no futuro, dos CS na sua globalidade – uma vez que estamos ainda na fase inicial da reforma que consiste na criação das primeiras USF.

“A parte mais simples da reforma, os passos mais rudimentares são os que estão a ser agora dados. Criar USF não é complicado... reestruturar um CS já é mais complicado.”

6.4.3. Aspectos que favorecem a reforma

6.4.3.1. Contexto histórico

Nem tudo o que advém das tentativas passadas de reforma é negativo para os participantes. Estes alegam que ao longo das várias experiências do passado, alguns profissionais (persistentes) ganharam experiência de formas diferentes de trabalhar. Esses profissionais têm agora um papel muito importante na reforma actual, pois funcionam como referências facilitadoras e aglutinadoras para os menos habituados a organizações diferentes do trabalho, pelo que:

“tem os tais mil que ele falou que são aqueles que avançam sempre... se forem analisar a composição das USF que existem neste país eu quase que podia apostar que 90% delas têm um elemento que já pertenceu a um RRE ou que já pertenceu a um Alfa... um elemento motivador e que conseguiu convencer os outros...”

6.4.3.2. Contexto político e funcionamento da administração pública

Já em termos de contexto político, um dos factores que pode favorecer a implementação desta reforma está relacionado com a *“afirmação política”* agora existente e com os mecanismos de acompanhamento da reforma no terreno, que anulam alguns dos obstáculos que contribuíram grandemente para o insucesso das diversas tentativas que foram encetadas no passado.

“Hoje há afirmação política, está inscrito no programa do Governo...”

“As ARS não são propriamente... os obstáculos que já foram, porque agora são facilmente transponíveis...”

Por outro lado, também a postura do Governo em relação à reforma tem contribuído para o avançar das políticas iniciadas.

“O Ministro fez aprovar a lei no Conselho de Ministros... e o que é que ele faz? Faz uma conferência de imprensa de imediato a dizer que foi aprovada! O importante é que ele disse isso naquela altura, de imediato, fez questão de marcar um pouco de território para que qualquer recuo que eventualmente as finanças ou a reforma da administração pública venham impor ainda, já esteja com esta condição de partida.”

A reforma em curso na Administração Pública também é vista como um aspecto que favorece

a implementação da reforma dos CSP, uma vez que prevê sistemas de remuneração em função do desempenho e da produtividade.

“A reforma da administração pública está em curso e para todos os efeitos nela está contemplada a existência de regimes remuneratórios variáveis, em função da produtividade.”

6.4.3.3. Protagonistas da reforma e identificação com o grupo da reforma

Foi afirmado que, apesar da idade dos médicos e de todo o peso do passado, a reforma está a ter adesão, pelo menos nesta fase inicial, facto corroborado pelo número de USF aprovadas e pelo número de profissionais envolvidos.

“Para se ter uma ideia, de 98 até agora temos, e estiveram abertos os regimes remuneratórios até há pouco tempo... 20. Neste momento, temos 148 ou 149 USF, [em termos de] candidaturas e temos 54 [aprovadas].”

“O número de enfermeiros envolvidos é impressionante... a adesão que foi feita de outros profissionais, nomeadamente de administrativos, é impressionante.”

Outro factor que foi considerado como muito importante para o sucesso da reforma tem a ver com o conhecimento e a confiança dos profissionais de saúde nas pessoas que estão à frente da reforma, que a pensaram e que a estão a implementar.

“As pessoas acreditam, têm uma perspectiva de quem está a liderar a reforma...; o actual conceito de CSP foi desenhado há 10 anos pelas pessoas que estão hoje a implementar [a reforma]... são as pessoas que sempre estiveram à frente das grandes reformas... [a reforma segue] o modelo que a APMCG já defende há mais de 15 anos... o modelo que eles sempre escolheram como sendo o ideal para a prestação de CSP.”

Além disso, as pessoas que avançaram são *“malta de que as pessoas no terreno gostam”*.

6.4.3.4. Existência de um sistema de acompanhamento da reforma

O facto de esta reforma ter um sistema de acompanhamento da sua implementação no terreno permite (segundo os participantes) que sejam contornados alguns obstáculos do passado, o que aumenta a probabilidade de sucesso da mesma.

“No passado, ao contrário do que sucede hoje, não havia acompanhamento no terreno... portanto esta reforma tem possibilidade de ir em frente...”

Por outro lado, também consideram que esta é uma reforma bem pensada e que tem sido bem construída, o que a torna portanto viável.

“A reforma está a andar porque há pessoas muito credíveis que estiveram nas várias fases da reforma... e aliás, porque a reforma está a ser bem construída.”

6.4.3.5. Reconhecimento da necessidade de mudança

Um outro factor que os participantes consideram como determinante do sucesso desta reforma tem a ver com o reconhecimento da necessidade de a mesma ser levada a cabo, sendo essa necessidade sentida por pessoas com visões políticas diversas. Existe a percepção colectiva de ser importante dar um salto qualitativo em termos de CSP. Até ao momento, o modelo em vigor era suficiente mas as necessidades de saúde alteraram-se, razão pela qual o sistema de prestação de cuidados necessita também imperativamente de ser revisto.

“Esta reforma é essencial [...]”

“Agora há uma coisa que é segura:... os tipos que avançaram para isto... os primeiros 40 e os tipos das 140 candidaturas... são tipos que acham que esta reforma faz sentido... e há ali gente desde uma visão política ‘X’ a uma visão política ‘Y’.”

6.4.4. Motivações para a adesão/não adesão

Foi referido que a motivação dos profissionais para esta reforma é diferente, pela positiva, da que se terá verificado para as tentativas de reforma anteriores.

“Porque é que a reforma pode funcionar e o que é que ela tem de diferente das outras? Tem exactamente isto: as pessoas que avançaram para isto e que avancem, vão avançar motivadas, interessadas em servir bem a população.”

“Há francamente mecanismos muito variados de motivação para isto.”

São de destacar os seguintes mecanismos motivacionais, elencados pelos participantes:

6.4.4.1. Balanço de vida

“Se calhar, as pessoas ao fim dos 50 anos pensam: ok, não fiz nada de útil... vou agora fazer aqui uma coisa que vai efectivamente fazer diferença.”

“Houve uma coisa surpreendente que eu ouvi ontem: já tinha ouvido várias coisas sobre as motivações que levam um médico com mais de 51 anos a... a embarcar... e aquela foi talvez a melhor explicação que eu ouvi até hoje: foi ela dizer que foi enganada a vida toda e que agora pelo menos no fim da carreira tem a oportunidade de envelhecer melhor.”

6.4.4.2. Poder

“Também há quem queira ter poder; o poder é uma coisa que também é motivadora... poder efectivo, mandar, decidir coisas, mudar coisas... e isso também é profundamente legítimo, não tem nada de ilícito.”

6.4.4.3. Razões profissionais

“A vantagem disto é que não são razões políticas, não são razões partidárias, são razões de ordem profissional...”

6.4.4.4. Razões pessoais

“Depois há aquelas motivações pessoais, muito privadas.”

6.4.4.5. Contágio

“Mas tem os tais mil que ele falou, que são aqueles que avançam sempre e que... conseguem convencer os outros...”

6.4.5. O papel dos media na reforma

Os participantes consideram que a comunicação social pode ter um papel de grande importância na divulgação e implementação desta reforma.

“Mas há uma outra coisa que é necessário fazer: um debate intelectual sobre a necessidade de evolução dos CSP para um modelo desse tipo; falar à população através dos media”

[Co-moderador] O envolvimento da população?

“É... o envolvimento da população através dos media, explicando que a reforma é uma forma de evolução do que já há, que já teve bons resultados mas que agora vai conseguir melhores resultados... dar exemplos concretos.”

Por outro lado, referem que, em termos de processo de implementação da reforma, os media podem também funcionar como obstáculo à sua implementação (ou para que sejam criadas ideias pouco correctas sobre a mesma).

“Porque todos os dias ouvimos que [o processo de reforma] está atrasado...”

Foi também referida a existência de problemas relacionados com a falta de conhecimento dos jornalistas e dos meios de comunicação social em geral sobre a reforma e a área da saúde em geral. Segundo os participantes, estes aspectos contribuem por vezes para que seja gerado alarmismo em termos de saúde pública.

“Estou-me a lembrar daquele caso que houve com a meningite, que foi bastante empolado pela comunicação social generalista.”

“Eu compreendo a lógica da comunicação social... vai falar uma vez que há reforma em curso... e depois não vai [repetir], a não ser que haja uma meningite numa USF...”

“Estes [muitos] jornalistas não sabem o que é que se está a passar... nunca nenhum deles leu as linhas mestras da Missão... não sabem nada.”

6.5. Linhas-mestras alternativas da reforma

Os participantes foram colocados perante o seguinte desafio: *“Imaginem um cenário em que eram vocês que definiam a reforma... faziam tudo igual? Quais eram as linhas mestras desta reforma?”*

Neste cenário, os participantes parecem concordar plenamente com as actuais linhas orientadoras da reforma.

“O que conta é o processo... porque as linhas de reforma, se você for à Unidade de Missão está lá tudo...”

[Moderador] Concordam com tudo?

Sim, sim, sim, sim. Absolutamente, aquilo que ali está é o que é.”

“Não é por acaso que ela [a reforma em curso] é tão consensual...”

Mas afirmam também que *“Não permitiria nunca que avançassem demasiados grupos em pouco tempo... os grupos que estão no terreno já me parecem demais”*.

Já em termos do processo de implementação da reforma, fariam algumas coisas diferentes. Em primeiro lugar consideram *“absolutamente essencial fomentar equipas”* promovendo para tal o debate entre todos os grupos profissionais envolvidos. Estes debates, para além de promoverem a formação de equipas mais sólidas, com maior conhecimento da reforma e mais esclarecidas sobre as implicações da mesma, serviriam também para identificar, de um modo natural, líderes dos grupos profissionais.

Consideram também que a reforma em curso continua ainda *“muito centrada na figura do médico”* e que deveria ser mais explícita para os grupos profissionais não médicos.

“Em termos funcionais, está muito dirigida para os médicos. Diz como é que aquilo funciona para os médicos... para os outros grupos profissionais não é tão explícita.”

Por fim, consideram também que seria importante implicar mais a população neste processo de reforma, por serem estes quem vai sentir os efeitos das mudanças a ser implementadas.

“o envolvimento da população através dos media, explicando que a reforma é uma forma de evolução do que já há... que já teve bons resultados mas que agora vai conseguir melhores resultados.”

Quando colocados perante a questão de que tipo de reforma operariam em termos das especialidades, valências e tecnologias a ter nos CSP, um dos caminhos apontados seria a possibilidade de contratação.

“Eu estou sempre inclinado para o modelo inglês, em que daria ao CS a capacidade de contratar, tendo em conta as necessidades declaradas das várias unidades.”

Sugeriram também que seria importante haver maior flexibilidade em termos da organização de equipas.

“Por acaso há uma coisa que eu fazia diferente: dava a possibilidade de a organização não ser necessariamente esta... de poder haver outro tipo de organização, as tais cooperativas. Porque não?... Ou seja, não limitar. Na essência, a reforma prevê essa possibilidade, embora muito encaminhada para as USF como fórmula quase única... ou podia ser uma empresa, se as pessoas o entendessem.”

Mais uma vez, neste exercício esteve patente a grande preocupação com os “bastidores políticos” da reforma.

“Os bastidores políticos são essenciais... portanto, eu tinha que garantir que as coisas funcionavam para depois não ter oposição no terreno.”

“Antes de implementar, eu garantia, que os meus colegas de Governo percebessem verdadeiramente aquilo que se pretendia.”

“Apoio político para a reforma.”

1. Satisfação profissional – perspectiva dos médicos de família

André Biscaia

Estes são os resultados de dois *focus groups* dirigidos à satisfação profissional dos médicos de família – um integrando 9 médicos de família de um centro de saúde e outro 5 directores de centros de saúde, também maioritariamente médicos de família (no texto, as transcrições seguidas por um “(D)” referem-se ao focus group dos directores de CS, enquanto as que o não são se referem ao dos médicos de família).

Em termos gerais, notou-se coincidência de opiniões entre os médicos de família e os directores de centros de saúde, tendo estes últimos, no entanto, uma visão mais optimista da reforma actualmente em curso nos CSP.

O discurso destes participantes pode ser estruturado nas seguintes categorias de análise:

- relação entre satisfação profissional dos médicos de família e satisfação dos utentes;
- actual estado de satisfação profissional dos médicos de família;
- factores determinantes da satisfação profissional dos médicos de família;
- consequências do actual estado de satisfação profissional dos médicos de família;
- factores que poderiam melhorar a satisfação profissional dos médicos de família;
- o efeito da actual reforma dos CSP na satisfação profissional dos médicos de família.

1.1. Relação entre satisfação profissional dos médicos de família e satisfação dos utentes

Foi identificada uma relação estreita entre satisfação dos utentes e satisfação profissional (“...*Se os médicos estão satisfeitos, é natural que os doentes estejam satisfeitos. Se os doentes estão insatisfeitos, é natural que os médicos também o estejam.*”; “(...) *há aí uma relação muito humana.*”(D), alicerçada no seguinte raciocínio circular:

- a. os aspectos que mais satisfazem o médico de família estão relacionados com aspectos intrínsecos à profissão, com aquilo que é considerado nuclear no exercício da profissão, nomeadamente a relação médico/utente.

“(...) o médico sente satisfação por aquilo que é intrínseco à sua profissão, pela sua relação com o doente.”(D)

- b. a satisfação profissional, por outro lado, é sentida com um aspecto estrutural dos cuidados prestados, ou seja é fundamental que exista para que os cuidados tenham a qualidade necessária.

“Os profissionais estão satisfeitos, produzem um melhor trabalho...” (D)

- c. os utentes são sensíveis à qualidade dos cuidados e à qualidade organizacional das unidades de saúde, ficando mais satisfeitos (e assumindo mais os seus deveres) quando percebem e, principalmente, quando retiram benefícios directos dessa maior qualidade.

“Os profissionais estão satisfeitos, produzem um melhor trabalho... Isto transmite-se aos utentes, e os utentes... por consequência, ficam também muito mais satisfeitos... em relação, quer à maneira como são tratados, quer à organização da estrutura a que acorrem... que corresponde normalmente às necessidades deles, ou procura corresponder...” (D)

“Quando os utentes são bem atendidos, e quando se cumpre a nossa parte... eles naturalmente que assumem muito mais os deveres, também.” (D)

- d. os médicos sentem-se recompensados e retiram satisfação profissional quando percebem que os utentes estão satisfeitos com os cuidados que lhes prestaram.

“Porque nós temos a nossa satisfação, fundamentalmente, de ver os nossos doentes satisfeitos.” (D)

1.2. Actual estado de satisfação profissional dos médicos de família

Considerou-se que existe actualmente insatisfação profissional nos médicos de família dos centros de saúde portugueses, exprimindo os médicos de família que não são simultaneamente directores de CS uma posição mais negativa

“A satisfação dos profissionais, neste momento, é baixa. Não há grande satisfação nos profissionais, da realidade que eu conheço.”

“Anda tudo muito desmotivado, (...) e toda a gente aborrecida.”

“Portanto, a minha desilusão é total, em relação aos cuidados de saúde primários.”

“É uma insatisfação por saber que não estou a fazer a coisa correcta. E que desisti (...) de melhorar.”

do que os que são directores de centros de saúde, que adoptam uma posição mais interpretativa

“os médicos têm satisfação por aquilo que é intrínseco à profissão, e estão insatisfeitos por aquilo que é extrínseco à profissão,(...) a gestão, os vencimentos, as condições.” (D)

Embora se considere que existe insatisfação nos profissionais de saúde, a situação varia de local para local em função das condições que são disponibilizadas para o exercício profissional e não daquilo que é intrínseco e nuclear à profissão.

“(...) tenho a noção de que como funciona num sítio não é como funciona em outro sítio.”

“O que nos torna insatisfeitos não são os nossos utentes, são as condições externas da nossa profissão.” (D)

Por outro lado, considera-se que não existe um factor em particular que provoque este estado de insatisfação profissional, mas antes uma conjugação de factores que faz com que o limiar da tolerância dos médicos de família vá baixando até que um factor, aparentemente não tão importante, provoque uma agudização e agravamento da insatisfação profissional.

“Há determinadas coisas que, por muito simples que sejam, em determinados contextos – a insuficiência de recursos, por exemplo – têm amplificações. Amplificam, a insatisfação aumenta, é mais uma coisa. Já existe uma série delas; pois essa, é mais uma (...). Se não existissem outros factores, até era tolerado esse factor.” (D)

Um aspecto que vai surgindo nos discursos analisados é a comparação entre a actividade no CS e a actividade no âmbito da clínica privada, sendo sempre desfavorável para o serviço público.

[“Os MF na actividade privada] trabalham mais e ganham mais.”

“Trabalham mais, mas trabalham com outras condições...”

Existe até, inclusivamente em alguns MF que não exercem clínica privada, uma certa idealização desta actividade como sendo a prática mais satisfatória em termos profissionais porque teria melhores condições de trabalho e seria mais recompensadora em termos financeiros.

“Eu investi só no CS. Eu neste momento sinto-me (...) revoltada. Porque quis dar o meu melhor, não fiz privada (...) Se eu fizesse privada tinha muito mais dinheiro, tinha o meu

público muito mais assegurado, (...) até trabalhava em melhores condições. Porque os colegas que têm privada estão muito mais satisfeitos, para já porque ganham mais.”

Outro aspecto prende-se com uma noção de ausência de esperança na capacidade negocial dos MF enquanto grupo quanto à exigência, por exemplo, de melhores condições de trabalho.

“Exigir? [em resposta a uma questão de como os MF poderiam exigir melhores condições de trabalho.]”

“Quem é que vai ouvir? (...) não chega lá acima. Quem é que nos vai ouvir no meio disto tudo?”

No entanto, outros consideram que apesar de, actualmente, os MF não estarem mobilizados, essa mobilização pode surgir como aconteceu no passado.

“Portanto, neste momento, porque nós [MF] estamos de forma corporativa um bocadinho arredados e um bocado desleixados é o deixa andar. Porque quando o pessoal se lembrar de fazer a guerra e sair do país...”

No entanto, considera-se que os colegas que aderiram às USF e que já estão envolvidos pela actual reforma dos CSP são os que têm uma satisfação profissional mais elevada.

“Só nas USF eu penso que estão com um grau de satisfação alto. Precisamente porquê? Porque têm instalações novas, algumas, cuidadas, não lidam com população sem médico de família (...)”(D)

1.3. Determinantes da satisfação profissional dos médicos de família

Os factores que promovem um estado de insatisfação são maioritários no discurso, de certo modo ilustrando o estado de insatisfação profissional discutido na secção anterior.

Dos vários discursos emergem como factores muito importantes do actual estado de insatisfação, os recursos humanos dos CS, nomeadamente as consequências do insuficiente número de profissionais, e os aspectos organizacionais, entre os quais o trabalho em equipa, a autonomia técnica e o peso dos médicos de família nas decisões importantes nos CS.

A escassez de recursos humanos nos CS conduz a rácios profissionais de saúde/utentes inadequados, utentes sem médico de família atribuído e áreas de cuidados desguarnecidas perturbando toda a actividade dos CS e não permitindo que o perfil do médico de família se possa exprimir em todas as suas vertentes (*“a tal disponibilidade que nós temos para os nossos doentes*

ou para fazer a promoção de saúde, ela não existe porque nós temos que tapar o buraco dos 20 mil sem médico”).

Por outro lado, o trabalho em equipa – *“a co-responsabilização de toda a gente nos objectivos comuns (...) essa que mais interdisciplinaridade”* – é apresentado como o modelo de trabalho mais eficiente e que mais satisfação profissional proporciona, referindo-se, no entanto, que cada vez é mais difícil que aconteça. A autonomia técnica, por sua vez, é considerada essencial (em estudos anteriores é um dos factores mais importantes nas opções de escolha de modelos de trabalho pelos MF) mas encontra-se em perigo actualmente – *“estamos subjugados sob as ARS e situações que nos limitam muito a nossa funcionalidade”; “Perde-se autonomia”* – assim como o peso dos médicos de família nas decisões importantes nos CS – *“o poder do médico diminuiu”, “ Nós somos os mexilhões.”*

Estes aspectos expostos como extrínsecos à profissão, ou seja, contextuais ao exercício da profissão, aparecem como factores promotores de insatisfação profissional enquanto que *“os médicos têm satisfação por aquilo que é intrínseco à profissão”*, como a relação médico/utente, acreditando-se mesmo que *“nós temos a nossa satisfação, fundamentalmente, de ver os nossos doentes satisfeitos”*.

As intervenções dos participantes foram agrupadas nos seguintes tópicos: sistema de saúde, relação médico-utente, exigência do trabalho, posição dos médicos de família na sociedade e no local de trabalho, condições para o exercício profissional, recompensa/remuneração/incentivos, ambiente de trabalho, interesse do trabalho e sentido de adequação para o trabalho.

1.3.1. Sistema de saúde

No discurso de alguns médicos foi notória a insatisfação com o modo como o sistema de saúde está a dar resposta àquilo que consideram ser a responsabilidade dos cuidados de saúde primários na abordagem dos problemas da comunidade que servem.

”E, realmente, sinto que os cuidados primários não estão a dar resposta. Eu dou resposta aos meus, mas nós, cuidados primários, não estamos a dar resposta à comunidade. Porque, em princípio... eu vim trabalhar para o CS, para os cuidados primários, para dar resposta a uma comunidade. Não é, especificamente, só aos meus 1500.”

“Isso tem na minha satisfação uma quota parte muito grande. Porque eu sinto uma insatisfação em relação ao processo (...), àquilo que os cuidados primários dão de resposta a uma comunidade.”

“Se eu fizer o meu [trabalho], os outros hão-de fazer o outro. Se eu deixo de fazer o meu à espera de ir fazer o dos outros eu acho que vamos todos perder. E perco eu porque me sinto mal.”

”O número de crianças sem médico, sem vigilância, com montes de problemas, com maus tratos, com não sei quê e que ninguém pega e que depois, às vezes, anda-se a mendigar para inscrever essas crianças nalgum colega para terem algum acompanhamento. E depois a sensação que fica é: “isto é o que eu conheço, e o que será que eu não conheço?”

E esta má resposta está essencialmente em relação com a falta de recursos humanos e a consequente existência de utentes sem médico de família e áreas de cuidados que ficam sem cobertura pelo sistema de saúde.

“Os recursos humanos são escassos.”

“Os utentes sem médico são muitos.”

“Temos quatro mil e tal utentes a descoberto. Não é? Isso gera uma insatisfação terrível, não é? ... A nós, a mim...” (D)

A existência de utentes sem médico de família perturba, inclusivamente, os cuidados de saúde que os médicos de família prestam aos utentes inscritos nas suas listas, nomeadamente nas acções de promoção da saúde.

“(...) que a tal disponibilidade que nós temos para os nossos doentes ou para fazer a promoção de saúde, ela não existe porque nós temos que tapar o buraco dos 20 mil sem médico e portanto grande parte das nossas horas são gastas em consultas de urgência do utente sem médico, que desgasta qualquer um dos colegas.”

Esta situação dos utentes sem médico de família, *“uma chaga”* nas palavras de um dos directores de centro de saúde, perturba toda a organização do CS, sendo a sua gestão tanto mais impossível quanto maior é o número de utentes sem médico de família.

“O factor dos utentes sem médico é evidente que é uma chaga, que se torna quase impossível de gerir. Num CS, quanto maior for o número, mais difícil é a gestão desses utentes. (...)”(D)

Mas considera-se que as principais vítimas da existência de utentes sem médico de família são exactamente esses utentes.

“Os utentes que não têm médico estão insatisfeitos, eles próprios estão insatisfeitos, o seu limiar de tolerância está muito diminuído, (...) à mais pequena coisa (...) têm razão nisso, com certeza que têm.” (D)

Finalmente, considera-se que este problema pode não ter uma resolução fácil já que é extremamente difícil angariar mais profissionais.

“De facto, agora, o manancial a que se vai buscar pessoas para integrarem qualquer carreira é muito menor.”

“Isto, para o funcionamento de um serviço, não haver massa nova [novos médicos de família] é macabro. É macabro. É macabro.”

“eu-não-consigo-arranjar-ninguém. (...), vocês não podem imaginar o que nós temos feito para tentar arranjar alguém que venha trabalhar!” (D)

E os que existem estão todos perto da aposentação.

“Dentro de 10 anos estamos reformados, todos. Na íntegra.”

“Não há aqui ninguém com menos de 50 anos.”

“e para a renovação não fizeram nada, rigorosamente.”

Por outro lado, os contratos que são efectuados actualmente são contratos precários que não propiciam um investimento adequado no trabalho nos CS.

“(...) têm graves dificuldades em recursos humanos e que funcionam muito à base de contratos a prazo, como é o caso do meu, temos muitos contratos, o que dá grande instabilidade (...). O que é exasperante. (...)”(D)

Outro dos factores de insatisfação resultava dos problemas colocados pela contenção de custos que defendem estar a acontecer no sistema de saúde.

“Um ambiente de gestão [que quando quer poupar recursos], é evidente que põe (...) entraves burocráticos.”

“Por causa dessas medidas, as medidas administrativas, as medidas para controlo de custos.”

Um último factor apontado nesta categoria foi a deficiente definição e orientação política da estratégia para o sector dos CSP.

“Eu acho que isto [a actual situação de insatisfação dos médicos de família] começou, com a saída (...) em 99. (...). O 157/99 não foi aplicado, mas estivemos na expectativa da aplicação quase até 2003. Depois, a partir de 2001 deixámos de acreditar.”

“(...) nenhuma legislação que quer introduzir mudanças a nível dos cuidados de saúde primários é completada.”

*“(...) tudo fica (...) pelo terreno, sem ser concretizado a 100%...”
as leis, eram boas, pareciam ótimas; nunca foram implementadas.”
“(...) não fazem a legislação de regulamentação quer para um quer para outro e vivemos sempre
em situação de remendo, remendo sem perspectiva de futuro rigorosamente nenhuma.”
“(...) funcionamos sempre no “vai ser”, no “talvez seja”...”
“Já passámos pela ansiedade, já passámos pela expectativa, e eu acho que estamos
desmotivados.”*

Considera-se ainda que, apesar do discurso político, os CSP nunca foram uma verdadeira prioridade e que vivemos num sistema centrado nos hospitais, que nunca deu uma verdadeira oportunidade para que os cuidados de saúde primários se pudessem implementar em todas as suas áreas de acção.

*“(...) politicamente os cuidados primários são prioritários e são o alicerce dos serviços de saúde, mas não é para aqui que são canalizados nem os profissionais nem as verbas, nem nada. Enquanto não resolverem este problema...”
“(...) isto ainda é um sistema hospitalocêntrico.” (D)
“(...) nunca funcionou em pleno um SNS de cuidados primários com prevenção, educação, tratamento, tudo a funcionar.”*

1.3.2. Relação médico-utente

O discurso dos participantes eleger a relação médico-utente como a “*essência da Medicina*” ao mesmo tempo que considera que ela se foi deteriorando.

*“(...) a nossa essência da Medicina, de olhar para as pessoas como elas são, interpretá-las e vê-las, variou completamente. Ou melhor, alterou-se, (...) Faltava-nos essa vertente, da confiança das pessoas em nós.”
“(...) há uma mudança muito grande na minha perspectiva, que é assim: enquanto eu, quando entrei na (...), quando comecei a trabalhar, era o Dr. (...), eu hoje sou funcionário do Centro. O que é uma diferença muito grande em relação ao contacto com as populações.”
“Cada vez é... Números, números, números, números (...) E as pessoas? Começam a não existir.”
“Estamos quase como nas cadeias. É o 37, não é? E é o não sei quantos (...)”*

E esta deterioração é tão mais importante quanto esta relação é considerada como fundamental para a satisfação profissional dos médicos de família.

“(...) o médico sente satisfação por aquilo que é intrínseco à sua profissão, pela sua relação com o doente.” (D)

Mas nem todos os MF acham que a sua relação com os utentes se alterou tão significativamente.

“(...) eu, os meus utentes com quem eu lido e com quem comunico [...] eu não tenho tanto, não tenho esse problema [de falta de reconhecimento do seu valor como médico de família]”

“Bom, a minha relação com os meus doentes, da minha lista de utentes, é boa.”

A deterioração da relação médico/utente é exemplificada com relatos que apontam para:

a. um maior descrédito dos médicos.

“O nosso peso mudou [como médicos de família], baixou muito, (...) Todos nós médicos (...) de cuidados primários, perdemos muito [poder] porque a tecnologia não nos acompanhou tanto.”

“E o próprio utente, o próprio doente tem uma exigência em termos médicos, de especialização do técnico, muito maior.”

“tudo o que nós dissermos tem que ser documentado num exame, numa análise, numa ecografia. A gente sabe que é porque eu tenho aquilo, mas tem que se dar um papel, se não (...)”

b. desrespeito, de parte a parte, quanto aos respectivos deveres e concomitante exacerbação dos direitos.

“(...) há normas que têm de ser seguidas quer por parte dos utentes, que infelizmente continuam a ter sempre os direitos e os deveres não existem.” (D)

“(...) os utentes chegam às horas que querem, como querem... Cria um pouco de anarquia, o que acaba por saturar (...) os colegas que acabam por não conseguir ter o trabalho organizado, (...) complica muitas vezes.” (D)

“(...) a carta dos direitos e deveres [dos doentes] só tem direitos. Para a maior parte das pessoas isso é uma grande realidade.” (D)

c. uma grande pressão do tempo.

“(...) eles querem mais acesso e nós temos menos resposta para dar, não somos capazes de responder a tudo, (...) Portanto em termos de comunicação piorámos na nossa relação com o utente.”

“Muitas vezes temos pouco tempo para dar importância àquilo que realmente é importante, que são as pessoas. E isso nota-se com os nossos utentes e nota-se com o resto do pessoal, também.”

”Quando um indivíduo põe o nariz cá fora ou se eventualmente teve que sair antes e aquela pressão “tenho mais 4, mais 5 casos para resolver”, o utente a bater à porta da consulta e o telefone e isto e aquilo, todas estas questões dão graus terríveis de insatisfação.”

d. um aumento do consumismo.

“(...) o consumismo (...) em relação a cuidados de saúde, é grande.”

“Isso [o médico de família “deixar correr”, responder a todas as solicitações dos utentes, mesmo que levem a actos e custos desnecessários] não significa que o utente fique mais ou menos satisfeito porque o utente, infelizmente, também não tem cultura para perceber que, se calhar, o mais correcto era fazer outra coisa e não passar aquilo que ele pretende (...) sabemos que até, se calhar, vai mais satisfeito porque lhe fiz aquilo que queria e nós é que sabemos que não... Só que isto depois gera outra insatisfação (...) é uma insatisfação por saber que não estou a fazer a coisa correcta. (...)”

“Se o utente... não sabe o que quer, recorre ao CS só para ir buscar papéis, (...) não está educado sob o ponto de vista cívico e sob o ponto de vista de saúde, o que também nos dificulta muito a vida.”

e. interferências da informatização dos serviços na relação médico-utente.

“Hoje em dia isto [a introdução de sistemas informáticos nos vários momentos da consulta] veio modificar alguns dos comportamentos e procedimentos. (...) E depois temos o utente também a dizer “sôtor, olhe mais para mim”. (...) Porque hoje em dia ter um utente à esquerda e um computador à direita nós passamos muito mais tempo a clicar e a meter algumas coisas no computador do que propriamente a ver o utente.”

f. um aumento das reclamações que, muitas vezes, os MF consideram acontecerem sem razão (por exemplo por os utentes não verem correspondida uma solicitação que contraria uma norma interna do CS).

“(...) quem devia reclamar nunca reclama e depois aparecem as coisas mais incríveis, mais absurdas e uma pessoa não tem culpa.” (D)

“(...) tivemos que fazer(...). uma síntese das reclamações do último ano (...) não tinha a noção do conjunto (...) Era sobre normas, normas e procedimentos, isto é, é a não transcrição de exames auxiliares de diagnóstico que vinham dos nossos colegas da privada (...) há normas que vêm da ARS, que proibem essa transcrição e isso nós não fazemos, (...) A não concordância com estas normas que são instituídas é um factor de insatisfação [dos utentes] (...) não temos nenhum caso de má prática, extraordinariamente, mau comportamento de funcionários também não.”(D)

não havendo muitas vezes reclamações pelas razões em que haveria razão para tal (por exemplo, por não terem médico de família).

“Costumo dizer que nunca vi nenhum utente reclamar por não ter médico de família.”(D)

Ainda, em relação às reclamações, há a sensação de que muitas das reclamações são efectuadas pelos utentes sem médico de família.

“(...) grande parte destas situações [das reclamações] não são feitas nas ditas consultas dos médicos de família, são nas chamadas consultas de recurso e de reforço, a que maioritariamente recorrem os utentes que não têm médico.” (D)

“Os utentes que não têm médico estão insatisfeitos, eles próprios estão insatisfeitos, o seu limiar de tolerância está muito diminuído, à mais pequena coisa (...) têm razão nisso, com certeza que têm.”(D)

Igualmente, considera-se que as reclamações são efectuadas de um modo, por vezes, leviano, por não haver sanções para os utentes que reclamam sem razão. Considera-se que resta apenas, nestes casos, recorrer à justiça para se conseguir ter algum ressarcimento.

“Mas há uma coisa fundamental que é motivo de grande insatisfação que é (...) a facilidade com que o utente reclama (...) o à-vontade com que ele o faz (...) as razões que ele apresenta e que não são devidamente ponderadas e que muitas vezes, cuidado, são perigosas (...) nós somos sempre castigados. Nós, os médicos, nós, o pessoal da saúde temos que assumir tudo num livro amarelo e acho que não há qualquer tipo de penalização para eles.”(D)

“Ora um deles [utentes que fazem reclamações dos profissionais de saúde sem fundamento] foi parar a tribunal, um doente meu. Azar. (...) Na maneira como estamos, a única maneira que temos de responsabilizar um doente é chamar a polícia.” (D)

As reclamações são muitas vezes consideradas ofensivas para os profissionais de saúde, que se sentem isolados e sem qualquer apoio por parte das hierarquias quando têm de enfrentar uma reclamação.

“Mas há coisas que se dizem e que se usam [nas reclamações] que às vezes ferem a dignidade.” (D)

“É lançada a dúvida. O utente reclama, a dúvida cai logo sobre ele [o profissional de saúde]. E isso é um factor de insatisfação e insegurança.” (D)

“Os profissionais [de saúde] não têm qualquer apoio por parte da hierarquia. Porque é assim,(...) há uma queixa contra um colega, e às vezes são queixas muito aborrecidas, e a hierarquia não dá apoio nenhum ao colega.” (D)

Uma consequência de todo este estado de coisas em relação às reclamações é que pode levar profissionais de saúde a não seguirem algumas normas internas para não terem que enfrentar uma reclamação.

Como conclusão, é requerida em várias partes do discurso destes participantes uma reformulação completa do sistema de reclamações.

“O problema é (...) isso leva-nos àquela situação em que é mais fácil fazer aquilo que [o utente] quer, ultrapassando mesmo uma regra, (...) do que estar aqui a explicar e a cumprir porque não ter problemas, não ter que responder a uma queixa e essas coisas.” (D)

“Devia haver alteração [em todo o processo do sistema de reclamação dos utentes].” (D)

Por outro lado, as reclamações são vistas como um bom aporte para a melhoria dos serviços.

“num CS ou em qualquer outra instituição, se não houver queixas, alguma coisa está mal. Dá direito a desconfiar se não houver queixas.” (D)

“É bom que haja queixas.” (D)

“Isso é do nosso interesse, não é? Temos é que saber lidar com as queixas e resolver as queixas. Temos que aceitá-las.” (D)

g. ocorrência de situações de violência.

“E depois claro, no meio disto vem um utente que, de vez em quando, dá uma resposta daquelas que a gente sabe, pois ao ver os media na televisão, na rádio e não sei quê, (...) é influenciado, e às vezes inquina um dia de trabalho.”

“E alguém vai à consulta de recurso e diz “é para renovar uma carta de caçador” e eu digo “eu não conheço o senhor”, “mas eu não saio daqui sem a carta de caçador (...) ou passa ou então...” (D)

1.3.3. Exigência do trabalho

Registou-se um aumento do nível de exigência que cria uma pressão referida como sendo, por vezes, insuportável.

“Isto [as exigências acrescidas em relação ao trabalho do médico de família] cria um asoberbar de trabalho e condições desgastantes.”

“(...) nota-se ao longo que eles [os MF] estão cansados. (...) neste momento eles dizem mesmo que estão esgotados, estão na vontade de abandonar tudo e sair, não conseguem

aguentar mais a pressão intensa e o excesso de trabalho, que muitas vezes não é reconhecido.” (D)

“(..) os colegas andam a trabalhar à pressão e de uma forma perfeitamente disparatada.” (D)

Esta exigência do trabalho é sentida a vários níveis. Por parte do utente, por parte da hierarquia, pelo surgimento de novas áreas de intervenção dos CSP e, ainda, pela complexificação do próprio acto médico devido à evolução do conhecimento e tecnologia associada.

a. Por parte do utente, com uma postura mais exigente a todos os níveis.

“(...) o tipo de exigência por parte do doente, eu acho que é alta.”

“Já não acreditam tanto em nós e são mais exigentes.”

“Há uma diferença também, nas pessoas, de antigamente para agora. Nessa altura as pessoas iam ao médico e diziam assim: “Sotôr, eu quero ficar melhor”. Hoje, vão saber: “Sotôr, o que é que eu tenho?”. Que é uma perspectiva completamente diferente, (...). Porque é assim: quem vem saber o que é que tem, vai ter que levar respostas. E saber o que tem é muito complicado. Exige montes de exames de diagnóstico...”

“(...) eu dantes tinha mais tempo, tinha tempo para ver mais utentes, porque eles hoje começam a vir à consulta (...) por muitas outras coisas.”

levando a um aumento da carga de trabalho;

“É que a quantidade de trabalho tem vindo a aumentar ao longo dos anos”

“(...) cada vez há mais trabalho... Realmente, nota-se, é flagrante.”

b. Por parte da hierarquia com níveis de exigência considerados, por vezes, exagerados e desadequados;

“Há um modelo que tende a dar mais trabalho”

“Eu acho que em termos de superiores, querem passar do razoável para o super-ótimo. E eu penso que nas USF também se está a pensar nisso. Tu estás a ser exigente, temos que passar para centros ótimos, melhores do mundo. Não se admite o bom. Eu acho que a perspectiva da nossa sociedade é isso.”

“(...) das várias hierarquias que nós temos, que cada vez são (...) mais determinantes, (...) há uma exigência e se até agora havia provavelmente maior maleabilidade de discussão, a exigência excessiva eu acho, está a ser maior.”

c. Com o surgimento de novas áreas para os CSP, desde os atestados e declarações para múltiplas actividades, assim como áreas tradicionalmente na esfera de outras especialidades

como a saúde mental, cada vez mais debaixo da alçada do MF ou, ainda, com o aumento das intervenções na área da prevenção da doença e da promoção da saúde;

“O utente, quando não consegue resposta noutra sítio, vem sempre ter com o médico de família.”

“Quer dizer, o médico de família é o que é mais pressionado por tudo, e as outras especialidades começam a ser esvaziadas de muitas coisas.”

“Quer dizer, a sociedade foi evoluindo, foram postas outras contingências e as pessoas começam também a ter outro tipo de necessidades (...) é a declaração para o infantário, (...) que não se punha aqui há uns anos atrás. Nomeadamente cada vez há mais utentes com problemas psiquiátricos ou problemas psicológicos e nós queremos dar essa resposta e não temos ao lado quem a pode dar. Há os problemas estomatológicos... E o doente vem sempre ter ao médico de família, que é o sítio onde é mais fácil.”

“Portanto, tudo vem ter ao médico de família, coisas que aqui há 20 anos ou 15 anos atrás não se passavam e o médico tinha até mais tempo para estar com o doente. E hoje, mesmo devido à evolução das coisas, vêm ao médico de família mesmo antes de estarem doentes para fazer a tal prevenção.”

“(...) em 83 (...) nessa altura os utentes normalmente vinham à consulta por patologias. ‘Dói aqui, dói acolá. Apareceu-me isto ou aquilo.’ Raramente vinham fazer revisões; essas situações começaram a surgir depois.”

- d. Com a complexificação do acto médico, com o crescimento exponencial do conhecimento médico e as múltiplas áreas de actuação do MF.

“O acto do médico tornou-se muito mais complexo!”

“Tornou-se muito mais complexo e a gente não sabe muito bem lidar com isto.”

“(...) nós, há 20 anos, abarcávamos o conhecimento muito mais facilmente do que agora. A descoberta científica, a complexidade, tem um ritmo vertiginoso, (...) que entroncado num envelhecimento nosso, (...) a capacidade de abarcar com tanta facilidade como tinha há 20 anos, faz uma ‘decalage’ terrível.”

1.3.4. Posição da profissão dos Médicos de Família na sociedade e no local de trabalho

De uma maneira geral, os médicos de família são vistos como tendo menos peso social e no local de trabalho, onde se acha que perderam autonomia e poder de decisão.

“O nosso peso mudou [como médicos de família] (...) baixou muito.”

“Nós somos os mexilhões (...) Ou os políticos (...) dão o guião... mas o guião para eu ouvir e depois estar calado...”

“Perde-se autonomia” (D) disse um dos directores de CS depois de relatar que teve de operar uma alteração devido a uma orientação superior, sem discussão prévia, que se seguiu a uma pressão de um presidente de câmara.

“Em termos sociais perdemos esse peso, assim como perderam a igreja, os padres, etc. e tal, “ (...) tem vindo a diminuir, mas sempre [assim foi], nunca houve muitas práticas... [de participar nas decisões].”

No entanto o prestígio do médico na sociedade parece manter-se alto.

“(...) embora pelos vistos naquelas classificações (...) das profissões mais cotadas em termos de população, o médico continue a vir lá no topo, porque a saúde é um valor, (...) não vai deixar de o ser.”

Rematando, no entanto, um dos médicos *“Ainda assim, quem decide são os médicos.”*

O pouco poder de decisão também é referido em relação à própria actividade clínica.

“[Na minha actividade privada] sei que tenho a resposta completamente... No CS não, no CS tenho que aguentar com tudo que há, desde as regras...”

“[O médico de família é um pouco o ponto de referência do utente] Mas depois não tem capacidade de fazer triagem, mesmo de encaminhar (...) ficamos aquém daquilo que poderíamos.”

“No início da carreira ou há uns anos atrás, não há muitos (...) haveria mais diálogo, haveria mais consenso, haveria mais discussão, e neste momento (...) deixou de haver lugar sequer à discussão porque (...) as determinantes já estão feitas, já estão impostas...”

“Estamos subjogados sob as ARS e situações que nos limitam muito a nossa funcionalidade.”

Por outro lado, alguns médicos acham que a perda de poder até nem é um mau resultado.

“(...) e eu acho muito bem que tenha diminuído [o poder dos médicos] porque nós somos uma pequena parte do que é um sistema de saúde e do que é a saúde (...).

“(...) a perda de poder do médico, eu acho que isso até não foi mau, (...) Porque evita alguns serviços para o médico.”

“(...) nós [médicos] não temos de ser o supra-sumo para ninguém.”

Outra faceta desta perda de poder é registada quando se afirma que a medicina geral e familiar é para onde se passa tudo o que outros profissionais não querem fazer, assumindo-se a questão dos atestados que actualmente são requeridos para inúmeras situações como causa de muita

insatisfação já que são encarados como um trabalho burocrático e desnecessário.

“(...) é uma burocracia que foi aumentando sempre para os médicos de família, não é? Porque é o tal pilar, quando interessa passa-se tudo pelo médico de família, embora também se saiba que é o que existe menos.”

“(...) os médicos de saúde pública começaram a esvaziar-se nas suas funções e passaram-nas para o médico de família. E nós, médicos de família, muito caladinhos, aceitámos tudo. Isso também é um problema nosso, de classe. Nós temos pouco poder reivindicativo e como grupo as pessoas são dispersas.”

“Eu acho que é muito complicado (...) são muitos actos sociais. Tu queres faltar a um tribunal, tu queres faltar a qualquer coisa [e o MF tem de atestar].”

“(...) que realmente é uma burocracia que foi aumentando sempre para os médicos de família”

Outra das razões apontadas para a actual posição dos MF nos CS é a definição insuficiente das funções e responsabilidades dos médicos de família.

“(...) neste momento, o acto médico ninguém sabe bem o que é.”

“(...) cada um, individualmente, [os MF] faz conforme quer, depois queixa-se, lamenta...”

“generalista, a própria palavra generalista é muito complicada porque não está definido, (...) quais são as nossas capacidades e as nossas actividades.”

“(...) e muitas das coisas não nos compete a nós [MF] fazer.”

“Nós é que não podemos assumir responsabilidades que não são nossas.”

1.3.5. Condições para o exercício profissional

As condições de exercício mais frequentemente associadas à insatisfação profissional foram 1) a existência de uma gestão considerada “controladora” e limitadora, 2) a falta de verdadeiro trabalho em equipa, 3) a dimensão demasiado grande da maioria dos CS, 4) instalações inadequadas, 5) o défice de tecnologia adequada que se verifica nos CS e 6) a falta de apoio dos outros níveis de cuidados.

“(...) [os MF] estão insatisfeitos por aquilo que é extrínseco à profissão, não é? Que é a gestão, os vencimentos, as condições...” (D)

- a. A gestão existente nos Centros de Saúde é alvo de críticas para além das, já referidas, pouca abertura ao diálogo e fraca inclusão dos profissionais do terreno nas decisões importantes do CS, até aos processos de avaliação, predominantemente baseados na quantidade e não na qualidade.

“Eu acho que a avaliação do nosso trabalho, (...) seria feita predominantemente pela qualidade e depois pela quantidade. (...) Ora quando a quantidade se assume como um dos factores importantes que determinam a nossa performance, também (...) pode vir a interferir e interfere inevitavelmente na qualidade, na promoção da saúde, noutras atitudes que eram importantes na consulta e no dia-a-dia. (...) é mais uma das pressões que de facto existem e que está a inquinar...”

E por vezes um tipo de gestão que é considerado limitativo da actividade dos CS.

“(...) estamos subjugados sob as ARS e situações que nos limitam muito a nossa funcionalidade.”

Em relação aos mecanismos de controlo, nomeadamente do cumprimento dos horários, foi veiculada a opinião de que esse controlo seria mais efectivo se efectuado pelos pares.

“As pessoas têm prémios (...) prémios de desempenho que são depois distribuídos pelo grupo, o resto do grupo vai depois auto-controlar as situações marginais de incumprimento, não sendo necessário o dedo (...) o “pontómetro” (...), é um bocadinho a negação da concessão da responsabilidade ao grupo.” (D)

Existiram também críticas em relação ao modo de escolha dos directores dos CS que não serão, por vezes, na opinião deste participante, as pessoas com o perfil mais indicado para as funções.

“São líderes as pessoas que têm jeito para criar empatia, para criar dinâmica de trabalho. (...) As direcções de CS são por nomeação, não são por escolha, não são por projectos. Não são por nada, não é? É tudo imposto. (...) É-nos imposto politicamente.”

Os directores de CS, por seu lado, apresentam um perfil de director mais aberto e perto dos profissionais como sendo o mais apropriado.

“Eu não tenho essa ideia do director que é o que manda e tal. (...) Que é um tipo muito inacessível, muito longe (...) Claro que há sempre um caso excepcional, não é?” (D)

É, ainda, salientada a importância das chefias intermédias na gestão dos CS.

“ [falando da importância das chefias intermédias entre o Director do CS e os profissionais] essa pessoa lidando mais directamente com o director facilita a vida ao director (...) tira um bocadinho do peso da responsabilidade (...), e isso facilita a gestão, (...) as situações melhoraram, exactamente com a nomeação desses braços direitos dos responsáveis.”(D)

Por último, um desabafo de um dos directores de CS ilustra as dificuldades de gestão de um CS;

“(...) é muito difícil estabelecer um regulamento interno que agrade a todos. Há sempre alguém que não concorda, e esse olha sempre isso como um factor extrínseco.”(D)

- b. o trabalho em equipa é apresentado como o paradigma de trabalho em CSP e o esquema de trabalho que mais satisfação traz; mas também se considera que é cada vez mais difícil.

“[Um dos factores que levam a uma maior satisfação das USF] é, sem dúvida, (...) o trabalho em equipa. A co-responsabilização de toda a gente nos objectivos comuns (...). E isso leva a que essa inter-disciplinaridade se transmita aos utentes.”(D)

“(...) a satisfação dos profissionais era muito maior [em esquemas de trabalho semelhantes a USF, em que houvesse incentivos e trabalho em equipa]. ”(D)

”E isto é que é fundamental, o trabalho de equipa, equidade e co-responsabilização no trabalho em equipa.”(D)

“Mas eu penso que o que mais insatisfaz é a falta de trabalho em equipa.”

“Nós trabalhamos muito isolados, cada um no seu consultório.”

“A indisponibilidade não é só nossa, é do enfermeiro, do nutricionista, do assistente social...”

“(...) não tens equipas a funcionar, a não ser pontualmente.”

“Mas isso [a ausência de trabalho em equipa] são realidades diferentes, conforme os casos.”

A vantagem das equipas alargadas de CSP é evidenciada, apesar de ser rara.

“(...) há uma série de outros profissionais que trabalham actualmente nos CS que são uma grande mais-valia para a qualidade de trabalho do CS, inclusive para tirar algum trabalho dos médicos e que não são ouvidos nem achados nesta nova legislação, o que cria um mal-estar também entre esses profissionais.”

“(...) equipas multiprofissionais, além de não existirem ou serem muito poucas para a população que é – um psicólogo num CS para 180 mil habitantes (...) Uma assistente social para fazer cobertura a 80 mil utentes, uma...”

A estabilidade das equipas ao longo do tempo é, também, evidenciada como importante para a satisfação de profissionais e utentes.

“a dimensão imputável à satisfação profissional e satisfação dos utentes está muito ligada aos rácios [profissional / utente e entre profissionais] e à estabilidade das equipas.” (D)

- c. a dimensão demasiado grande da maioria dos CS ao invés de facilitar, torna a organização do

trabalho mais difícil e este menos satisfatório, evidenciando-se que o trabalho em unidades mais pequenas é o mais adequado.

“(...) um CS que tem (...) dezenas de médicos, tem outros tantos enfermeiros, outros tantos administrativos... Tem muitas pessoas a trabalhar. Não é muito fácil o diálogo. A equipa passa a ser menos fácil também.”

“Portanto, de facto, parece-me que se torna mais fácil o trabalho em unidades mais pequenas.”

“Nós trabalhamos em grupo, em equipa. (...). As unidades mais pequeninas conseguem. Nas grandes casas é impossível: as pessoas não se vêem, não se cruzam quase.”

“Eu penso que o trabalho nas extensões é mais gratificante (...)”

“Uma unidade pequenina, (...) nós funcionamos como uma unidade [de saúde familiar].”

- d. registaram-se várias críticas à qualidade das instalações, que foram consideradas inadequadas por várias razões.

“Portanto são logo dois grandes factores de insatisfação; a insatisfação baseia-se essencialmente nisto [instalações e equipamento por um lado e atendimento de utentes sem médico de família por outro].” (D)

“Os espaços físicos são escassos e degradados.”

“Temos 20.000 doentes sem médico, que nos preocupam a todos, (...) a quem temos de dar resposta, mas não temos... espaço físico para isso.”

“Nunca olharam (...) em que condições é que ele está a trabalhar. Um indivíduo que está a trabalhar e estão 40 graus tem que ter ventoinhas. As condições são estas.”

- e. é feita referência, ainda, ao défice de tecnologia adequada que se verifica nos CS e ao facto de que, por vezes, a tecnologia existente (como os sistemas informáticos de apoio à consulta) ao invés de facilitar o trabalho, o torna mais moroso e complicado.

“Em termos técnicos, estamos em piores circunstâncias que os médicos hospitalares: não temos acesso às tecnologias.”

“[o computador e os sistemas informáticos de apoio à consulta] não é eficaz nem eficiente. E demora muito...”

“O computador serve de desculpa para o aumento de burocracia, mas realmente, em vez de facilitar o trabalho em termos de comunicação, as coisas pioraram neste momento. (...) não é que o computador seja mau e até nos facilita a vida em muitas coisas, só que realmente, neste momento, serve para aumento de burocracia. E serve de desculpa para uma série de entraves...”

Por outro lado, há quem já reconheça valor acrescido na informatização dos CS.

“[A ideia dos sistemas informáticos de apoio à consulta era] poder retirar um estudo da qualidade dos nossos ficheiros. E é isso que se pretende.”

“Eu não concordo com isso [que o computador complique o trabalho mais do que o facilita]. Eu uso o computador desde 88...”

- f. a falta de apoio dos outros níveis de cuidados, em especial dos cuidados hospitalares, também ressalta dos discursos analisados.

“[o atendimento ao utente] falha quando temos que interligar com outras questões [com outras valências, outros níveis de cuidados](...)”

“Os especialistas de hospital – e eu não tenho nada contra eles, são colegas como nós – só que têm outras maneiras de estar que nós não temos. Eles estão habituados, chega alguém ‘isto não é comigo’.”

“(...) ficamos aquém daquilo que poderíamos fazer se houvesse facilidade de comunicação com as outras actividades de saúde – não digo só com os colegas das especialidades,”

“(...) o intercâmbio não pode ser só de cá para lá [dos CSP para os cuidados hospitalares], tem de ser de lá para cá.”

“E isso [resolver o problema da referenciação dos CSP para o hospital] só legislando. (...) Pronto, ninguém legisla...”

O problema das listas de espera para cirurgias e consultas externas também surgiu como relevante e fonte de insatisfação na relação com os hospitais.

“Mas nós, no CS, a coisa é assim: este doente precisa disto e daquilo e eu só vou ter resposta daqui a 6 meses, 1 ano, 2 anos, 3 anos...”

“Concretamente... houve a certificação do Hospital ‘X’. Como é que resolveram o problema da lista de espera para poderem ser certificados? A oftalmologia mandou os doentes todos de volta, esvaziou a lista de espera deles. (...) Dermatologia esvaziou a lista de espera de anos, lista zero. (...) Isto é para concretizar tudo o que estávamos a dizer em relação às dificuldades de relação.”

1.3.6. Recompensa / Remuneração / Incentivos

O capítulo da retribuição e dos incentivos é sempre obrigatório quando se fala de satisfação profissional e também nestes discursos emerge a necessidade da existência de incentivos para uma maior produtividade e satisfação profissional. Ficou vincado que a retribuição é fundamen-

tal (mas uma retribuição que acompanhe o desempenho e promova o trabalho em equipa). No entanto, aspectos como uma melhor organização interna podem ser importantes.

“Não podemos estar a exigir que as pessoas trabalhem mais se não lhes dermos mais incentivos. E isto é óbvio, é humano, é natural, é básico.” (D)

“A compensação nas USF, é a organização interna.” (D)

“(…) o dinheiro também move as pessoas.” (D)

“Não há dúvida que a nossa primeira prioridade é a satisfação profissional (...) Agora se nós não ganharmos, também não temos a satisfação profissional completa, não nos sentimos compensados pelo trabalho que fizemos.” (D)

“até que formei a Unidade de Saúde, em que nós estamos em equidade e co-responsáveis por produzirmos o máximo que pudermos porque sabemos que toda a equipa vai ganhar como isso. E esse sentido altera completamente a situação. Na realidade as pessoas passam a ganhar em função do trabalho, mas também são responsáveis pelo vencimento dos outros. E deixei de ser eu a perguntar aos colegas porque é que eles não produziam nas várias áreas. E eram os vários responsáveis de cada área que, nas reuniões de serviço, diziam aos colegas “olha, tu estás a ser desmazelado.” (D)

“Pronto, o acto médico tem peso diferente em termos não só remuneratórios, que para mim não é o mais importante como já disse; mas acho que já que não tenho satisfação de outra área (...)”

1.3.7. Ambiente de trabalho

A importância de um bom ambiente de trabalho também é evidenciada quer 1) em relação aos colegas de trabalho na mesma instituição quer 2) àqueles com quem se relacionam no exterior. É patente uma sensação de degradação do ambiente de trabalho nos dois contextos e a influência desse facto na satisfação profissional.

a. Relacionamento com os profissionais do mesmo centro de saúde.

“Mas eu penso que o que mais insatisfaz é a falta de trabalho em equipa.”

“Nós trabalhamos muito isolados, cada um no seu consultório, não é?”

“Os espaços de lazer que todos iam encontrando há uns anos atrás, (...) de vez em quando iam jantar todos juntos porque era Natal, porque era dia de isto, porque era dia de aquilo... Agora vai-se jantar com os delegados em grupos restritos e escolhidos. (...) a instituição já não é razão para as pessoas conviverem em circunstâncias diferentes, exteriores ao trabalho e onde podem fazer uns desabaços que descarregam um bocadinho para o resto da manhã.”

b. Relacionamento com outros profissionais de saúde exteriores ao centro de saúde.

“E sentimos um pouco que os colegas hospitalares... (...) obrigam-nos a fazer a parte burocrática [quando tratam de doentes das listas dos MF] que poderia eventualmente ser feita por eles, não é?”

“E a gente pega no telefone e fala com o colega e o colega até há pouco tempo dava-nos resposta [quando era necessária uma referência]. Havia uma boa relação pessoal. Neste momento já nem isso existe. (...) O circuito aumentou, despersonalizou, desumanizou e realmente não há nada a fazer.”

“Muitas vezes quando vem do Hospital: “vai lá ter com o teu médico de família, não é comigo, ele que passe” é passar a batata quente. (...) É sempre assim, nós somos caixote.”

1.3.8. Interesse do trabalho

A auto-imagem dos MF é alta, na generalidade, e é evidenciado que a escolha desta especialidade por parte dos MF participantes fora por opção, por se querer exercer em CSP. Houve, no entanto, alguns comentários no sentido de que tal poderá não se passar nos MF que entraram mais recentemente.

“No meio disto tudo, os únicos médicos somos nós. O cardiologista, o dermatologista e não sei quê; médicos somos nós, acabou, ponto final. Os outros são especialidades, digamos assim. “Há uma questão muito importante que é assim: os doentes são doentes do CS, não são doentes do hospital.”

“Pelo menos eu, e acho que o grosso das pessoas que entraram em medicina familiar (...) entraram porque quiseram entrar, porque gostavam daquilo que, à partida, era pressuposto fazer-se nos cuidados primários. Por opção. (...) Se calhar já não é tão verdade nos novos colegas que entram.”

Mas alguns MF não deixam de fazer notar a contradição da co-existência do auto-reconhecimento da importância dos MF com as queixas da excessiva exigência que é colocada ao trabalho dos MF.

“Nós somos importantes, nós somos a pedra basilar do sistema, nós temos de fazer os cuidados promotores de saúde; (...), é connosco que a saúde vai: “Olha, bestial, vê, a mortalidade neonatal” (...) nós, nós estamos aqui a receber os louros. Se nós reivindicamos isso, por outro lado queixamo-nos disso também, estás a perceber?”

Um dos directores de CS relevou a importância do trabalho de investigação e académico no interesse do trabalho do MF.

“No meu CS não há nenhum médico que não tenha um trabalho numa revista. Coisas muito simples, a pólvora está descoberta há muitos anos, mas vamos fazendo.” (D)

O reconhecimento social e institucional é igualmente importante e não tem sido devidamente acautelado.

“E investimos muito [no SNS e na carreira de MGF]. E nunca vimos isso reconhecido. E eu acho que isso é uma das coisas importantes... Chega um tempo em que a pessoa pretende que tenha algum reconhecimento. E a carreira de medicina geral e familiar, e a especialidade de medicina geral e familiar não é reconhecida. Só é no papel e em discursos políticos. Quando interessa.”

“Eu falo mais no reconhecimento global das comunidades e do país todo em relação à carreira porque realmente nós somos subvalorizados.”

“Eu acho que agora (...) os políticos, mais do que aqui há uns anos, sabem o que é o médico de família.” (D)

“Hoje em dia toda a gente diz, o público, no global da sociedade, “realmente é uma especialidade de que há muita falta”, “que nós temos que ter um médico de família”. Toda a gente acha que tem que ter um médico de família. A sociedade mudou completamente.” (D)

Nota-se, no entanto, alguma evolução negativa no estatuto do MF que pode fazer perigar o interesse do trabalho do MF.

“(...) quando comecei a trabalhar, eu era o Dr. ..., eu hoje sou funcionário do Centro. O que é uma diferença muito grande em relação ao contacto com as populações.”

A burocratização do trabalho surge como uma outra ameaça ao interesse do trabalho.

*“Com a agravante: cada vez há trabalho mais burocrático, que é uma coisa que é horrível.”
“É um exagero de atestados e a responsabilidade que querem mandar para cima do médico de família constantemente.”*

“A gente vive amarfanhada debaixo de papéis...”

“Há uma quantidade de trabalho burocrático disparatado... [trabalho burocrático a que o médico de família é obrigado é determinante da sua pouca satisfação] Ai, muito determinante.”

“Eu fico mais zangado na transcrição para os seguros... e para a medicina do trabalho.”

1.3.9. Sentido de adequação para o trabalho

Os participantes referiram sentir-se capacitados para o exercício das suas funções, mas referem

que o acto médico se foi tornando cada vez mais complexo e que o envelhecimento dos MF limita a sua capacidade de acompanhar essa complexificação. Por outro lado, novas competências dos MF nomeadamente na área da informática não têm sido acompanhadas com a formação necessária.

“Nós estamos preparados para resolver 60, 70% de todas as questões que existem em saúde; a não ser aquelas 10, 20% que têm que ser internadas, ir para hospitais. Acho que estamos preparados para isto.”

“Tornou-se muito mais complexo [o acto médico] e a gente não sabe muito bem lidar com isto.”

“Temos todos muitos anos, (...) menos capacidade de adaptação...”

“Não temos formação suficiente [para utilizar equipamentos informáticos].”

1.4. Consequências do actual estado de satisfação profissional dos médicos de família

Como consequências mais graves da insatisfação profissional no caso dos médicos são apontadas 1) a deterioração da relação médico/utente com a crescente *medicalização* (“*menos médico e mais medicamento*”) e menor aposta na promoção da saúde, 2) a deterioração da relação com colegas e restantes profissionais de saúde, 3) maiores custos, 4) menor disponibilidade para o CS, 5) aumento do stress e 6) maior vontade de abandonar a profissão, nomeadamente pela aposentação. Dividiram-se os conteúdos por quatro categorias: consequências para o próprio profissional, para os colegas de trabalho, para os CS e sistema de saúde e para o utente.

1.4.1. Consequências para o próprio profissional

Os participantes referem cansaço, stress e a possibilidade de esgotamento em consequência do actual estado de grande pressão e exigência.

“Ah, eu acho que isso [todas as situações que levam à insatisfação profissional] para nós é stressante.”

“(...) nota-se ao longo que eles [os MF] estão cansados. Porque neste momento eles dizem mesmo que estão esgotados, estão na vontade de abandonar tudo e sair, não conseguem aguentar mais a pressão intensa e o excesso de trabalho, que muitas vezes não é reconhecido.” (D)

1.4.2. Consequências para os colegas

É referida igualmente uma menor disponibilidade para se ser solidário com os colegas e para trabalhar em equipa.

“Passou a ser mais um trabalho e não tanto (...) uma profissão. (...) por exemplo, (...) o colega que está na urgência, que está muito atrapalhado, que tem muitos doentes (...) nós íamos lá e ajudávamos porque achávamos que era solidário e portanto era o trabalho de todos nós. O colega despachava-se mais depressa e até nem me custava muito.”

“É o trabalho em equipa, inter, entre médicos e interprofissional que se pôs em causa [pelas situações que levaram a uma menor satisfação profissional dos MF]. Por várias circunstâncias. Aquilo que eu dizia é que a relação pessoal, interpessoal, no mesmo grupo profissional deteriorou-se, perdeu-se... foi diminuindo, foi diminuindo; os espaços de encontro foram-se adiando, as pessoas têm menos conversas informais, têm menos tempo. Interprofissionais, quer dizer, se juntar dez médicos numa sala é difícil juntar, juntar os vários grupos profissionais ainda será mais difícil. É difícil porque as pessoas também já não estão tão disponíveis para vir fora de horas de trabalho.”

1.4.3. Consequências para os CS e sistema de saúde

Quanto às consequências para o CS e para o sistema de saúde, os MF ficam menos disponíveis para se interessarem pela instituição e fazer mais do que *“cumprir o horário”*. É manifestada também a intenção de avançar para a aposentação assim que possível, o que pode indiciar que, caso surgisse a oportunidade, poderiam abandonar o CS por outra instituição.

“Portanto as pessoas, neste momento, estão muito menos disponíveis para dar de si (...) adiando. Pronto, tudo isso foi-se dificultando e, como estava mais difícil, foi-se adiando.”

“Para além da menor disponibilidade para o próprio trabalho do CS.”

“(...) que esta insatisfação e portanto esta falta de satisfação com aquilo que a gente vai fazendo faz com que a gente passe a cumprir só o horário. (...) E não [se tenha] uma preocupação com todo o CS.”

“Sei lá, vêm os estudantes e pedem-nos para colaborarmos em (...) estudos e nós não aceitamos “olhe, tenho muito que fazer.”

“Portanto, qualquer reforma [referindo-se a reformas do sistema de saúde] que venha, eu é para acabar dentro de 10 anos, porque eu tenciono dentro de 10 anos estar reformada.”

“(...) Mas realmente, há depois, cá atrás, uma coisa que diz assim: “eu tenho 26 anos de carreira, não é? Tenho 30 anos de serviço e... Por amor de Deus, estou à espera da reforma.”

1.4.4. Consequências para o utente

Para o utente, surgem consequências igualmente gravosas apesar de ficar expressa a vontade de

não “*descarregar nos utentes a minha insatisfação*”. Um dos médicos referiu que antes, quando estava mais satisfeito na profissão e tinha menos pressão do tempo, receitava “*mais médico*”, mais aconselhamento, mais tempo de qualidade com o utente; mas agora que já não tem esse tempo, prescreve mais medicamentos, mais exames complementares, com prejuízo do doente e da comunidade que tem de arcar com esses custos. Por outro lado, cada vez se tem mais uma atitude defensiva na prática clínica ou uma postura de “*deixa correr; é assim que querem é assim que faço*». *E portanto se o doente quer isto, leva. Já não vou perder o meu latim com promoção e prevenção*”, o que também implica custos acrescidos. Por último, fica o aviso de que a interpretação da ética e a deontologia no exercício da profissão fica mais difícil quando os médicos estão cansados e a desistir.

“Tenho uma postura em termos de valores humanos e morais; não vou sobrecarregar os utentes ou não vou descarregar nos utentes a minha insatisfação.”

“E eu automaticamente receitava “mais médico”, não é? Como dizia o Dr. ‘X’, eu “receitava mais médico”, falava mais com ele, auscultava mais, via mais, sei lá... Via mais o indivíduo e receitava “mais médico” e poderia passar apenas com alguns conselhos, esta ou aquela rotina básica e, hoje em dia, na medida em que temos o espaço guardado e o tempo... que nem sequer temos, eu tenho que prescrever mais. Prescrever mais das outras coisas, dos auxiliares. Na falta de médico, prescrevo outras coisas que ficam mais caras à comunidade...”

“Mas isto é uma atitude despesista. Vamos aumentar, continuar a ter uma atitude defensiva que nos iliba de alguns erros que possamos cometer. Vamos ser mais despesistas porque eu quando for ver os meus utentes, à cautela vou pedir qualquer exame que entre noutra questão.”

“(...) se eu estou insatisfeito, não é, estou desiludido com a carreira em cuidados de saúde primários, naquilo porque andei a lutar tantos anos, se calhar chegou-se ao ponto de dizer assim “olha, deixa correr (...)”

“(...) a ética e a deontologia ainda continuam muito presentes nas nossas cabeças (...), a humanidade, o sentido humanista, holístico da nossa profissão leva-nos a ter essa (...) sensibilidade, mas isso acaba com as pessoas cansadas (...) a desistir.” (D)

1.5. Factores que poderiam melhorar a satisfação profissional dos médicos de família

Foi colocada uma questão especificamente sobre este aspecto. Os factores seguidamente apresentados foram referidos espontaneamente sem nenhuma orientação ou questão dirigida. Os resultados estão divididos em dois tipos de incentivos: 1) dentro do pacote retributivo e 2) fora do pacote retributivo.

Uma observação relevante prende-se com algo que aconteceu várias vezes ao longo dos *focus groups* sobre satisfação profissional: as frases sobre os incentivos propostos muitas vezes termi-

navam com frases equivalentes a “*como vai ser nas USF*”, revelando que o esquema proposto na actual reforma é identificado como passível de promover a satisfação profissional.

1.5.1. Incentivos dentro do pacote retributivo

A retribuição é um aspecto importante, mas para ter mais valor deve ser diferenciada conforme o desempenho e promover o trabalho em equipa e a co-responsabilização pela actividade da unidade.

“O dinheiro também move as pessoas.” (D)

“Pronto, o acto médico tem peso diferente em termos não só remuneratórios, que para mim não é o mais importante como já disse, mas acho que já não tenho satisfação de outra área”

“E uniformizar o pagamento em função da produtividade.” (D)

“Para os colegas é um factor de desmotivação e de falta de satisfação em todos os aspectos... uns trabalham muito e ganham pouco e outros trabalham pouco e recebem muito.” (D)

“[nós profissionais ficamos] co-responsáveis por produzirmos o máximo que pudermos porque sabemos que toda a equipa vai ganhar com isso. E esse sentido altera completamente a situação. Na realidade as pessoas passam a ganhar em função do trabalho, mas também são responsáveis pelo vencimento dos outros.” (D)

“Agora vão-me pagar, por exemplo, mil por cada inscrito. Eu não faço mais nada. Tenho a minha satisfação pessoal, estou lá, tenho tempo para responder aos doentes todos (...) no fundo, como vai ser nas USF.”

1.5.2. Incentivos fora do pacote retributivo

As propostas de incentivos nesta categoria foram muito diversificados e em grande número, sendo apresentados nas seguintes classes: 1) melhor orientação e gestão política, 2) melhor liderança, 3) melhor qualidade organizacional, 4) aumento da autonomia e da responsabilidade / maior participação nas decisões, 5) aumento da quantidade e qualidade da informação (incluindo a informação sobre o próprio desempenho do trabalhador) / melhores meios de comunicação, 6) recursos humanos adequados, 7) melhor ambiente de trabalho / ambiente de suporte e de solidariedade / espírito de corpo, 8) melhores instalações e 9) maior responsabilidade social dos utentes e do Estado.

- a. Melhor orientação e gestão política – fica bem marcada a convicção de que a primazia dos CSP nos discursos políticos é considerada com uma manobra de marketing não se refletindo na distribuição de recursos. Por outro lado, a instabilidade de políticas do sector é também quase uma imagem de marca portuguesa.

“Quer dizer, politicamente os cuidados primários são prioritários e são o alicerce dos serviços de saúde, mas não é para aqui que são canalizados nem os profissionais nem as verbas, nem nada. Enquanto não resolverem este problema...”

“(...) o que desgasta a função de quem está ali, digamos, são as variações da política. E o que é hoje verdade, amanhã já é mentira. (...) nós empenhámo-nos em determinadas coisas e, passado um, dois ou três anos, as coisas mudam e nós não temos cara de renegar aquilo que com tanto empenho andámos a defender.”

“E eu de facto acho que (...), quando falo com colegas lá fora [fora do país] (...), eles não têm esta vivência. Eles sabem exactamente o que lhes vai acontecer daqui por 15 anos.”

“(...) fazer com que haja uma separação maior entre a nossa profissão e a política...”

- b. Melhor liderança – chefias escolhidas pelo seu projecto para o CS e que queiram ouvir o que os profissionais do terreno tenham para dizer é o desejo expresso pelos participantes. Os directores de CS participantes desenham o chefe ideal como tendo capacidade negocial e de comunicação, sendo digno de confiança, nomeadamente pelo seu trajecto anterior, sabendo gerir bem os incentivos e acima de tudo sabendo perseverar.

“(...) Seria importante, sim [que as chefias fossem nomeadas pelos seus projectos].”

“(...) a comunicação directa com os colegas e (...) conseguir que eles confiem em nós, que estamos ali para os apoiar e não para os explorar. E tentar fazer com que eles trabalhem mais, com um incentivo pessoal de reconhecimento...” (D)

“Tenho que equilibrar a balança de uma maneira humana muito satisfatória para ambas as partes.” (D)

“[Para gerir o CS são necessárias] muita persistência e muita diplomacia e sempre muita persistência...” (D)

“Dá-me a sensação que pende com o prestígio que temos junto dos colegas. (...) E nós temos que empenhá-lo todo, empenhamo-lo todo [o prestígio].” (D)

“Ouvir, estar lá, conhecer, que é coisa que muitas das pessoas que têm que passar por lá não fazem (...) Mas há o “eu ouvi, mas depois faço o que me apetecer”. Eu ouvi, ouvi mas depois faço aquilo que já tinha pensado fazer.”

“Há colegas que também não sabem dizer o que querem, não é?”

- c. Melhor qualidade organizacional – uma boa organização interna e o trabalho em equipa são considerados dos melhores incentivos; são, também, considerados importantes a definição das tarefas e responsabilidades dos MF (tendo em conta, sempre que possível as preferências e gostos de cada profissional), a existência de reuniões de serviço regulares, horários bem pensados com períodos de repouso ao longo do dia e a existência de mecanismos que promovam o cumprimento das normas de funcionamento do CS por parte do utente.”

“A compensação nas USF é a organização interna.” (D)

“(…) que vai ser implementada nas USF... cada indivíduo que se vai inscrever vai ter um cartãozinho com aquilo que pode esperar e aquilo que não pode esperar.”

“Neste momento tem que se definir o que é que é o acto médico, o que é que é a minha incumbência.”

“Havendo sempre respeito pelas tendências, porque normalmente não há, a gente tem que fazer tudo e acabou. Muitas vezes não se ouvem os interesses em algumas áreas e acho que isso ia melhorar, a pessoa sentir-se muito mais participativa, muito mais aproveitada e acho que chegava ao fim, pronto, sentia-se muito melhor.”

“Essas reuniões regulares, mensais, podiam ser decisivas na organização e distribuição das tarefas. (...) Podem ser só para informar, mas podem também ser para muita coisa.”

“O quebrar da consulta (...) O médico deveria parar de 50 em 50 minutos para levar uma refrescadela. Mesmo 10 minutos.”

“O utente marcado por hora com algum compromisso do próprio utente (...)”

“Tivemos a felicidade de fazer uma avaliação exterior, que foi feita por uma entidade exterior, [em que se concluiu que] a satisfação dos profissionais era muito maior [em esquemas de trabalho semelhantes a USF, em que havia incentivos e trabalho em equipa].” (D)

d. Aumento da autonomia e da responsabilidade / Maior participação nas decisões

“Participação das pessoas [MF] na própria organização e gestão dos serviços. Isso ia permitir gerir melhor os horários, gerir tempos livres, gerir a realização de trabalhos de investigação, gerir ou receber alunos e receber internos, sei lá. Tudo isso, se realmente as pessoas fossem envolvidas muito mais, fossem envolvidas e não é só ouvir as pessoas, é pô-las mesmo a participar na criação e na organização de várias actividades, acho que isto iria melhorar bastante, também iria aumentar bastante a satisfação.”

e. Aumento da quantidade e qualidade da informação / melhores meios de comunicação

“É impossível porque o indivíduo vai gerir uma coisa que desconhece. Neste país só se vai decidir sobre uma coisa que se conhece. Portanto, o próximo passo é conhecer o CS.”

“Mantê-los [aos MF] informados.” (D)

“Quando faço as reuniões, dou-lhes [aos MF] todas as informações que tenho.” (D)

f. Recursos humanos adequados, quer em número quer em condições contratuais

“A primeira coisa [para melhorar a satisfação profissional dos MF] era ter médicos para todos os utentes.” (D)

“Muitas vezes, em CS que têm graves dificuldades em recursos humanos e que funcionam muito à base de contratos a prazo, como é o caso do meu, temos muitos contratos, o que dá grande instabilidade.” (D)

- g. Melhor ambiente de trabalho, com sensação de suporte pelos colegas e hierarquias e espírito de corpo.

“E mostrarmos aos colegas que nós [directores dos CS] estamos com eles, solidários.” (D)
“Como é que eu hei-de motivar os meus colegas? Só tenho uma hipótese, é ter um CS com uns colegas maravilhosos, estarmos todos a lutar pelo mesmo.” (D)

“Os profissionais, os colegas que estão na Unidade [no regime remuneratório experimental], que se escolheram a si próprios, porque isso é o importante desta coisa, os colegas escolheram-se a si próprios (...) Portanto, as USF, na minha perspectiva, podem ser realmente uma mais-valia e uma possibilidade de diminuição dessa insatisfação [de utentes e profissionais].” (D)

- h. Melhores instalações e mais personalizadas

“Melhorar as instalações, criar condições dignas, dar também dignidade às condições de trabalho.”

“Personalizar o espaço (...) para que o local da prestação de serviço seja agradável. Eu não posso estar num sítio que detesto, (...) onde a pessoa vai resolver rapidamente a lista de afazeres que tem naquele dia. A pessoa tem realmente de gostar de lá estar.”

“Nunca olharam, por exemplo, se o indivíduo... em que condições é que ele está a trabalhar.”

- i. Maior responsabilidade social dos utentes e do Estado – o que poderia resolver uma importante fonte de insatisfação dos MF e que pesa no trabalho burocrático da actividade destes – os inúmeros atestados e declarações. Foi proposto um atestado social, em que cada cidadão arca com as suas responsabilidades para questões de menor importância em vez de transferir essa responsabilidade para o MF.

“Mas na questão de suporte e da segurança social relativamente à população em geral, nomeadamente ao grau de responsabilidade colectiva, o exemplo paradigmático é este: “venho-lhe pedir baixa porque a ama do meu filho adoeceu e não tenho quem fique com ele.” (...) Se nós tivéssemos, a nível social, isto implementado – o chamado atestado social – um termo de responsabilidade individual, em que a pessoa, o utente (...), nesta circunstância poderia arcar com alguma responsabilidade e não sacrificar a uma questão médica.”

“[também investia em educação]... do utente para com isso aumentar a satisfação

dos profissionais. (...) Nos próprios locais de trabalho, nas próprias habitações, nas próprias autarquias, quer dizer, até os políticos.”

“Na minha perspectiva é muito importante uma mudança de mentalidade.” (D)

1.6. O efeito da actual reforma dos CSP na satisfação profissional dos médicos de família

O esquema proposto na actual reforma dos cuidados de saúde primários, nomeadamente com o enquadramento organizativo das unidades de saúde familiar, é encarado não só como uma resposta à insatisfação existente (*“as USF foram resultado da insatisfação.”*), mas também como uma solução eficaz para a combater (*“Só nas USF eu penso que (...) estão com um grau de satisfação alto.”*). Considera-se que o actual processo de reforma dos CSP pode aumentar a satisfação profissional dos MF já que 1) é construído *bottom-up*, apelando à voluntariedade dos profissionais na constituição das USF e à sua responsabilização, 2) traz uma maior autonomia ao exercício profissional, 3) apela a uma maior participação dos profissionais nas decisões sobre o funcionamento das unidades, 4) incentiva o trabalho em equipa e 5) impõe regras mais claras nos deveres e direitos de utentes e profissionais.

No entanto, é realçado o perigo de poderem resultar faltas de equidade no acesso a cuidados de qualidade por parte dos utentes e desinvestimento na dimensão da intervenção comunitária da actividade dos CS.

Os contributos para este tema foram divididos em vários tópicos: estado de satisfação com a reforma; autonomia; trabalho em equipa; qualidade organizacional – outros aspectos para além do trabalho em equipa; remuneração; melhoria da qualidade dos cuidados; relação utente-profissional; equidade para os utentes e profissionais.

1.6.1. Estado de satisfação com a reforma

Foram várias as expressões indicativas de uma maior satisfação profissional nos profissionais envolvidos em USF que se associam com o facto de um certo expurgo das condições extrínsecas que nos CS tradicionalmente são fonte de insatisfação – nas USF têm instalações e equipamento adequados, não têm de lidar com os utentes sem médico de família e existem incentivos.

“[Sobre a satisfação], eu só tenho aquilo que ouvi a alguém que faz parte de uma dessas USF que estava eufórico e muito bem disposto, dizendo que aquilo estava a funcionar muito bem.” (D)

“Só nas USF eu penso que (...) estão com um grau de satisfação alto. Porque têm

instalações novas, algumas, cuidadas (...) não lidam com população sem médico de família. Têm equipamento.” (D)

“Também acho que têm toda a razão (...), os grupos que se constituem em USF controlam, ou expurgam os factores extrínsecos [que provocam insatisfação profissional]. Sejam eles os administrativos, sejam o que sejam.” (D)

“Mas (...) o fundamental para a satisfação das USF não é só o facto de não terem utentes a descoberto, porque, se fosse necessário, com a compensação devida [o atendimento aos utentes sem MF também poderia ser efectuado nas USF] (...) preciso [para a] concretização dos objectivos, atingir as metas a que se propõem, é preciso que haja incentivos.” (D)

Alguns MF temem um excesso de expectativas e de exigências que possam fazer perigar a implementação das USF.

“Eu acho que, em termos de superiores, querem passar do razoável para o super-ótimo. E eu penso que também nas USF se está a pensar nisso.”

É reforçada a noção de que esta é uma reforma que vai alterar profundamente os CS.

“Não, o CS não vai ser o mesmo [após esta reforma dos CSP]...”

Alguns MF consideram que estas alterações vão seguir sem recuos no sentido considerado correcto apesar das oposições que possam surgir, enquanto outros formulam dúvidas sobre se o processo é já irreversível.

“Pode é demorar mais tempo ou menos tempo. (...) Porque o caminho vai ser sempre esse. Vai haver sempre muita gente que vai ser contra. Mas é questão de uma pessoa ter paciência porque estou convicto, tenho quase a certeza, que nós, se nos encontrarmos com um indivíduo daqui a 20 anos, vamos ver que o sistema está completamente diferente, completamente diferente. E que isto está mais centrado nos CS.” (D)

“Mas ainda não há uma segurança de como as coisas vão decorrer. Mesmo em relação ao que se falou, ainda há assuntos para regulamentar. Entretanto muda o Ministro (...) e muda tudo. Infelizmente é assim.”

“(...) e ninguém sabe muito bem o que é que vai acontecer.”

São veiculados também alguns receios que existiram inicialmente em relação à actual reforma dos CSP e da necessidade de se ter tido coragem de aderir a esta reforma desde o primeiro momento.

“É preciso dizer isto. E eu cada vez tenho mais coragem para dizer isto. No princípio tínhamos algum receio [de avançar com as USF], e é preciso dizê-lo, das represálias; mas também, sempre tivemos a coragem de, frontalmente, tentar resolver os nossos problemas. Mas a hierarquia não estava muito motivada para nos apoiar. Havia sectores que, “sim senhor” e havia outros sectores que “nem por isso”.” (D)

Não deixa, no entanto, de se salientar uma certa polarização de opiniões junto dos profissionais de saúde em relação à actual reforma dos CSP.

“Mesmo esta situação que agora se levanta para nós nas USF e que algumas pessoas que aqui estão, e já relativamente orientadas elas mesmas, vêem como uma possível saída, outros verão isso como um remendo”

“Politicamente não concordo... [com as USF e a reforma dos CSP].”

Uma dúvida que surge recorrentemente nos discursos dos participantes é como vão ficar os profissionais que não aderirem voluntariamente a esta reforma, havendo mesmo um MF que referiu que o processo agora é ascendente *bottom-up* e, posteriormente, será *top-down*.

“A partir de agora a gente fica organizada em USF e como é o resto?”

“Nós, por condições próprias, achamos que devemos mudar, fazer unidades de saúde, para melhor e tal. Mas não podemos pressupor que os outros, que não querem... devam ser obrigados a isso.” (D)

“[A actual reforma] Agora é ascendente. (...) Depois será de forma descendente. (...) Porque depois [das USF iniciais, em que os elementos que as integram se escolhem uns aos outros] o que vai sobrar, a escumalha não reunida, entre aspas, vai ficar para quê? Vai ter então, vai haver então uma (...) USF descendente. Organizem-se, se não vão parar a 30 km daqui.”

Continuam a emergir no discurso problemas concretos para o avanço de novas USF e dúvidas sobre o futuro muito alicerçadas naquilo que é percebido como uma indefinição política sobre a visão que o Governo tem para o Sector da Saúde.

“Se eu quiser hoje constituir, ou pensar em constituir uma USF juntamente com um certo número de profissionais, para onde é que eu vou?”

“E, se nós tivéssemos uma perspectiva de futuro mais clara, melhor definida, penso que provavelmente as pessoas estariam mais cómodas para fazer, para tomar decisões, e para avançar, ou para não avançar.”

1.6.2. Autonomia

A autonomia, conjuntamente com o trabalho em equipa, parecem constituir as duas pedras de toque das USF. Autonomia é dos aspectos mais valorizados nos estudos efectuados sobre as razões subjacentes às tomadas de decisão dos MF sobre as suas opções por diferentes esquemas de trabalho e esse resultado surge também aqui lado a lado com uma crescente responsabilização.

“Uma das premissas da USF é “eu não tenho depois uma carga directiva que me é externa, um elemento externo a mandar em mim, eu tenho apenas que (...) responder à cartilha que eu contratualizei. Não tenho depois que aturar seja quem for da cor A, B ou C, com estas e com aquelas manias. Eu tenho um indivíduo no meu grupo que depois me representará naquelas questões. Eu tenho que cumprir a minha função.”

“Eles [profissionais das USF] são autónomos organizacionalmente. A organização do seu trabalho é feita com todos. Todos eles tomam a sua responsabilidade. E todos eles trabalham na formulação do modo de organização da sua Unidade. Isso é importante. No fundo, há (...), há um acerto, toda a gente colabora e toda a gente está de acordo.” (D)

“[os profissionais de saúde nas USF] aceitam melhor as regras porque (...), porque não são impostas.” (D)

“Quando se formou uma outra USF no meu CS por pessoas que sempre disseram mal e que sempre foram contra as USF, eram as pessoas que mais atestados metiam, que mais doentinhas eram, e que deixaram de ser. (...) Portanto, isto denota que, de facto, as pessoas sentem uma co-responsabilização no trabalho de equipa. Responsabilizando-as, diminuem-se as ausências.” (D)

1.6.3. Trabalho em equipa

Trabalho em equipa é a outra imagem de marca das USF, muito ligado à criação de uma identidade comum forjada na auto-selecção dos grupos e nas afinidades e complementaridades entre os vários elementos.

“As pessoas numa USF trabalham em equipa.”

“As USF pretendem a priori resolver tirando parte dessas questões porque o grupo conhece-se, elegeram-se, o grupo arranjou-se, entre si elegeram as próprias pessoas, os cargos são distribuídos pelo próprio grupo, há interligação, há a inter-substituição de que se falava, (...) há ali alguma identidade.”

“E agora faz-me lembrar, porque isto é contraditório, porque esta nova legislação que está aqui destas USF e não sei quê, de equipa não têm nada.”

Mas surgem críticas por não terem sido envolvidos outros grupos profissionais para além dos médicos, enfermeiros e administrativos neste processo da constituição das equipas e pelo constrangimento que tal facto acarreta.

“(...) há uma série de outros profissionais que trabalham actualmente nos CS que são uma grande mais-valia para a qualidade de trabalho do CS, inclusive para tirar algum trabalho dos médicos e que não são ouvidos nem achados nesta nova legislação, o que cria um mal-estar também entre os profissionais.”

1.6.4. Qualidade organizacional – outros aspectos para além do trabalho em equipa

Para além do trabalho em equipa, surgem mais algumas referências a aspectos organizacionais das USF com a tónica geral de que uma das grandes mais-valias das USF é exactamente a sua organização interna e as vantagens para profissionais e utentes de uma maior clarificação dos papéis, direitos e deveres de todos.

“A compensação nas USF, é a organização interna.” (D)

“Há uma coisa mais fácil que se calhar poderíamos ter feito e que vai ser implementada nas USF que é cada indivíduo que se vai inscrever, ir ter um cartãozinho com aquilo que pode esperar e aquilo que não pode esperar.”

1.6.5. Recompensa / Retribuição / Remuneração

Os aspectos remuneratórios ligados a esta reforma são também comentados, revelando-se a concordância com os esquemas propostos assim como com o acréscimo de remuneração para o elemento coordenador da USF.

“Se eu for para uma USF vou ter 1750. Agora, vou ter 1750 mas vou ter as tais listas ponderadas, vou ter... Pronto, o acto médico tem peso diferente em termos não só remuneratórios (...)”

“Normalmente, o responsável da USF tem essa compensação [incentivo monetário pelas funções de chefia].” (D)

1.6.6. Melhoria da qualidade dos cuidados

Os efeitos positivos da actual reforma estendem-se aos utentes, com melhoria da qualidade

dos cuidados que lhes são prestados essencialmente porque os rácios profissionais / utentes são mais adequados, existe alguma estabilidade e uma boa ligação funcional das equipas que prestam os cuidados. É, no entanto, evidenciado que os MF são os mesmos, a sua qualidade técnico-científica é a mesma, o que muda são as condições de exercício que são promotoras de uma maior qualidade.

“Quando se (...) formaram as USF no meu CS (...), telefonou-me uma jornalista e perguntou-me se eu esperava uma melhoria dos cuidados prestados aos utentes nas USF. (...) Eu disse-lhe “uma dimensão da qualidade é a satisfação dos profissionais e a satisfação dos utentes. Os profissionais vão estar muito mais satisfeitos porque os rácios são mais favoráveis e os utentes também porque as equipas são estáveis. Portanto, nesta perspectiva, eu acho que deve haver uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados. Na parte técnico-científica não, porque os colegas são os mesmos (...) a qualidade técnico-profissional há-de manter-se, mas a qualidade, a dimensão imputável à satisfação profissional e à satisfação dos utentes está muito ligada aos rácios e à estabilidade das equipas.” (D)

1.6.7. Relação utente-profissional

O relacionamento entre utentes e profissionais também melhora neste novo enquadramento, considerando-se que existe uma maior interiorização de direitos e deveres de parte a parte com ganhos para todos. Também é evidenciado que os MF têm uma nova disponibilidade para o CS e para os utentes.

“[Nas USF] vêem-se normas mais definidas, há normas que têm de ser seguidas mesmo por parte dos utentes, que infelizmente continuam a ter sempre os direitos e os deveres não existem ..., e com a instalação das USF isso já faz parte. Com as USF eles, ao aceitarem fazer parte das USF, têm uns compromissos e não só os direitos. E isso, em parte, ajuda a que os profissionais se sintam melhor.” (D)

“[Um dos factores que levam a uma maior satisfação nas USF é que] não só os direitos são afixados, mas eles são vividos. Os direitos e os deveres. E portanto, quando os utentes são bem atendidos, e quando se cumpre a nossa parte, a obrigação que temos para com eles, quando cumprimos os horários que estão afixados, quando cumprimos todas as marcações, quando há desmarcações e telefonamos atempadamente, portanto, quando respeitamos os direitos deles, eles naturalmente que assumem muito mais os deveres, também.” (D)

“Lá está, porque [os MF que aderiram a uma USF] têm uma nova disponibilidade.”

1.6.8. Equidade para os utentes e profissionais

Um perigo comentado nestes *focus groups* foi o da criação de grupos de utentes com acessos diferenciados, eventualmente não equitativos, aos cuidados de saúde, assim como de divisões entre os profissionais de saúde.

“Ou então vão ficar aqui nos CS para os utentes não escolhidos pela USF, entre aspas, que vão outra vez ser os cidadãos de segunda, que já havia, já havia os da ADSE, os dos sub-sistemas e depois os do sistema nacional de saúde. Agora vai-se criar um outro tipo, que vai ser o utente de USF versus o utente do CS, percebem? E depois... e depois isto vai criar essas insatisfações todas.”

“Porque realmente começa a haver a comparação. (...) E mais, os colegas que estão no CS tradicional não trabalham pior do que os outros, só que são vistos de forma diferente. (...) Até podem trabalhar mais, mas são vistos de forma diferente. Por mais que queiramos, são vistos de forma diferente.” (D)

2. Satisfação profissional – perspectiva das chefias intermédias dos centros de saúde

Rita Caldeira e André Biscaia

Este capítulo de resultados resume a análise do conteúdo recolhido num *focus group* que integrou 6 elementos, todos eles chefias intermédias médicas, de enfermagem e administrativas provenientes de dois CS.

O discurso dos participantes foi classificado de acordo com as seguintes dimensões e respectivas subcategorias:

- actual estado de satisfação profissional nos centros de saúde;
- consequências do actual estado de satisfação profissional nos centros de saúde;
- factores que poderiam melhorar a satisfação profissional nos centros de saúde;
- o efeito da actual reforma dos cuidados de saúde primários.

2.1. Actual estado de satisfação profissional nos centros de saúde

Os conceitos “motivação” e “satisfação” são frequentemente usados indistintamente no discurso destes participantes, tendo chegado a ser necessário esclarecer se eram considerados como sinónimos para os participantes. Revelou-se consensual que são conceitos relacionados ainda que não sinónimos, surgindo a motivação como algo que confere protecção contra o efeito na satisfação profissional de acontecimentos adversos que possam surgir.

“Estão ligados. [a motivação e a satisfação]

- Mas não são sinónimos. [a motivação e a satisfação]”

“[...] se eu me mantiver motivada, mesmo que me pareça que o que está à volta é adverso, [...] continuo a acreditar que se pode chegar lá.”

Ao longo da conversa os participantes vão salientando diversos factores e relatando situações geradoras tanto de satisfação como de insatisfação no decurso dos seus trajectos profissionais. No cômputo geral poder-se-á dizer que as referências positivas superam as negativas. Organizou-se esta secção nos seguintes tópicos ilustrando o seu efeito na satisfação profissional: mo-

tivação; sistema de saúde e orientações políticas; supervisão / avaliação / controlo; relacionamento com os profissionais / colegas de trabalho; relacionamento com chefias; relacionamento com os utentes; especificidades das chefias intermédias.

2.1.1. Motivação

A chamada “motivação intrínseca” é particularmente referida e advém sobretudo da construção partilhada de metas adequadas e exequíveis.

“Tem sempre que haver motivação. [...] eu tenho que ter a minha motivação intrínseca.”
“Eu acho que as metas são importantes na motivação (...) quando os profissionais estão envolvidos nessas metas, não lhes pedem só que cheguem lá, mas que eles percebam. E a melhor maneira de perceber é tendo ajudado a construir.”

Assim, o trabalho em equipa, apelidado de “vestir a camisola”, é particularmente valorizado, sobretudo:

a. interajuda.

“Porque trabalhamos todos no mesmo objectivo, trabalhamos todos em conjunto.”

b. diálogo construtivo.

“[...] as coisas têm que ser faladas e explicadas. [...] onde há muitas pessoas há sempre qualquer erro de comunicação [...] Essas coisas têm que ser sempre desmistificadas e [...] daí realmente o ser importante trabalhar em equipa.”

c. e reconhecimento entre os pares.

“E saber que são reconhecidos [...] Isso também é importante.”

As referências feitas ao trabalho que os profissionais desenvolvem são escassas, mas revestem-se sempre de um cariz positivo, denotando claro interesse e satisfação com o conteúdo funcional.

“[...] mas depois há uma outra parte que dá uma certa satisfação e gozo, mesmo a nível profissional... gosto tanto, tanto daquilo que estou a fazer [...] faz-me criar novas [...] etapas, novos objectivos a alcançar. E por vezes [...] tenho imenso prazer mesmo.”
“Mas no fundo esta equipa funciona porque [...] está satisfeita com aquilo que faz. Eu

acho que todos os elementos gostam verdadeiramente daquilo que fazem porque se não já tinham tido oportunidade de sair.”

Surgem diversas intervenções que poderão ser consideradas como estratégias de coping, predominantemente no âmbito de duas categorias distintas:

- a. Motivação intrínseca (destacando-se a importância da automotivação através da sensação de “dever cumprido”).

“Uma pessoa que goste de fazer, goste de trabalhar, arranja sempre maneira de, melhor ou pior, andar um passo à frente.”

“[...] eu acho que tenho uma boa auto-estima e que, como acho que trabalho bem, mesmo que não haja grande reconhecimento eu não deixo por isso de achar que trabalho bem.”

- b. Trabalho em equipa.

“Essa possibilidade de nós trabalharmos em equipa, em equipas que sejam interdisciplinares, eu acho que tem outra vantagem que está ligada com a satisfação, que no fundo passa por um reconhecimento, de que eu falei há bocado, do nosso valor.”

Em termos de organização / gestão a tónica dominante revela satisfação, possivelmente porque a posição hierárquica ocupada pelas chefias intermédias permite aos profissionais gozar de alguma autonomia.

“No meu dia-a-dia [...], apesar de tudo, não estou insatisfeito. Eu tenho uma relativa autonomia, faço como gosto, como acho, não tenho confusões, [...] faço o trabalho de um modo que me agrada. [...] Evidente, ‘ah, vives no Paraíso?’. Não vivo. Mas também na USF vou viver no Paraíso? Não.”

No entanto, é reforçada a necessidade de trabalhar em equipa, partilhando experiências e responsabilidades, tal como a filosofia das USF preconiza.

“Metas construídas em conjunto [...] em que as pessoas participem. [...] há essa possibilidade nas USF [...] eu não acho que as USF sejam a única solução, que até aqui estivemos a trabalhar mal, não é? [...] acho que, se calhar, para nós foi muito fácil esta ideia da USF porque vínhamos já muito habituados a partilhar [...] esta experiência [...] na elaboração do plano de acção, na criação de metas, na discussão de metas, nos indicadores...”

“A principal [prioridade para aumentar a satisfação dos profissionais] digo já: reunir com as pessoas, auscultar a opinião delas, tirar grande proveito, sentir o que é que as

“pessoas querem, [...] valorizar o trabalho delas, mas passando pelo diálogo. Acho que isso é importantíssimo.”

Existem inúmeras referências à importância do reconhecimento e valorização do trabalho como elementos fundamentais e até prioritários para aumentar a satisfação dos profissionais. Embora não existam referências directas ao conceito de “justiça” em termos de reconhecimento social e institucional, existem dois comentários merecedores de destaque, a partir dos quais se poderá inferir que existe alguma sensação de injustiça perante:

- a. a postura estatal, uma vez que alegadamente o Estado deixaria transparecer para o público uma má imagem dos funcionários públicos, com implicações também para a imagem pública dos profissionais dos centros de saúde.

“E mais, [o Estado] tem passado para o público, para a população portuguesa, que os funcionários públicos [...] são o verdadeiro [...] mal deste país.”

“Eu acho que o reconhecimento é fundamental. [...] É reconhecerem que eu sou uma peça importante e portanto devo ser bem tratada.”

- b. a postura dos utentes, que apenas comunicarão com os profissionais para reclamar e nunca para reconhecer os eventuais bons serviços que lhes sejam prestados.

“Mas veja, nós temos um livro amarelo de reclamações para a insatisfação do utente e não há nada em paralelo que seja o reconhecimento. Ora os CS não são só maus...”

A remuneração é um aspecto pouco abordado ao longo da discussão, no âmbito da qual se encontram algumas, embora poucas, referências à ausência de aumentos salariais.

“Também tem a ver um bocadinho com a conjuntura, de não terem sido aumentadas em relação à parte monetária, não subir na carreira.”

É ainda referido um aspecto importante quanto ao funcionamento das USF, que se prende com o esquema remuneratório de acordo com o desempenho o qual poderá acarretar alguma satisfação para os profissionais, embora não seja considerado um aspecto particularmente relevante.

“[...] vou ser paga [...] em função dos resultados. Eu penso que [...] aumenta a satisfação. Não acho de maneira nenhuma que seja a questão mais importante.”

2.1.2. Sistema de saúde, carreiras profissionais e orientações políticas

No que diz respeito às mudanças, em termos gerais, verificadas no âmbito do sistema de saúde, a tônica dominante encontrada é de desagrado perante as intervenções do Estado, sendo de referir a alegada desarticulação entre as necessidades reais e as orientações superiores, bem como a desmotivação gerada junto dos profissionais da função pública.

“[...] parece-me que o principal prejuízo [...] para o funcionamento das coisas são orientações superiores dadas por pessoas que não têm ligação nenhuma com os problemas que há no próprio local de trabalho e que determinam ‘bitates’ que não têm pés nem cabeça. E isso verifica-se a torto e a direito.”

“[...] tudo aquilo que este Governo tem feito e o anterior é desmotivar [...] eu acho que isso tudo, se fosse feito na privada [...] se calhar também não era o motor para qualquer motivação de funcionários privados para atingir determinados objectivos da empresa.”

A tônica geral é de insatisfação, dadas as mudanças que os profissionais consideram negativas em termos de contexto e que defraudam expectativas que haviam sido criadas. O regime de aposentações assume uma posição importante neste ponto.

“Todos os dias o que é que vemos? Corta na reforma. Antes o contrato era para aos x anos te poderes reformar, agora não é. É sempre a torto e a direito... todos os dias assistimos [...] a situações que são gravosas para o nosso futuro. E vão defraudar as expectativas que o próprio Estado nos criou.”

Para além disso, reforçam que as mudanças verificadas não só são gravosas como surgiram unilateralmente, gerando ainda alguma instabilidade.

“E portanto prometem hoje uma coisa [...] nada nos garante que daqui a 2 ou 3 anos não alterem tudo unilateralmente, como tem sido o costume.”

“Eu detesto mudanças unilaterais a meio do jogo. Acho, sinceramente, desonesto. Pronto, é mesmo esse o termo. [...] ao nível da política global, estou insatisfeitíssimo.”

Como contraponto desta sensação de insatisfação generalizada, surge um comentário que procura destacar aquilo que se considera ser a inevitabilidade das alterações sentidas, dadas as mudanças da pirâmide etária e a consequente incapacidade de manter o esquema de aposentações tal como havia sido delineado.

“[...] sei que vou ser prejudicada. Não acho [...] agradável que se mudem as regras do jogo a meio. Acho que era perfeitamente inevitável porque há uma conjuntura [...]”

que é a modificação das condições sociais, contra a qual não podemos lutar, [...] não vale a pena. Eu não sou de enterrar a cabeça na areia e fingir [...] que continuam a nascer muitos meninos e que vai continuar a haver muita gente para continuar a pagar as nossas reformas [...] Não acredito nisso, sei que não é verdade e portanto vou ser prejudicada. Apesar de tudo penso, acredito, que ainda vou ter uma reforma razoável.”

No que concerne à evolução profissional verifica-se, com alguma frequência, uma associação ao chamado “congelamento das carreiras” da função pública, situação que gera alguma insatisfação.

“Não aumentam as pessoas, cortam os concursos... essas coisas todas que é conhecido...”

2.1.3. Supervisão / Avaliação / Controlo

- a. Supervisão. A supervisão é encarada positivamente pelos participantes, sendo até referida como algo de fundamental para salvaguarda dos procedimentos instituídos e para evitar a perpetuação de erros.

“Eu acho que é essencial a supervisão [...]. Acho que é uma mais-valia, até em termos de orientação [...]. Acho que é óptimo.”

“Para que este erro não se reproduza. [...] supervisão nesse sentido [...] Não escondemos o que fazemos mas mostramos o que é que aconteceu para que a equipa resolva, para que o erro não se repita.”

Faz-se, no entanto, uma distinção clara entre os conceitos de supervisão e avaliação.

“Aceito perfeitamente para determinadas situações supervisão, noutras eu iria chamar uma coisa diferente que tem a ver [...] com avaliação.”

- b. Avaliação. A avaliação é considerada, em termos gerais, como algo de útil e necessário, embora se revista de algumas particularidades. Por um lado, destaca-se a percepção de que, em termos de avaliação, o peso atribuído aos erros cometidos talvez seja excessivo considerando o desempenho global.

“[...] acabamos por ser avaliados pelos erros e não pelo trabalho desenvolvido durante o ano.”

Por outro lado, o SIADAP é encarado como um modo de avaliação interessante, embora demasiado complexo. É alegado que a falta de formação e acompanhamento dos profissionais

que o deverão aplicar pode gerar frustrações e condicionar negativamente a evolução das carreiras, sendo comparado a uma “força” para os administrativos.

“[...] a coisa que me tem dificultado mais o sono nos últimos tempos é o SIADAP. A avaliação que os funcionários administrativos estão a sofrer [...] O acompanhamento é nenhum, as dúvidas são muitas e até pelo trabalho ou pela carência que há agora de mão-de-obra dentro dos CS não se consegue fazer um acompanhamento, propor formação, avaliar a pessoa que está em mais dificuldades ou comete, entre aspas, mais erros e puxá-la. Não. A nota final é que vai condenar, não vai ter progressão na carreira, não vai ser aumentada...”

“Tive duas únicas formações [...] e já é por objectivos ou por metas, só que, a quem se aplica é a administrativos; os objectivos que deviam ser bem definidos, lineares, discutidos, acompanhados para ter uma avaliação final são um bocadinho [...] ao Deus dará. [...] até pelo trabalho ou pela carência que há agora de mão-de-obra dentro dos CS não se consegue fazer um acompanhamento [...] para mim [...] SIADAP é a força do administrativo. [...] isso só vai, no fundo, criar frustrações nas pessoas [...] que depois também não conseguem progredir na carreira.”

- e. *Controlo.* O conceito de “controlo” não surge com clareza na discussão, embora se encontre referência ao julgamento dos pares, neste caso dos médicos, enquanto avaliadores técnicos. De referir a desmistificação do “controlo” enquanto elemento negativo, enfatizando a sua premência para a detecção, discussão, resolução e prevenção de erros.

“A mim parece-me que é óbvio que em termos técnicos [a avaliação / supervisão] tem que ser por um médico. [...] mesmo entre os médicos não é fácil porque as pessoas não gostam de ser avaliadas no seu trabalho. E não gostam porque há, no fundo, este receio do julgamento. Portanto nós temos que ser capazes de ter abertura e para isso temos que aceitar que erramos, que o erro seja apontado, mas o apontar tem que ser para se discutir e resolver e para não ser repetido no mesmo contexto ou por outros. Não para dizer ‘olha, aquele andava a fazer mal’.”

Por outro lado, medidas como incentivos relacionados com actos específicos, como a prescrição (ou não prescrição) de determinados fármacos como as quinolonas, são encaradas como formas de controlo que não são aceitáveis.

“Quem diz as quinolonas diz outra coisa. [...] tens que receitar aquelas que de acordo com o know-how, o state of the art, terás que receitar. [...] não tem que haver, quanto a mim um limite. [...] receitai muito poucas, vou-te dizer, mas chateia-me profundamente dizerem-me que eu não posso receitar mais que X.”

2.1.4. Relacionamento com os profissionais / colegas de trabalho

No âmbito do relacionamento com os colegas de trabalho, o aspecto mais focado é o trabalho em equipa enquanto forma de trabalho mais gratificante e geradora de satisfação, referindo-se até que tal situação se reflecte positivamente na qualidade dos cuidados prestados.

Não foram dadas quaisquer referências que indiciem conflito entre os profissionais / colegas de trabalho.

*“É [...] extremamente gratificante trabalhar em equipa, quando se trabalha mesmo em equipa.”
“[...] em termos de reforma [dos CSP], [a grande vantagem] que eu vejo é em termos do trabalhar em equipa; eu acredito que isso é essencial para uma melhor qualidade de cuidados.”*

De salientar ainda a sensação de suporte que o trabalho em equipa possibilita, na medida em que se garante o cumprimento das responsabilidades profissionais, mesmo em caso de falha de um dos elementos da equipa.

“[Aumenta a satisfação dos profissionais] Porque trabalhamos todos no mesmo objectivo, trabalhamos todos em conjunto. E depois é aquela ligação que existe de ‘eu não estou, mas sei que está alguém que faz o meu trabalho, eu estou descansada porque as coisas seguem, têm caminho.’”

A questão do reconhecimento é também focada no trabalho em equipa, na medida em que o valor e competências individuais se tornam fundamentais para o bom desempenho global.

“Essa possibilidade de nós trabalharmos em equipa, em equipas que sejam interdisciplinares [...] acho que tem outra vantagem que está ligada com a satisfação, que no fundo passa por um reconhecimento, de que eu falei há bocado, do nosso valor. Se eu estou numa equipa em que se entende que todos aprendemos com todos e se, de facto, aprendemos uns com os outros, aquela equipa, no conjunto, ganha, fica a saber mais do que quando somamos os sabezinhos todos, [...] isto faz com que o meu valor seja mais reconhecido. Portanto, não é só acrescentar, mas que eu sinta que ele é reconhecido. O contributo que eu posso dar a esta equipa não é só para eu resolver aquele problema [...] mas também ver que, somado aos dos outros, é importante no crescimento daquela equipa.”

No âmbito da questão do reconhecimento existe uma chamada de atenção para os perigos inerentes ao facto de se poder cair em situação de dependência face ao reconhecimento alheio, podendo chegar-se a comprometer e corromper o desempenho de toda a equipa quando um dos seus elementos se encontra desmotivado.

“[...] essa procura constante de reconhecimento do nosso trabalho pelos outros parece-me também um bocadinho de situação de dependência em relação à opinião alheia. [...] nós devemos sentir-nos bem sobretudo connosco próprios, com a satisfação de termos cumprido com aquilo que nós devemos fazer. [...] isso é que é sobretudo importante. Claro que o reconhecimento pelos outros também, [...] não vou dizer que não tenha alguma importância ou pelo menos algum cabimento [...] Agora [...] não sei até que ponto é que se deve valorizar mais ou menos um conceito ou outro. E [...] neste contexto da equipa de que tenho estado a ouvir falar, daqui a bocado parece-me que cada elemento é um braço de um polvo, de uma coisa central – [...] não no sentido de apertar, no sentido que, pronto, tudo converge para a equipa, para a cabeça do polvo, tudo bem – mas de facto [...] cheira-me um bocado a dependência e que a pessoa necessita do reconhecimento dos outros para se sentir bem. [...] a pessoa deve tratar de se sentir bem por si própria, sentir que fez aquilo que [...] devia ter feito. [...] E até ao ponto em que um elemento está mal, depois a equipa está toda também um bocado mal... andam todos a lamentar-se e a chorar e [...] dão palmadinhas nas costas uns aos outros.”

2.1.5. Relacionamento com chefias

No relacionamento dos profissionais com as chefias não são referidas quaisquer situações de conflito, pelo que se pode inferir que esta não se tem revelado problemática para os participantes. As posturas das direcções são colocadas em perspectiva através de um enquadramento contextual, muitas vezes na dependência de orientações superiores.

“Mas eu, por exemplo, [...] em 22 anos, já vi fases de mais dinamismo e de menos dinamismo. Isso tem a ver com as direcções e até com os momentos das direcções. Já houve muita coisa diferente que se fez neste CS e às vezes não tem só a ver com as direcções, tem a ver com as orientações superiores.”

Existem claras referências a uma evolução que se considera positiva no sentido de os profissionais terem uma sensação crescente de serem ouvidos pela direcção, que se manifesta, por exemplo, na possibilidade de poderem expressar desagrado ou descontentamento, tal como o fazem os utentes.

“[...] ao longo do tempo, eu tenho visto uma evolução boa. [...] Acho que somos ouvidos.”
“[...] pode haver uma situação qualquer que se passou com um utente, que se passou com um colega, que se passou com a direcção que eu acho que correu menos bem. E porque é que eu não posso escrever se o utente tem direito a escrever? [...] expressar à nossa maneira [...] o que aconteceu, o que pensamos?”

2.1.6. Relacionamento com os utentes

Um dos aspectos mais referidos no âmbito da relação com os utentes passa pela importância atribuída ao reconhecimento por parte dos mesmos como elemento gerador de satisfação, podendo mesmo servir de conforto face a outras contrariedades sentidas pelos profissionais.

“Tenho uma direcção que me tratou mal? Espelho-me mais no reconhecimento dos meus utentes.”

“Reconhecimento entre pares; o reconhecimento das pessoas a quem nós prestamos o serviço também é importante, não é?”

Por outro lado, refere-se que, à semelhança do mecanismo que existe para que os utentes possam expressar o seu desagrado – o livro amarelo –, deveria existir outro mecanismo que lhe servisse de contraponto e que permitisse também aos profissionais expressar a sua insatisfação.

“Quando há uma queixa de um utente [...] ‘agora acham que têm os direitos todos, [...] ainda reclamam, ainda se acham no direito de reclamar’; e é como se eles tivessem um direito que nós não temos. De facto eu acho que eles têm o direito [...] que é uma forma de deitar cá para fora, não é?”

“[...] por [...] decisão dos profissionais, também porque a direcção permitiu [...] por exemplo, surgiu o livro verde, que eu penso que é uma ideia nossa, não sei se existe em mais algum sítio [...] nós questionámos a determinada altura porque é que os utentes podem reclamar e nós não podemos dizer se não estamos satisfeitos com alguma coisa?”

Será de salientar a relação directa que ocorre entre a satisfação do profissional e o relacionamento com os utentes, exemplificada aqui com o cenário que surge em situações de *burnout* e com a questão das reclamações no livro amarelo. Em resumo, quanto mais satisfeito está um profissional, mais fluida e menos conflituosa será a sua relação com o utente.

“[...] a insatisfação aumenta muito mais o stresse, cria um risco grande de burnout e [...] as pessoas que estão em burnout têm muito mais conflitos com os utentes. [...] as pessoas que têm a maioria das queixas no livro amarelo [...] pode ter a ver com características da personalidade da pessoa, mas também pessoas que estão claramente insatisfeitas, [...] perfeitamente a entrar em burnout e portanto deixaram de conseguir lidar com as situações.”

“[...] como a pessoa está muito insatisfeita [...] num stresse [...] contamina o espaço todo, mesmo o que está à volta.”

“[...] nunca tive uma queixa no livro amarelo e eu explico por duas razões simples: uma é porque estou satisfeita; a segunda é porque o administrativo com quem eu trabalho [...] está satisfeito [...] Não vou discutir aqui a qualidade do trabalho porque de facto não

acho que as coisas estejam sempre relacionadas. Todos os utentes estão satisfeitíssimos com ele e não há médicos com ele que tenham tido queixas no livro amarelo [...] Portanto eu acho que, de facto, o que até aqui me protegeu de queixas [...] foi que eu estou satisfeita e trabalho também com uma pessoa que está muito satisfeita e, conseqüentemente, com utentes satisfeitos. E isso evita o conflito.”

2.1.7. Especificidades das chefias intermédias

O papel das chefias intermédias é considerado como fundamental na motivação dos seus profissionais, sobretudo através do reconhecimento do seu trabalho e do diálogo.

*“Em relação à motivação, à mudança das pessoas, o nosso papel é fundamental.”
“[...] em relação a esta história da motivação, uma estratégia é esta do reconhecimento, do ouvir a pessoa, as dificuldades que há... Fazer em conjunto...”*

É reforçada a ideia de que a satisfação dos profissionais tem uma relação directa com a satisfação dos utentes e que as chefias intermédias, independentemente do contexto externo adverso, vão conseguindo levar por diante os princípios orientadores inerentes às suas funções específicas.

“[...] quando as pessoas têm [...] cargos de chefia [...] as metas são, enfim, determinar alguns princípios orientadores do serviço, fazer melhorias, melhor gestão do pessoal e que as pessoas, os profissionais que trabalham connosco também se sintam mais satisfeitos [...] tudo isso se transmite na satisfação dos utentes. As pessoas têm que perceber – e percebem – que a razão de ser de nós estarmos aqui é trabalhar para os utentes, não é? E satisfazê-los. Não estou a dizer satisfazê-los em coisinhas mínimas mas satisfazê-los de um modo profissional e de aquilo que vai de encontro aos cânones da saúde [...] nesse aspecto [...] as chefias intermédias têm bom senso [...], apesar de toda esta turbulência que o Governo – este e o outro, o anterior pelo menos – tem criado. Enfim, a gente vai governando o nosso barco no meio dessas águas agitadas.”

2.2. Consequências do actual estado de satisfação profissional nos centros de saúde

2.2.1. Para o profissional e para a instituição onde trabalha

Existem dois aspectos que foram referidos e que merecem ser destacados em termos de consequências do actual estado de satisfação para o próprio profissional:

- a. Por um lado existe algum risco de *burnout* derivado das insatisfações acumuladas e consequente aumento de stresse, resultando em conflitos com utentes e queixas destes no “livro amarelo”.

“[...] a insatisfação aumenta muito mais o stresse, cria um risco grande de burnout e [...] as pessoas que estão em burnout têm muito mais conflitos com os utentes.”

- b. Por outro lado, o facto de se poder trabalhar em equipa gera uma sensação de suporte, a qual é encarada muito positivamente, gerando satisfação nos profissionais e, por inerência, também nos utentes.

“em termos da reforma [dos CSP], [a grande vantagem] que eu vejo é [...] trabalhar em equipa [...] isso é essencial para uma melhor qualidade de cuidados.”

“[...] eu estou satisfeita e trabalho também com uma pessoa que está muito satisfeita e consequentemente, com utentes satisfeitos. E isso evita o conflito.”

No mesmo sentido, os aspectos anteriormente referidos no que diz respeito às consequências do actual estado de satisfação para o profissional irão naturalmente reflectir-se no desempenho da instituição na qual trabalha.

“[...] como a pessoa está muito insatisfeita [...] num stresse [...] contamina o espaço todo, mesmo o que está à volta.”

2.2.2. Para o cidadão e para a comunidade

As consequências do actual estado de satisfação para o cidadão são abordadas sobretudo no que concerne a qualidade dos cuidados prestados. Neste campo manifestam-se duas perspectivas na medida em que surge:

- a. por um lado, a defesa da ideia de que mesmo que os profissionais se encontrem insatisfeitos poderão continuar a prestar bons cuidados aos utentes.

“[...] também tenho já visto pessoas que apesar de estarem insatisfeitas com todo o sistema conseguem, perante os utentes, prestar bons cuidados.”

- b. por outro lado, argumentação advogando que a existência de uma boa relação com os utentes, que como se viu atrás se considera mais fácil quando existe satisfação profissional, é crucial para a prestação de bons cuidados.

“[...] se a pessoa não estabelecer uma boa relação também não consegue prestar bons cuidados.”

2.3. Factores que poderiam melhorar a satisfação profissional nos centros de saúde

Tal como já referido anteriormente, existem muito poucas referências ao factor “remuneração” no aumento da satisfação profissional. No entanto, foi destacado outro tipo de incentivos fora do pacote remuneratório.

2.3.1. Flexibilidade na gestão do dia de trabalho

Uma maior flexibilidade na gestão da actividade de cada profissional a par de alternância de tarefas poderia ser útil.

“[...] na parte administrativa, uma das coisas era não fazerem tanto tempo de atendimento seguido ao utente. Fazer ciclos mais curtos, com trabalho [...] de retaguarda.”

2.3.2 Adequação da actividade ao perfil de cada profissional

Adequar a actividade de cada profissional ao que cada um mais gosta ou se sente capaz de fazer dentro de uma lógica de eficiência do serviço, poderia ter também um papel importante no aumento da satisfação profissional.

“[...] dentro do possível, pôr as pessoas a fazer aquilo que gostam. Há pessoas que gostam mais de fazer trabalho de retaguarda, há outras que têm perfil para atender o público. Poder satisfazer nesse aspecto, dar hipótese para a pessoa dizer “eu gosto mais de fazer isto, eu vou produzir mais neste sítio.” Ver o perfil das pessoas, acho que isso é fundamental.”

2.3.3 Aumento da autonomia e/ou da responsabilidade

A participação dos profissionais nas decisões importantes do CS a par do aumento da quantidade e qualidade da informação (incluindo a informação sobre o próprio desempenho do trabalhador).

“Na elaboração do plano de acção, na criação de metas, na discussão de metas, nos indicadores que temos todos os anos... fomos nós que estivemos a fazer, portanto todos

nós temos a nossa quota parte de responsabilidade, não só no que não está bem mas de mudar para ficar melhor nestas metas... eu sinto-me envolvida.”

“ouvir das pessoas o que é que elas acham que poderia melhorar... Saber o que é que já está a ser feito... para não deitarmos trabalho fora. E depois pensar dentro dos objectivos que é importante atingir, quais são os que até aqui não estão a ser atingidos e então propor às pessoas... como é que vamos fazer isto... E depois... vai ter que se monitorizar, avaliar, o que quiserem. Ou seja, vamos ter que ir avaliando, ouvindo, não é?”

2.3.4. Trabalho em equipa

O trabalho de equipa surge sempre como um elemento fundamental.

“Também é importante fazer parte de uma equipa, sentir-se envolvido numa equipa, vestir a camisola de uma equipa. Só assim é que também se consegue [...] criar qualquer coisa.”

2.3.5. Melhor qualidade organizacional

A criação de oportunidades e momentos de comunicação e planeamento conjunto dentro da equipa é outro aspecto que pode fazer a diferença na melhoria da qualidade organizacional dos CS.

“[...] reunião semanal em que é programada e é feita também a agenda da semana seguinte [...]. Mas [...] também outras coisas [...] com humor.”

2.3.6. Liderança

A liderança é considerada igualmente importante para o bom funcionamento da equipa.

“Nós vamos ter que, em conjunto, atingir [...] objectivos. [...] Com o pouco que eu sei de gestão, diria eu [...] com o que vocês sabem do terreno, como é que nós vamos planear para conseguir? [...] Estamos todos a monitorizar, mas há alguém que tem, de vez em quando, de me pedir contas, porque nós não funcionamos todos aos mesmos ritmos.”

2.4. O efeito da actual reforma dos CSP

Concretamente no que diz respeito à reforma dos cuidados de saúde primários existem diver-

sos temas que já foram abordados, tendo sido desenvolvidos e trabalhados especificamente em alguns dos capítulos anteriores. Mesmo assim, são de destacar os seguintes tópicos:

2.4.1. Estratégia *bottom-up*

A estratégia *bottom-up* da actual reforma, ou seja que começa pela base e que aproxima as estruturas de decisão do terreno. É um conceito aplaudido pelos participantes no sentido em que vai ao encontro de necessidades que haviam sido detectadas, embora se tenha noção de que poderão vir a surgir conflitos na sequência das mudanças.

“[...] apesar da Missão ter decidido – e tinha razões para isso, tinha a ver com a experiência anterior – que esta reforma devia começar pela base [...] por isso começava com a constituição das USF [...] A reforma não são as USF [...] é um erro das pessoas, não é? A reforma é mais do que isso, tem a ver com uma reconfiguração dos CS [...] se a conseguirmos vai ao encontro de coisas que nós dissemos no início [...] que têm a ver com a decisão ser muito mais local. Isto vai acabar com estruturas de decisão que estavam acima, muito acima dos CS e que se vão aproximar, mas que ao mesmo tempo, necessariamente, vão gerar conflito e por isso alguma insatisfação [...] isto é uma reconfiguração que mexe com interesses, com coisas estabelecidas, com rivalidades antigas e portanto cria, por essa razão, de imediato, insatisfação [...] é como se fosse rearrumar um puzzle. Tem que haver um período transitório em que as peças estão todas fora de sítio.”

2.4.2. USF – uma oportunidade para aumentar a satisfação profissional

Vários participantes consideram a criação de USF como uma oportunidade para aumentar a satisfação dos profissionais na medida em que proporciona um esquema laboral mais próximo do das empresas privadas.

“[...] e eu vejo este momento [...] finalmente como oportunidade de passar a ser tratada um pouco como uma empresa privada [...]”

No entanto, a criação de USF é também encarada numa perspectiva negativa, sendo particularmente referidos objectivos de redução de custos que poderão ter implicações éticas na medida em que se pretende limitar a prescrição de medicamentos e exames complementares de diagnóstico.

“Eu acho que a reforma tem 3 objectivos essenciais [...] Conseguir meter mais utentes nos médicos de família do que aquilo que está previsto na lei, reduzir custos com exames complementares de diagnóstico, reduzir custos com terapêutica, acenando-lhes com uma benesse que é um incentivo [...] monetário. [...] quando há bocado estava a dizer que chateava-me termos estado 2 anos sem aumentos na função pública, aborrece-me isso, mas o incentivo monetário à conta de ver se eu prescrevo menos exames complementares de diagnóstico ou nos medicamentos [...] Quer dizer, parece que esse dinheiro que eles me poderiam dar não cai muito bem porque a gente sem querer acaba por se limitar e o limite já não é o ético, começa a ser o limite de um interesse [...] que não tem nada a ver com medicina.”

2.4.3. O perigo de contaminação de “cenários”

A eventual “contaminação” de cenários devido ao facto de a reforma dos cuidados de saúde primários decorrer em simultâneo com toda uma reorganização da função pública. Tal situação implica que alguns dos factores apontados como geradores de insatisfação profissional, como sejam o congelamento de carreiras ou a inexistência de aumentos salariais decorrentes da reforma da Função Pública contamine os efeitos da reforma dos CSP.

“Quando pomos estas coisas numa coisa que se chama reforma [...] ou juntamos isto a outra coisa que está a acontecer em simultâneo [...] que é toda uma reorganização na função pública, que é o projecto deste Governo. Quando nós confundimos as duas coisas contaminamos aqui [...] os cenários.”

2.4.4. Falta de esclarecimento sobre a reforma

A falta de esclarecimento quanto a pontos essenciais da reforma, susceptíveis de gerar conflito, nomeadamente no que diz respeito ao número de utentes por médico.

“Uma das coisas que dizem é que de facto as USF podem ser criadas com 1500 utentes por médico, que de facto é o que está escrito, é o que está na lei e há um parecer do Tribunal Constitucional. Mas não deixa de ser curioso uma colega minha que andava aí a ver se fazia uma USF e dizia assim: “sabes, está escrito que é para 1500 mas eles dizem que não aceitam se não for pelo menos um médico para 1800”. E eu digo: “então está escrita uma coisa mas eles dizem outra?”

2.4.5. Insegurança e instabilidade

A falta de segurança em relação ao futuro e a instabilidade, devida, em grande parte, ao facto de estarem em curso mudanças pioneiras cujas consequências não se podem aferir em pleno de momento.

“[...] acho que as pessoas [...] estão inseguras. Não se sabe o que é que se vai passar. [...] e isso está a dar uma certa insegurança [...] e não estão muito satisfeitas. [...] Quer dizer, está a criar uma instabilidade.”

“percebo que [a reforma dos csp] dê insatisfação porque dá insegurança às pessoas: ‘como é que vai ser? O que é que vai acontecer?’ Nós temos todos receio...”

As mudanças em curso no que concerne a reorganização global da função pública também contribuem para o clima de insegurança em relação ao futuro.

“Também tem a ver um bocadinho com a conjuntura, de não terem sido aumentadas em relação à parte monetária, não subir na carreira. [...] isso tudo e o que se vai ouvindo (sem muito fundamento, muitas vezes) que se vai deixar de ser da função pública, vai-se passar a contrato, [...] Quer dizer, está a criar instabilidade.”

“Ao nível da política global, estou insatisfeítíssimo. Não posso estar pior [...] em termos da reforma [aposentação], dessas coisas todas, é só prejuízo atrás de prejuízo. Só se for parvo, quer dizer, é que vou estar satisfeito. E o primeiro que me apareça a dizer que está satisfeito está a precisar de se tratar.”

2.4.6. Melhoria da qualidade

Acredita-se que a actual reforma nos cuidados de saúde primários irá proporcionar um aumento da quantidade e qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, uma resposta mais eficaz às necessidades da população, a qual, por si só, será também geradora de satisfação para os profissionais.

“Mas como realmente o objectivo é responder às necessidades de saúde ou sociais dos nossos utentes, eu penso que também vai haver uma maior articulação entre os diferentes parceiros [...] uma maior articulação vai proporcionar uma quantidade de cuidados superior àquela que já existe agora. [...] vamos conseguir responder de uma forma mais adequada, mais eficaz, às necessidades da população. [...] podendo agora passar por uma fase de turbulência [...] quando conseguirmos arrumar as coisinhas, nós profissionais vamos sentir, sem dúvida, uma maior satisfação.”

Parte 4: Interpretação dos Conteúdos

Esta parte do livro é dedicada à discussão e interpretação dos resultados, numa perspectiva de transferência do conhecimento gerado no estudo. Para o efeito, os dados recolhidos são traduzidos na detecção de pontos fortes e fracos da organização actual dos cuidados de saúde primários. Com base nesta matriz interpretativa, são propostos mecanismos e vectores de mudança para uma reforma útil na procura de cuidados de saúde primários de excelência.

Os cuidados de saúde primários em Portugal estão numa fase de transição, operada por uma reforma abrangente, que inclui não só este nível de cuidados, mas todo o sistema de saúde e, simultaneamente, toda a administração pública. As linhas orientadoras da mudança em curso têm um contexto histórico de quase meio século, mas torna-se importante saber o que é que os utentes dos serviços por um lado e os profissionais dos CSP por outro valorizam actualmente na organização e na prestação dos cuidados nos CS, assim como a sua opinião e expectativas sobre a actual reforma dos CSP.

Este exercício de dar voz a alguns dos actores desta reforma permite, por um lado, compreender quais os aspectos do funcionamento dos CS que, na sua perspectiva, devem ser preservados – i.e., aspectos que satisfazem – e quais os que devem ser objecto de mudança no sentido da melhoria não só da efectividade dos serviços mas também da satisfação de utentes e profissionais. Neste sentido, conhecer o parecer dos utentes e dos profissionais do terreno é uma forma de promoção da participação activa dos mesmos no processo de mudança agora em curso. É também uma abordagem *bottom-up* na definição de mecanismos e objectivos de mudança, que deve ser entendida como complementar à definição *top-down* das linhas orientadoras da reforma.

Por outro lado, o estudo da satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde nesta fase da reforma permite ter uma base de comparação que pode possibilitar, daqui a alguns anos, já com os CS a funcionar na nova lógica organizacional (agora em fase de implementação), comparar o antes com o depois.

O objectivo deste trabalho não foi saber o grau de satisfação dos utentes e profissionais numa perspectiva quantitativa; pretendeu-se, antes, gerar mais conhecimento sobre as ideias prevaletentes em relação ao funcionamento actual dos CS e preferências de mudança. Paralelamente, procurou-se captar a cultura dominante no grupo dos utentes e no dos profissionais dos CS. Este conhecimento, juntamente com os resultados da análise do contexto actual e tendências emergentes nos cuidados de saúde primários (ver Parte 1), podem ser elementos-chave na construção de políticas que vão ao encontro das necessidades actuais e futuras da sociedade portuguesa. Neste sentido, optou-se por um estudo qualitativo, com o recurso a *focus groups* como técnica de recolha de dados.

A discussão que se segue tem por base os conteúdos dos 14 *focus groups* realizados nas várias regiões do país e nos diversos contextos sociogeográficos e organizacionais. Com esta abordagem, foi possível caracterizar determinantes da satisfação por um lado e, por outro, quais as preferências que os diferentes tipos de participantes implicados têm em relação ao modo de melhorar os cuidados de saúde nos CS. Os resultados e as conclusões obtidos não serão obviamente aplicáveis a todos os contextos socioculturais existentes no país nem devem ser considerados como regras universais, numa lógica estritamente hipotético-dedutiva. Mas são com certeza perspectivas baseadas em vivências concretas do dia-a-dia dos protagonistas nucleares deste sistema (nomeadamente utentes e profissionais de saúde), com aplicação prática na procura de estratégias de mudança eficazes para aumento da satisfação.

Esta reflexão segue a lógica da exposição dos resultados, estando subdividida em:

- satisfação dos utentes;
- perspectivas dos profissionais dos centros de saúde sobre a satisfação dos utentes;
- perspectivas dos profissionais dos meios de comunicação social sobre o funcionamento dos centros de saúde e a reforma dos cuidados de saúde primários;
- satisfação profissional nos centros de saúde;
- integração das diferentes perspectivas.

A - Satisfação dos utentes

Oswaldo Santos e André Biscaia

Ao analisarmos os dados recolhidos, podemos definir nove grandes vectores de satisfação/insatisfação dos utentes.

1. Factor humano

O factor humano reveste-se de uma grande importância para a determinação da satisfação ou insatisfação quanto ao funcionamento actual dos CS. *“Os centros são pessoas, para além do edifício”*. A imagem construída do CS é claramente dependente do tipo de relação que se estabelece com os profissionais de saúde, tendo o médico um ‘peso’ relativo superior ao dos restantes profissionais. De facto, de acordo com as verbalizações dos participantes, a satisfação com o funcionamento dos CS é em grande parte determinada pela satisfação do utente no relacionamento com a equipa de saúde – uma boa relação esbate em muito a insatisfação com outros aspectos (como tempos de espera ou condições físicas do CS). O contrário também é verdadeiro: uma relação menos boa determina insatisfação geral com o CS.

A construção de uma relação individualizada e próxima ao longo do tempo com o médico de família (e ainda mais com uma equipa de saúde – a *“equipa de família”*) que conheça toda a família, o contexto e o historial de saúde de cada um e que assuma um papel interventivo e pró-activo na sua saúde, é algo que os utentes valorizam muito.

Ainda relacionado com o factor humano, há que destacar aspectos que têm a ver com a cultura do utente, até aqui pouco reivindicativo quanto aos seus direitos mas também não isento de responsabilidades no que se refere ao cumprimento dos seus deveres enquanto utente: vários participantes destacaram alguma falta de civismo por parte dos utentes, expressas no contornar regras de acessibilidade aos serviços e no papel demasiado passivo com que se relacionam com o CS. Segundo os discursos recolhidos, poucos são os contributos activos por parte dos utentes para a melhoria dos serviços de saúde. Por outro lado, os utentes são reconhecidos como sendo cada vez mais exigentes e conscientes dos seus direitos, apreciando as iniciativas do CS (ao telefonar para avisar da data de realização de um exame ou de uma vacina, para alterar uma consulta, etc.) e sabendo exprimir gratidão e satisfação quando adequado.

2. Acessibilidade

Falta de médicos, horários pouco alargados e localização pouco apropriada do CS: são estes os factores mais frequentemente referidos como barreiras à acessibilidade aos cuidados de saúde primários.

3. Flexibilidade dos serviços prestados pelos CS

A necessidade de aumentar/melhorar a flexibilidade dos serviços foi um dos eixos centrais do discurso dos participantes. Este aspecto é entendido como crucial para garantir:

- a. maior capacidade de articulação com outras instituições da comunidade – o que facilita e aumenta a oferta de serviços de saúde (especialmente na área dos cuidados no domicílio e na saúde mental);
- b. resposta mais rápida e adequada às necessidades específicas de cada utente, sentido como cada vez mais exigente e desejoso de participar na escolha de cuidados de saúde;
- c. um acesso mais facilitado aos cuidados. Para tal, foi realçada a necessidade de adequar os horários aos ritmos do dia-a-dia das populações abrangidas, de um melhor sistema de marcação de consultas (que privilegie as marcações sem necessidade de se deslocar ao CS – telefone, Internet, etc. – e as consultas com hora pré-determinada) e de um melhor sistema de informação sobre as regras de funcionamento do CS. O uso das novas tecnologias (nomeadamente, a Internet) foi várias vezes indicado como um caminho a seguir para agilizar o acesso ao CS – surgindo neste contexto a necessidade de melhorar a equidade na disponibilidade deste tipo de tecnologia em todo o território nacional (*“Os custos da interioridade são muito grandes para nós”*).

4. Relação de proximidade CS/comunidade

Este aspecto é intrínseco aos já referidos factor humano, acessibilidade e flexibilidade no modo de actuar dos CS. Foi muito claro no discurso dos participantes que as necessidades e a satisfação com os serviços prestados pelo CS passam por uma imagem do CS como estando aberto e em estreita ligação à comunidade. Esta proximidade passa pela “personalização” do CS, tendo por epicentro organizacional e funcional a relação entre profissionais de saúde e utentes. Os participantes deram também especial relevo à necessidade do CS ter uma atitude pró-activa na criação de parcerias com outras estruturas comunitárias e na gestão da saúde da comunidade

e de cada utente. Exemplos de áreas onde é necessário, na perspectiva dos participantes, maior investimento, são o apoio domiciliário (tido como insuficiente para as necessidades de uma população cada vez mais envelhecida) e a articulação com outras organizações, da comunidade, numa perspectiva de trabalho em rede.

5. Eficácia do sistema de informação

Um aspecto operacional fundamental é a garantia de um sistema de informação nos CS que permita o fluxo da informação necessário, quer para uma articulação efectiva entre prestadores de cuidados, quer para a tomada de decisões mais eficientes a nível individual (pelo utente e pelo profissional) e/ou a nível da comunidade.

6. Desburocratização dos serviços

Foram várias as vezes que se aludiu a um excesso de etapas administrativas antes e depois da consulta. O ritual da visita ao CS *‘marcação com o administrativo-consulta com o médico-validação de documentação pelo administrativo’* foi retratado como moroso, disfuncional e, de certo modo, incompreensível por parte dos utentes. Se os primeiros dois passos deste ritual parecem mais óbvios, já o terceiro momento do processo é sentido como um esforço adicional por parte do utente e promotor de insatisfação.

7. Concepção arquitectónica dos CS

A concepção arquitectónica dos CS, incluindo a localização urbanística do mesmo, a acessibilidade por transportes colectivos e a facilidade de estacionamento foi, igualmente, alvo de críticas. Dos discursos recolhidos, foi notório que CS localizados em edifícios inicialmente concebidos para habitação estão associados a maior insatisfação, sendo a base para diversas disfunções organizacionais percepcionáveis pelo utente (por exemplo, mais barreiras arquitectónicas, gestão menos eficiente dos recursos humanos e materiais, percepção – por parte do utente – de profissionais menos motivados, etc.).

8. Equidade

As questões da equidade no acesso aos cuidados de saúde primários surgiram nos CS localizados no interior do país, em meios mais rurais. A este nível, a articulação entre o CS e outros serviços

e unidades de saúde (hospitais, laboratórios de análises clínicas, serviços de transportes de doentes, etc.) foi identificada como uma prioridade para a reforma de cuidados de saúde.

9. Educação para a saúde

Foi salientada a necessidade de uma maior intervenção dos CS na educação das suas populações para a saúde, passando esta por uma coordenação institucional (i.e., não dependente da iniciativa e boa vontade dos funcionários) mais eficiente e continuada. Foi afirmado que, apesar da legislação e dos protocolos existentes neste sentido, *“há muita dificuldade em pôr no terreno aquilo que está na legislação”*.

B - Perspectivas dos profissionais dos centros de saúde e das redes sociais sobre a satisfação dos utentes

1. A importância da equipa

Na opinião dos profissionais de saúde (e à semelhança do verificado para os utentes), o bom funcionamento do CS implica um trabalho organizado em equipas nucleares (médicos, enfermeiros e administrativos) estáveis. Tendo estas equipas como estruturas-base, consideram ser também importante incluir outras profissões (psicólogos, dietistas, médicos dentistas...).

A aposta no desenvolvimento profissional de todos os profissionais dos CSP e das equipas enquanto tais foi considerada fundamental, sendo dada particular ênfase às competências interpessoais.

Ressalta, ainda, a necessidade mais premente de desenvolvimento profissional da área administrativa, “o rosto” e suporte do centro de saúde, na sua relação com o utente e na sua integração na equipa.

2. Trabalho em rede centrado no utente é fundamental

É consensual que os cuidados de saúde primários, para serem mais eficientes, têm de actuar em rede, estabelecendo parcerias com as outras instituições públicas e privadas da área da saúde da sua zona geográfica, e tendo sempre o utente como foco e centro da gestão dos cuidados. *“O centro de saúde ... podia ser considerado ... um grande operador, e ser de facto o pivô de prevenção da saúde e do bem-estar.”* Nesta estratégia, é fundamental estar no “terreno”, ter uma avaliação da situação, das necessidades e dos recursos mobilizáveis da comunidade, estabelecer prioridades relevantes para todos, definir um plano de acção, assim como cultivar uma relação funcional com todos os actores envolvidos. *“A tónica está na proximidade com a população, na proximidade com os técnicos e com as instituições.”*

3. Sistemas de informação úteis

Paralelamente à estabilidade da equipa e ao trabalho em rede, é também considerada como fundamental (e, mais uma vez, esta ideia faz eco do discurso dos utentes) a existência de sistemas de informação efectivos que garantam uma articulação mais eficiente entre todos os elementos da equipa bem como entre o CS e outras instituições da saúde.

4. Reforma integrada na cultura dos profissionais

Os resultados do estudo evidenciam, ainda, um componente ideológico bastante marcado. Ou seja, os profissionais identificam-se com a forma como a reforma foi idealizada e está a ser implementada no terreno – não entra em conflito com a cultura dos profissionais de saúde, bem pelo contrário, é uma reforma que, de acordo com os participantes, faz sentido. Além do mais, esta identificação é acompanhada por sentimentos de urgência e necessidade – *“esta reforma é essencial”*.

5. Tensão USF / não-USF

Ao longo dos *focus groups* foi perceptível a existência de pontos de tensão entre profissionais que integram USF e profissionais que não as integram. Para os que fazem parte de unidades de saúde familiar, o sentimento é de que esta forma de trabalhar é mais satisfatória e eficiente; para os segundos, muitos dos pontos que indicam como passíveis de modificarem positivamente a sua satisfação profissional estão contemplados na actual reforma, sendo muitos destes comentários rematados com esclarecedores *“como vai ser nas USF”*. As reticências deste grupo prendem-se com algum cepticismo quanto ao sucesso da implementação da reforma, dificuldades operacionais que possam dificultar a evolução de novos projectos – *“Se eu quisesse hoje constituir uma USF... para onde é que eu vou?”* – embora também surja oposição em termos conceptuais – *“Politicamente não concordo...”*.

6. Esta reforma ainda não está segura

Apesar do tom geral positivo quando se fala da actual reforma dos CSP, a grande maioria dos participantes, das USF e fora delas, expressou receios quando ao futuro (das suas profissões e dos CS) - *“se nós tivéssemos uma perspectiva de futuro mais clara, melhor definida...”* – estando esta inquietação sobretudo relacionada com experiências negativas de tentativas de reforma anteriores – *“tudo fica (...) pelo terreno, por ser concretizado a 100%”*. Embora não tivesse havido críticas substanciais às linhas orientadoras da reforma, muitos dos participantes expressaram temer que esta seja mais uma reforma para ficar no papel ou só parcialmente implementada.

C - Perspectivas dos profissionais dos meios de comunicação social sobre o funcionamento dos centros de saúde e a reforma dos cuidados de saúde primários

Em termos gerais, os profissionais da comunicação social que participaram no estudo concordam com as linhas orientadoras da reforma em curso. Existe consenso quanto à interpretação da reforma como sendo uma ruptura total com o passado. Ruptura não apenas por as linhas orientadoras serem inovadoras, mas também pelo contexto socioprofissional e político em que a reforma se está a implementar.

Foi referido que a reforma é “*bonita*” em termos de processo individual e de grupo por depender muito da iniciativa individual dos profissionais. Foram identificados os seguintes aspectos que, no entender dos jornalistas, favorecem a reforma:

- a. o contexto histórico em que a reforma acontece ser propício ao seu sucesso pois há consenso na necessidade de mudança de vários aspectos dos cuidados de saúde primários e, em particular, da forma de trabalhar dos CS (mesmo por pessoas oriundas de visões políticas diversas); são considerados como pontos críticos a mudar, a coordenação administrativa dos CS (vista como demasiado burocrática, cristalizando o modo de funcionamento dos CS) e a gestão *top-down*, que resulta em falta de autonomia por parte dos CS e desmotivação por parte dos profissionais de saúde;
- b. ser uma reforma bem pensada e bem implementada;
- c. a motivação dos profissionais para esta reforma ser entendida como diferente (pela positiva) da que se terá verificado nas tentativas de reforma anteriores “*[os primeiros a avançar são profissionais] que acham que a reforma desta forma faz sentido e há ali gente desde uma visão política X a uma visão política ‘Y’...*”;
- d. ser dada a oportunidade aos profissionais para se auto-organizarem em equipas com grande autonomia técnica e organizativa e contratualizarem, enquanto grupo, um conjunto de objectivos e metas para a sua actividade. O facto de ser um processo voluntário é, segundo os participantes, uma garantia de que o processo pode correr bem;
- e. a existência de uma “*afirmação política*” associada a mecanismos de acompanhamento da reforma no terreno que podem anular alguns dos obstáculos que contribuíram grandemente para o insucesso das diversas tentativas anteriores de reforma;

- f. o conhecimento e a confiança dos profissionais nas pessoas que estão à frente da reforma, que a pensaram e que a estão a implementar;

Como aspectos menos positivos da reforma, salientou-se que esta é uma reforma:

- a. demasiado centrada na figura do médico e pouco explícita em termos funcionais para os outros grupos profissionais não médicos;
- b. com pouco envolvimento dos utentes no processo.

Outros obstáculos à reforma inventariados foram:

- a. um passado de diversas tentativas falhadas de mudança e com sucessivas desilusões sofridas pelos profissionais de saúde;
- b. o facto de o sistema de cuidados de saúde primários ser ainda baseado em políticas *top-down*;
- c. a subsistência de políticas e decisões provenientes de governos anteriores que agora se tornam muito difíceis de alterar;
- d. a elevada idade média dos médicos de família.

Por fim, foi destacado o facto de subsistirem dúvidas sobre a existência de vontade política – ou não – para implementar a reforma em toda a sua extensão, nomeadamente pelos atrasos em legislar procedimentos e aspectos fundamentais da reforma. Também houve espaço para a afirmação de que existem estruturas e forças que não têm interesse na reforma e que, portanto, tentam introduzir o máximo de obstáculos. De qualquer modo, os participantes acreditam que, comparativamente com as tentativas de reforma anteriores, a actual beneficia de maior credibilidade por parte dos diferentes actores intervenientes (profissionais de saúde, dirigentes, etc.).

Consideraram ainda que a comunicação social pode ter um papel de grande importância na implementação desta reforma, nomeadamente como forma de transmissão de mais informação sobre a mesma “*[é necessário] um debate intelectual sobre a necessidade de evolução dos CSP para um modelo desse tipo, [que pode ser efectuado] através dos media, a uma população mais alargada, [...] falar à população através dos media*”.

D - Satisfação profissional nos centros de saúde

No que se refere à satisfação profissional nos CS (*focus groups* com directores de CS, chefias intermédias e médicos de família), são de realçar as conclusões apresentadas a seguir.

1 – Relação circular entre satisfação dos utentes e satisfação dos profissionais

Nos *focus groups* dos médicos de família (embora se considere que se podem adaptar igualmente aos outros grupos profissionais) foi identificada uma relação estreita entre satisfação dos utentes e satisfação profissional, alicerçada no seguinte raciocínio circular:

- a. os aspectos que mais satisfazem o médico de família estão relacionados com aspectos intrínsecos à profissão, com aquilo que é considerado nuclear no exercício da profissão, nomeadamente a relação médico-utente;
- b. a satisfação profissional, por outro lado, é sentida como um aspecto estrutural dos cuidados prestados, ou seja, é fundamental que exista para que os cuidados tenham a qualidade necessária;
- c. os utentes são sensíveis à qualidade dos cuidados, ficando mais satisfeitos quando a percebem e, principalmente, quando retiram benefícios directos dessa maior qualidade;
- d. os médicos sentem-se recompensados e retiram satisfação profissional do exercício da sua actividade quando percebem que os utentes estão satisfeitos com os cuidados que lhes são prestados.

2 – A satisfação profissional está associada às condições para o exercício profissional

Embora se considere que exista insatisfação nos profissionais de saúde – “*Não há grande satisfação nos profissionais*” –, a situação varia de local para local em função das condições que são disponibilizadas para o exercício profissional e não do que é intrínseco e nuclear à profissão; considera-se, igualmente, que não é um factor em particular que provoca este estado de satisfação profissional, mas uma conjugação de factores.

As condições de exercício mais frequentemente referidas como associadas à insatisfação profissional foram (a) a escassez de recursos humanos nos CS que, por um lado, é de difícil resolução – “*não podem imaginar o que nós temos feito para tentar arranjar alguém que venha trabalhar*” – e vai piorar brevemente - “*Dentro de 10 anos estamos reformados, todos. Na íntegra.*”

– e, por outro, conduz a rácios profissionais de saúde/utentes inadequados, utentes sem médico de família atribuído – “[os utentes sem médico de família são] uma chaga ... Num CS, quanto maior for o número, mais difícil é a gestão.” – e áreas de cuidados desguarnecidas perturbando toda a actividade dos CS, não permitindo que o perfil do médico de família se possa exprimir em todas as suas vertentes; (b) a baixa autonomia dos CS em todos os domínios; (c) a diminuta participação dos profissionais nas decisões sobre o funcionamento dos CS; (d) a existência de uma gestão considerada “controladora”; (e) a falta de verdadeiro trabalho em equipa; (f) a instabilidade das equipas ao longo do tempo; (g) a dimensão demasiado grande da maioria dos CS; (h) a falta de apoio dos outros níveis de cuidados; e (i) o défice de tecnologia adequada nos CS.

A um nível mais macro, são realçados como factores de insatisfação os problemas colocados pela contenção de custos, uma deficiente definição e orientação política e o facto de se considerar que os CSP nunca terão sido uma verdadeira prioridade “não é para aqui que são canalizados nem os profissionais nem as verbas, nem nada”.

3 – Deterioração na relação profissional de saúde-utente

O discurso dos participantes expressa uma deterioração na relação profissional de saúde-utente (“*tem passado que os funcionários públicos são o verdadeiro mal deste país*”), uma grande pressão do tempo, um aumento das reclamações (que os profissionais consideram acontecer pelas razões erradas – “*nunca vi nenhum utente reclamar por não ter médico de família*”), desrespeito de parte a parte quanto aos respectivos deveres e concomitante exacerbação dos direitos. A este propósito, é referido que as USF, por tornarem mais claros deveres e direitos de utentes e profissionais através de um compromisso formal, e por propiciarem um maior cumprimento por parte dos médicos, em termos, nomeadamente, de horários e de comunicação com os utentes (por exemplo nos casos de desmarcação de consultas), promovem uma maior assunção, por parte dos utentes, das suas responsabilidades em relação ao funcionamento dos CS.

4 – Aumento generalizado da exigência com os cuidados prestados nos CS

Registou-se um aumento do nível de exigência por parte dos utentes, o que causa sentimentos mistos nos profissionais de saúde: por um lado é bem-vindo, por outro cria uma pressão referida como sendo, por vezes, insuportável; ainda paralelamente regista-se alguma insatisfação pelas escassas manifestações de reconhecimento e satisfação por parte dos utentes, por oposição aos *feedbacks* negativos presentes no “livro amarelo”. Por que não a existência de um livro de louvor?

O aumento do nível de exigência acontece igualmente por parte da hierarquia, pela

complexificação do acto médico e pelo surgimento de novas áreas para os CSP ou maior relevância de outras já existentes (saúde mental, prevenção da doença / promoção da saúde) – *“o utente, quando não consegue resposta noutra sítio, vem sempre ter com o médico de família”*; também é referido que se considera que a medicina geral e familiar é para onde é passado tudo o que outros profissionais não querem fazer, assumindo-se a questão dos atestados que actualmente são requeridos para inúmeras actividades como causa de muita insatisfação já que são vistos como um trabalho burocrático e desnecessário.

5 – Ineficácia do sistema de reclamações

O sistema de reclamações é considerado merecedor de uma reformulação completa; as reclamações são muitas vezes consideradas ofensivas para os profissionais de saúde, que se sentem isolados e sem qualquer apoio por parte das hierarquias quando têm de enfrentar uma reclamação; foi sugerido que deveria existir outro mecanismo que lhe servisse de contraponto e que permitisse também aos profissionais expressar a sua insatisfação.

6 – A importância das chefias intermédias

É salientada a importância das chefias intermédias na gestão dos CS e na motivação dos seus profissionais, sobretudo através do reconhecimento do seu trabalho e do diálogo.

7 – A supervisão e a avaliação do desempenho podem ser úteis

A supervisão e a avaliação do desempenho são apreciadas positivamente como tendo um papel importante e não associado a insatisfação quando bem aplicadas. A supervisão, particularmente, é encarada positivamente pelos participantes, sendo até referida como algo de fundamental para salvaguarda dos procedimentos instituídos e para evitar a perpetuação de erros.

No que diz respeito à avaliação do desempenho, refere-se que se atribui um peso excessivo aos erros; o grupo que mais comentários efectua sobre esta área são os administrativos, principalmente sobre todo o processo de avaliação do desempenho SIADAP que é, contudo, encarado como um modo de avaliação interessante, embora demasiado complexo, sendo reivindicada mais e melhor formação e acompanhamento dos profissionais que o deverão aplicar já que pode acarretar consequências negativas para os funcionários avaliados – *“SIADAP é a força do administrativo”* –, nomeadamente em termos de remuneração, progressão na carreira e satisfação profissional.

8 – A insatisfação profissional tem consequências graves

Como consequências mais graves da insatisfação profissional são apontadas:

- a. a deterioração da relação médico-utente com a crescente *medicalização* (“*menos médico e mais medicamento*”) e menor aposta na promoção da saúde;
- b. a deterioração da relação com colegas e restantes profissionais de saúde (“*deixa correr*”);
- c. maiores custos;
- d. menor disponibilidade para o CS (“*cumprir só o horário*”);
- e. aumento do stress;
- f. maior vontade de abandonar a profissão, nomeadamente pela aposentação – “*estou à espera da reforma.*”

9 – O actual estado de satisfação profissional pode melhorar

Os factores que, na opinião dos participantes, poderiam melhorar a satisfação profissional podem ser divididos em incentivos dentro do pacote retributivo e fora dele.

- a. Incentivos dentro do pacote retributivo – a remuneração é um aspecto importante, mas para ter mais valor deve ser diferenciada conforme o desempenho e promover o trabalho em equipa e a co-responsabilização pela actividade da unidade;
- b. incentivos fora do pacote retributivo - estes subdividem-se em (1) melhor orientação e gestão política (a instabilidade das políticas do sector é considerada a sua imagem de marca – “*ao nível da política global, estou insatisfeitíssimo*”); (2) melhor liderança (chefias escolhidas por projecto); (3) melhor qualidade organizacional (uma boa organização interna e o trabalho em equipa são considerados dos melhores incentivos – “*A compensação nas USF é a organização interna*”); (4) aumento da autonomia e da responsabilidade / maior participação nas decisões (evidenciando-se a importância das reuniões internas); (5) aumento da quantidade e qualidade da informação (incluindo a informação sobre o próprio desempenho do trabalhador) / melhores meios de comunicação; (6) recursos humanos adequados; (7) melhor ambiente de trabalho / ambiente de suporte e de solidariedade / espírito de corpo – “*E mostrarmos aos colegas que nós*

estamos com eles, solidários”; (8) melhores instalações; e (9) maior responsabilidade social dos utentes e do Estado.

As frases sobre os incentivos propostos muitas vezes terminavam com equivalentes a *“como vai ser nas USF”*, revelando que o esquema proposto na actual reforma é identificado como passível de promover a satisfação profissional; de facto, a reforma dos cuidados de saúde primários, nomeadamente com o enquadramento organizativo das USF, é encarada como uma resposta à insatisfação existente e como uma solução eficaz para a combater.

Foram várias as expressões indicativas de uma maior satisfação profissional nos profissionais envolvidos em USF que se associam com o facto de existir um expurgo das condições extrínsecas que são, tradicionalmente, fonte de insatisfação nos CS – nas USF têm instalações e equipamento adequados, não têm de lidar com os utentes sem médico de família e existem incentivos.

10 – A actual reforma dos CSP vai mudar os centros de saúde e melhorar a satisfação de utentes e profissionais

É reforçada a noção de que esta é uma reforma que vai alterar profundamente os CS -*“Não, o CS não vai ser o mesmo”*; e alguns dos participantes consideram que estas alterações vão seguir sem recuos no sentido considerado correcto apesar das oposições que possam surgir.

Considera-se ainda que a actual reforma poderá aumentar a satisfação profissional já que (a) traz uma maior autonomia ao exercício profissional; (b) aproxima as estruturas de decisão do terreno; (c) apela a uma maior participação dos profissionais nas decisões sobre o funcionamento das unidades; (d) incentiva o trabalho em equipa (alicerçada na criação de uma identidade comum forjada na auto-selecção dos grupos e nas afinidades e complementaridades entre os vários elementos); e (e) impõe regras mais claras nos deveres e direitos de utentes e profissionais.

Os efeitos positivos da actual reforma estendem-se aos utentes, com melhoria da qualidade dos cuidados que lhes são prestados, essencialmente porque os rácios profissionais / utentes são mais adequados e existe alguma estabilidade e uma boa ligação funcional das equipas que prestam os cuidados; é, no entanto, evidenciado que os MF são os mesmos e que a sua qualidade técnico-científica é a mesma; o que muda, segundo estes participantes, são as condições de exercício, que são promotoras de uma maior qualidade.

O relacionamento entre utentes e profissionais também melhora neste novo enquadramento das USF, referindo-se que existe uma melhor definição dos papéis e uma maior interiorização

de direitos e deveres de parte a parte com ganhos para todos. Também é evidenciado que os MF têm uma *“nova disponibilidade”* para o CS e para os utentes.

11 – A reforma dos CSP ainda não é irreversível

No entanto, há quem formule dúvidas sobre se o processo é já irreversível – *“ninguém sabe muito bem o que é que vai acontecer”*.

Teme-se, igualmente, um excesso de expectativas e de exigências que possam fazer perigir a implementação das USF – *“querem passar do razoável para o super-ótimo”*.

12 – A reforma não está isenta de imperfeições e perigos

É realçado o perigo que pode advir de eventuais faltas de equidade no acesso aos cuidados por parte de utentes pertencentes a USF e dos que a elas não pertencem.

Referiu-se ainda a possibilidade de um desinvestimento na dimensão da intervenção comunitária da actividade dos CS pela priorização da actividade assistencial em consulta, o que teria consequências graves para o impacto que o CS pode ter na Saúde das comunidades que serve.

São, igualmente, esboçadas críticas por não terem sido envolvidos outros grupos profissionais para além dos médicos, enfermeiros e administrativos neste processo da constituição das USF e pelo constrangimento que tal facto acarreta.

É feito também o alerta para o risco de *“contaminação”* de cenários devido ao facto de a reforma dos cuidados de saúde primários decorrer em simultâneo com toda uma reorganização da função pública e tal poder implicar que alguns dos acontecimentos decorrentes desta reorganização e apontados como geradores de insatisfação profissional (congelamento de carreiras e inexistência de aumentos salariais) possam contaminar os efeitos da actual reforma dos CSP.

Finalmente, emergem também nos discursos, problemas para o avanço de novas USF – *“para onde é que eu vou?”* – e dúvidas sobre o futuro alicerçadas naquilo que é percebido como uma indefinição política sobre a visão que o Governo tem para o sector da saúde – *“se nós tivéssemos uma perspectiva de futuro mais clara, melhor definida...”*.

E - Integração das diferentes perspectivas

São aqui apresentados os resultados que são transversais a todos os tipos de participantes do estudo. Ou seja, resumem-se as ideias que, independentemente da sua origem, (a) surgem como importantes na apreciação global do estado actual de funcionamento dos CS e (b) constituem propostas concretas de acção visando a melhoria dos serviços prestados.

Para efeitos de facilidade na organização de ideias, começa-se por apresentar os resultados que eram mais esperados, à luz da literatura científica existente, fundamentalmente provenientes de metodologias quantitativas. Seguem-se resultados menos esperados. Depois discute-se a cultura dos utentes e dos profissionais enquanto determinantes de satisfação. Por fim, apresentam-se propostas de mudança enunciadas pelos participantes no estudo.

1. Resultados “esperados” (que reforçam o que outros estudos já apontavam)

Os conteúdos registados ao longo dos *focus groups* com utentes e com elementos das RS consubstanciam algum do conhecimento proveniente de outros estudos. De facto, as preocupações dos participantes corroboram em parte o que neste relatório foi já discutido como sendo o contexto actual e as tendências em termos de procura e oferta de cuidados de saúde primários em Portugal. Mais concretamente, uma boa parte do discurso dos participantes foi orientado (por vezes em tom de satisfação, outras em tom de insatisfação) para (a) os cuidados de saúde relacionados com o envelhecimento da nossa população (com especial enfoque nos cuidados continuados – doenças crónicas), e (b) os cuidados de saúde mental.

Foi evidente que a satisfação com os diferentes aspectos abordados varia com as características idiossincráticas de cada CS – especialmente determinadas pelo relacionamento utente-profissional de saúde. Mas, de uma forma geral, verificou-se que:

- a. existe maior satisfação quando existem contactos utente-profissional de saúde mais personalizados e informais: “*Os centros são pessoas, para além do edifício*”;
- b. a satisfação com a consulta médica é determinada pelo tempo de consulta, pela disponibilidade do médico para a relação interpessoal, e pelas “competências” relacionais do médico;
- c. quando existem equipas de cuidados continuados, a satisfação com o trabalho nessa área é

- maior – por oposição à insatisfação encontrada quando estas equipas não existem;
- d. existe satisfação com a acessibilidade quando se resolve a questão do tempo de espera para obter consulta, se consegue marcar as consultas com antecedência e hora certa e, acima de tudo, quando há a “certeza” de se conseguir a consulta quando dela se precisa;
 - e. há reconhecimento de falta de recursos humanos nos CS (foi referida a falta de médicos, de psicólogos, e de administrativos), encarada como o principal problema dos CS e como elemento perturbador de todo o funcionamento dos CS, impedindo-os de alcançar melhores resultados;
 - f. subsistem muitas dificuldades (entenda-se, insatisfação) com os cuidados prestados ao nível da população mais idosa;
 - g. existe insatisfação com a pouca oferta de cuidados em algumas valências (em especial, nas áreas de saúde mental e saúde oral), reclamando os utentes idosos também da inexistência de oftalmologia nos CS;
 - h. há também insatisfação com o “*excesso de burocracia*”, pelo excesso de etapas administrativas no processo da consulta (o ritual de ter de se passar pelo administrativo antes e principalmente depois da consulta, sendo o tempo dispendido no pós-consulta por razões meramente administrativas considerado inaceitável);
 - i. é atribuída importância às condições físicas dos CS como determinante de satisfação (desde a própria localização do CS até ao conforto das instalações, existência de barreiras arquitectónicas, parques de estacionamento mal dimensionados, etc.);
 - j. a satisfação aumenta quando o utente pode escolher o seu CS e o seu MF;
 - l. destaca-se ainda a importância atribuída aos contactos pessoais e à possibilidade de articular com o CS de modo informal (especialmente importante no contexto de trabalho em redes sociais); esta maneira de trabalhar, com contacto directo com o profissional de saúde (por contraste com o contacto formal com o CS) permite, segundo os participantes, veicular mais eficazmente as informações necessárias sobre modos e regras de funcionamento do CS, necessários ao trabalho a desenvolver na comunidade.

2. Resultados menos esperados (não contemplados ou contrastantes com os de outros estudos)

De uma forma geral,

- a. existe muito pouco conhecimento sobre a reforma dos cuidados de saúde primários; este aspecto é de salientar porque acontece até mesmo nos elementos de redes sociais e junto a alguns profissionais de saúde, por conseguinte, cidadãos tendencialmente mais esclarecidos, evidenciando-se, no entanto, que parte da responsabilidade advém da falta de iniciativa em procurar a informação;
- b. os poucos utentes que mostraram estar relativamente bem informados quanto à reforma em curso, afirmaram que esta contribui para melhorias de funcionamento importantes para o utente, nomeadamente com a criação de unidades de saúde familiar e com a aposta na articulação entre CS e hospitais e entre CS e outros recursos comunitários;
- c. estes utentes expressaram ainda algum cepticismo quanto à capacidade da reforma em resolver alguns problemas estruturais: falta de médicos de família e de outras especialidades e promiscuidade entre público e privado;
- d. apesar do pouco conhecimento sobre a reforma, foi notório que muitas das expectativas que os utentes gostariam de ver concretizadas estão previstas na reforma dos cuidados de saúde primários;
- e. há também falta de informação sobre as especialidades e valências disponíveis em cada CS, bem como sobre as regras de funcionamento dos CS - alguns participantes souberam de alguns dos serviços existentes no seu CS, e “aprenderam” algumas regras de funcionamento (por exemplo, alternativas de marcação da consulta) durante os *focus groups*, através da partilha de informação que ocorreu;
- f. à falta de informação junta-se o reconhecimento (quer dos utentes quer dos profissionais de saúde) de uma cultura de grande passividade por parte dos utentes no momento de procurar informação sobre a actividade dos CS, sendo o ideal (para os utentes) que essa informação fluísse mais facilmente e, de preferência, fosse ter com ele no seu domicílio.;
- g. ainda associado ao ponto anterior, muitos utentes que participaram no estudo salientaram a atitude “utilitária” que estes fazem do CS, i.e., há um envolvimento relacional mínimo com o CS: o utente entra com um objectivo (geralmente, a consulta) e assim que é

- servido, sai sem grande interesse por colaborar activa e construtivamente na melhoria do mesmo;
- h. o sistema de reclamações é considerado um instrumento insuficiente para avaliar a (in)satisfação dos utentes, percebido como sendo difícil de utilizar, e largamente insatisfatório para todas as partes;
 - i. como explicitação do ponto anterior, é de salientar a ideia, partilhada por muitos participantes, de haver alguma inibição no recurso da reclamação, quer devido a baixas expectativas quanto à efectividade deste instrumento (*“Não vai adiantar nada...”*), quer devido a receio de degradação da relação com os profissionais de saúde;
 - j. a marcação de consultas por telefone foi sistematicamente referida como ineficaz; a razão identificada para o insucesso desta forma alternativa e potencialmente mais geradora de satisfação dos utentes e dos profissionais dos CS passa por melhor gestão de recursos humanos: quem atende o telefone para as marcações está muitas vezes, em simultâneo, a atender o público que se desloca ao CS; este conflito foi sinalizado quer por administrativos dos CS quer por utentes;
 - l. regra geral, as pessoas desejam ter uma relação personalizada com o médico de família ou com a equipa nuclear mas a rapidez do acesso também conta muito; em caso de necessidade, não se importam de ser vistos por outros profissionais, desde que a informação necessária sobre o seu caso flua rápida e eficazmente;
 - m. a satisfação aumenta quando o CS é pró-activo, nomeadamente quando contacta directamente o utente (para vacinação ou rastreios, por exemplo);
 - n. sobrevém a necessidade de aumentar a responsabilização do utente no processo de saúde, nomeadamente, através de uma atitude pró-activa no informar o médico de eventos de natureza clínica – como por exemplo, resultados de análises e consultas efectuadas no sistema privado;
 - o. apesar de não ser, de todo, uma ideia nova, vale a pena destacar o facto de todos os tipos de participantes, sem excepção, identificarem a existência de utentes sem médico de família como sendo o principal causador das disfunções na prestação de cuidados de saúde (obviamente associado à falta de recursos humanos nos CS);
 - p. quer os utentes quer os profissionais de saúde salientaram a necessidade da informatização global dos centros de saúde e da criação de sistemas de informação efectivos na circulação de informação que permita agilizar a prestação dos serviços;

- q. os utentes mostraram muito interesse na utilização da Internet para muito mais do que marcar consultas; alguns dos participantes expressaram até algum receio de que alguns médicos não tenham a formação necessária para se adaptar a este passo tecnológico;
- r. é também realçada a importância do planeamento e implementação mais eficiente de sistemas electrónicos de apoio à consulta. Embora os utentes e profissionais de saúde tenham afirmado que os sistemas informáticos são de grande utilidade (nomeadamente por obviar, ao utente, a validação da receitas e credenciais pelo administrativo, após a consulta), diversos participantes queixaram-se de falhas dos sistemas, que agravam substancialmente as rotinas de trabalho: *“as pessoas morrem à espera do on”*;
- s. os profissionais de saúde acusaram algum desgaste pela crítica regular que é feita ao CS, afirmando haver uma cultura de pouco elogio ao que se faz bem;
- t. os representantes da comunicação social assinalaram a importância dos meios de comunicação social na promoção de debates de ideias sobre a reforma, alargados a toda a população, o que, desde logo, contribuiria para uma maior divulgação dos seus objectivos e vantagens.

3. Cultura dos utentes e dos profissionais enquanto determinantes de satisfação

“*O que preocupa o homem não são os factos mas sim a interpretação desses factos*”. Esta célebre epígrafe de Epitecto traduz bem a importância que os quadros de referência de uma pessoa têm na relação afectiva que estabelece com o que o rodeia. Nesta perspectiva, a satisfação é também o resultado da forma como a pessoa pensa e age sobre o alvo da mesma. No discurso dos participantes foram emergindo conteúdos que compõem um retrato ou perfil do que se pode considerar a cultura do utente e, por outro lado, a cultura dos profissionais de saúde. Estas culturas acabam por funcionar como paradigmas de relação utente-CS, utente-profissional e profissional-CS que definem em muito a satisfação resultante destas interações. Com base no discurso dos utentes e dos profissionais, propomos retratos da “*cultura do utente*” e da “*cultura do profissional de saúde*”, enquanto conjunto de atitudes e comportamentos dos mesmos, relacionados com o CS.

3.1. Cultura do utente

O conteúdos que emergiram de forma mais vincada foram os seguintes:

- a. cada vez mais exigentes e conscientes dos seus direitos;
- b. apreciam as iniciativas do CS (por exemplo, quando recebem um telefonema a avisar da data de realização de um exame, de vacina, ou a alterar a marcação de uma consulta), sentindo que os profissionais de saúde se preocupam com ele;
- c. revelam satisfação quando os médicos ou enfermeiros são pró-activos com a sua saúde, nomeadamente no que se refere à prevenção da doença e promoção da saúde;
- d. sabem exprimir gratidão e satisfação quando consideram que é adequado, embora os profissionais afirmem que esse é um comportamento demasiado raro;
- e. atitude passiva na gestão da sua saúde e do próprio processo clínico no CS (por exemplo, não informando o médico de aspectos importantes da sua saúde);
- f. há também uma cultura de passividade dos utentes no que se refere à informação sobre o funcionamento do CS;

- g. alguns utentes reconheceram haver responsabilidade por parte dos mesmos pelas disfunções dos CS – por apenas reclamarem, sem procurarem informar-se sobre as razões para esse funcionamento;
- h. atitude utilitária do CS; não investem em saber mais sobre o mesmo ou em contribuir para a melhoria dos serviços; limitam-se aos objectivos que o levam ao CS;
- i. não aderem a sistemas de reclamação por escrito; tendem a não reclamar por acreditarem que fazê-lo lhes criará obstáculos/dificuldades no atendimento;
- j. consideram que a sua satisfação enquanto utentes deveria ter um lugar na avaliação do desempenho dos profissionais de saúde;
- l. apresentam comportamentos diferenciados relativamente aos diferentes profissionais; de um modo geral, o utente reclama mais facilmente com os funcionários administrativos e com os enfermeiros do que com o médico de família;
- m. necessidade de atenção e de conversar sobre os seus problemas (mais frequente nos idosos);
- n. há utentes que sobrecarregam o centro sem necessitarem das actividades nucleares e essenciais deste (por exemplo por razões de convívio, preenchendo o CS também uma função social), especialmente nos casos em que o utente vive só;
- o. falta de civismo: foi referido que há quem vá à consulta aberta quando esta é assegurada pelo seu MF, mesmo que não tenha urgência na consulta – congestionando as listas de espera e dificultando o acesso a quem realmente precisa da consulta aberta.

3.2. Cultura do profissional de saúde

- a. revelam que a sua satisfação profissional depende da satisfação dos utentes e de estes verem os seus problemas resolvidos;
- b. a sua satisfação não é plena se não aliarem a resolução dos problemas dos utentes da sua lista à resolução dos problemas da comunidade (por exemplo os utentes sem médico de família) que servem, revelando a dimensão comunitária da sua actuação;
- c. estão nos cuidados de saúde primários pela convicção de que é aí que podem prestar um melhor serviço à comunidade;

- d. prezam, acima de tudo, a autonomia no desempenho do seu trabalho;
- e. consideram o trabalho em equipa o melhor modelo de trabalho;
- f. coordenação externa do seu trabalho bem aceite desde que as chefias sejam escolhidas pelos seus projectos, prestígio e competência;
- g. supervisão e avaliação do desempenho próprio consideradas bem-vindas se alicerçadas em modelos adequados, não centrados na “caça ao erro” e com a formação necessária dos avaliadores;
- h. mecanismos de controlo baseados em incentivos para comportamentos muito concretos como por exemplo prescrição ou não prescrição de fármacos considerados inadequados;
- i. aceitação das reclamações desde que fundamentadas, correctas, não insultuosas e integradas em sistemas de melhoria contínua;
- j. formação encarada como necessária (para administrativos, enfermeiros e médicos);
- l. particularmente críticos às atitudes dos utentes que indiciem falta de respeito pelos respectivos deveres ou exacerbação dos seus direitos;
- m. não apreciam que os utentes recorram a médicos exteriores (ao CS) nem terem de dar seguimento a recomendações de outros médicos;
- n. desgastados com as tarefas consideradas administrativas e burocráticas como passar atestados ou declarações;
- o. os utentes afirmam que os profissionais de saúde investem pouco nas dimensões interpessoais (devendo desenvolver estas competências);
- p. os utentes indicam haver dificuldades na adesão dos funcionários à mudança, nomeadamente ao sistema informático;
- q. os utentes indicam existir alguma falta de atenção e respeito da parte dos profissionais, nomeadamente pelo incumprimento dos horários.

4. Agenda de gestão da mudança (elaborada pelos participantes)

As sugestões concretas de melhoria do funcionamento dos CS tiveram por pano de fundo uma gestão do CS centrada no utente e uma cultura de excelência e de maior exigência quer dos profissionais de saúde quer dos utentes:

- a. promover a marcação de consultas organizadas ao longo do dia e a hora pré-determinada (nos CS em que não está em vigor este tipo de organização), reduzindo os tempos de espera no CS;
- b. incentivar a marcação de consultas pela Internet (mesmo nos *focus groups* com utentes idosos foi salientada a importância deste mecanismo);
- c. aumentar a oferta de cuidados de saúde no domicílio, considerada como manifestamente insuficiente para as necessidades da população;
- d. implementar mais valências nos CS; idealmente, o utente deveria poder fazer tudo sem sair do CS, incluindo os exames complementares de diagnóstico; outra sugestão, talvez mais exequível, foi a de que a colheita dos materiais biológicos para análise (sangue, urina, etc.) fosse feita no CS e enviada para laboratórios de análises exteriores;
- e. aumentar a gama de serviços disponíveis com base em (1) estudos do perfil de saúde das populações beneficiárias dos serviços de cada CS, sendo inclusivamente proposta a criação de observatórios regionais e locais de saúde, e (2) maior investimento na articulação/parcerias com outras organizações da comunidade (implicando o levantamento dos recursos existentes e uma atitude pró-activa por parte do CS no estabelecimento de parcerias). Um exemplo concreto desta última sugestão surge na área de cuidados continuados e apoio domiciliário – a articulação com instituições que operam nesta área permitiria, de acordo com os utentes, sinérgias promotoras de maior capacidade de resposta do CS nesta área;
- f. proceder a maior controlo sobre o cumprimento dos horários por parte dos médicos;
- g. criar um glossário de termos relacionados com a actividade dos CS (exemplos verbalizados foram: significado de “cuidados primários” e de “cuidados continuados”), de forma a facilitar a informação dos parceiros sociais e dos utentes;
- h. fazer uma selecção criteriosa dos profissionais de saúde, com a escolha do perfil adequado para cada função, com particular atenção ao perfil necessário para as tarefas de atendimento ao público;

- i. apostar na formação regular dos profissionais de saúde (tendo sido dada especial ênfase aos médicos de família) em técnicas e competências interpessoais;
- j. valorizar os profissionais não médicos, nomeadamente através de programas de desenvolvimento profissional e de regalias profissionais semelhantes às dos médicos de família;
- l. disponibilizar mais formação em áreas como informática e gestão do stresse;
- m. definir uma estratégia de marketing sobre a reforma, evidenciando as vantagens para os utentes;
- n. definir estratégias específicas para cada centro de saúde, com o objectivo de aumentar o nível de informação dos utentes sobre as suas regras de funcionamento e a oferta de serviços;
- o. mudar a cultura passiva e desapegada dos utentes relativamente ao CS através da promoção de eventos, reuniões, e outras estratégias. Isto porque o sentido de pertença ao CS é, para muitos dos participantes, um determinante de satisfação.

4.1. Propostas específicas de mudança

Ao longo dos *focus groups* foi possível identificar práticas de CS que motivavam a satisfação dos participantes bem como sugestões muito concretas de melhoria dos serviços por parte de utentes, profissionais de saúde e profissionais dos meios de comunicação social. São de destacar:

- a. aquando da construção de novos CS ou da sua renovação, procurar garantir que:
 - 1. a sua dimensão seja definida numa perspectiva de futuro (por exemplo, atendendo a indicadores demográficos e suas tendências);
 - 2. são eliminadas barreiras arquitectónicas que dificultam ou impossibilitam o acesso para pessoas com dificuldades locomotoras (deficientes, idosos, etc.). Foi muitas vezes criticada a organização de CS em vários pisos;
 - 3. o estacionamento seja bem dimensionado, numa perspectiva de presente e futuro;
 - 4. o local de implementação (no caso de novos CS) seja em: rua ampla, nivelada e bem servida de transportes públicos. Foi ainda referida a necessidade de os CS serem bem sinalizados;
 - 5. tenha espaços apropriados para crianças;

6. exista um bar/café nos casos onde estes não existem nas imediações dos CS;
 7. os pavimentos, quer de interiores quer de exteriores (calçadas) adjacentes ao CS sejam antiderrapantes.
- b. os utentes pais referiram ser necessário garantir o cumprimento de regras básicas de segurança para as crianças. Um exemplo concreto foi selar as tomadas eléctricas existentes nas salas de espera;
 - c. no âmbito do programa de saúde escolar, foi referido que, para garantir a efectividade deste, dever-se-ia dar formação a *“equipas especializadas e com tempo e disponibilidade para exercer esse tipo de funções”* em vez de sobrecarregar os profissionais de saúde dos CS;
 - d. ser criado e/ou melhor publicitado o instrumento apropriado para os utentes fazerem propostas concretas de melhoria;
 - e. fazer com que os suportes informativos existentes no CS (*placards*, pósteres, folhetos sobre o CS, etc.) tenham letras de tamanho facilmente legível e que sejam colocados em lugares de destaque;
 - f. implementar procedimentos para reclamações e sugestões, equivalentes ao “livro amarelo”, mas para os funcionários dos CS;
 - g. ter um serviço específico de prestação de apoio aos idosos, nomeadamente, gabinetes de informação e marcação de consultas;
 - h. ser criada uma comissão de utentes que reúna periodicamente com a direcção do CS.

Parte 5: Conclusões

*“Não são as espécies mais fortes que sobrevivem, nem sequer as mais inteligentes...
mas sim as que melhor respondem à mudança.”*

Charles Darwin

Os *focus groups* realizados permitiram traçar um retrato vivo dos centros de saúde, baseado em experiências reais, que veio complementar o conhecimento já existente. Os resultados agora analisados fornecem dados que podem ajudar na reflexão sobre as forças e fraquezas da reforma dos CSP em curso, bem como sobre as oportunidades e ameaças à sua evolução, para que seja possível construir um novo centro de saúde que responda, cada vez melhor, aos desafios que lhe são colocados por utentes que querem ser bem cuidados, por profissionais que se querem realizar e por políticos que querem cumprir a sua missão.

1- A reforma dos cuidados de saúde primários: considerações finais

André Biscaia e Osvaldo Santos

1.1. Pontos fortes

Como foi já referido, a satisfação dos utentes é determinada pelo vínculo relacional entre os profissionais de saúde (com particular destaque para o médico de família) e os utentes. Quanto mais institucional e burocrático for o CS, mais fria e desinvestida é a relação com o utente, daqui resultando menor satisfação dos diferentes intervenientes (utentes e profissionais). Não é demais salientar o reconhecimento por parte dos profissionais de que o aumento de satisfação de uns (utentes ou profissionais) promove o aumento de satisfação dos outros. Nesta perspectiva, a mudança deve ser entendida de forma sistémica, numa lógica que garanta maior satisfação a utentes e a profissionais.

Fazendo a ponte com as linhas orientadoras da reforma, temos como pontos fortes da mesma:

- a. uma maior flexibilidade funcional (implícita na definição da reforma ao dar mais poder de decisão ao extremo da cadeia de prestação de cuidados que está no terreno), que poderá promover uma maior adaptação a necessidades e contextos específicos assim como uma maior personalização dos cuidados;
- b. o aumento da autonomia técnica e organizativa das equipas que constituem as USF que pode ter como resultado:
 1. uma maior satisfação dos profissionais;
 2. uma melhor definição das relações e fluxos de trabalho entre os elementos das equipas, desburocratizando o processo e minimizando a possibilidade de distribuição de tarefas desadequadas ao perfil de cada profissional;
 3. uma maior incorporação do conhecimento que os profissionais detêm sobre os utentes e as comunidades que servem, adaptando os serviços às singularidades, necessidades e recursos locais;

- c. uma maior proximidade entre utente e equipa de saúde devido a:
1. controlo dos *rácios* profissionais-utentes a um nível que permite o estabelecimento de uma relação de maior qualidade (tempos mais prolongados de consulta, gestão mais dinâmica e pró-activa dos processos clínicos);
 2. tornarem-se mais claros deveres e direitos de utentes e profissionais através de um compromisso formal e também por se propiciar um melhor desempenho por parte dos profissionais que motiva os utentes a assumirem a sua quota-parte de responsabilidade.
- d. a promoção de um acesso mais fácil do utente aos cuidados, ponto essencial na satisfação dos mesmos;
- e. o suporte ideológico robusto, com uma identificação dos profissionais de saúde com os gestores da reforma num ideal partilhado desde há muito sobre como organizar os CSP para melhor responder às necessidades;
- f. o desenvolvimento *bottom-up da reforma*, alicerçado em especificações mínimas *top-down* e na *contratualização* de soluções apresentadas por equipas de profissionais auto-organizadas, tecnicamente autónomas e voluntárias;
- g. o trabalho em equipa das USF, que é um dos factores mais valorizados pelos profissionais de saúde; o carácter voluntário da adesão às USF e o esquema de incentivos preconizado torna o trabalho em equipa natural e dá maiores garantias de funcionalidade e estabilidade das equipas;
- h. a remuneração baseada no desempenho e conjugando incentivos individuais e de grupo, aumentando a motivação para o trabalho em equipa e para maiores níveis de produtividade e qualidade, i.e., mais e melhor contacto com os utentes (incluindo um maior autocontrolo e controlo pelos pares dos horários de trabalho);
- i. o reforço da importância do trabalho articulado em rede entre CS e comunidade, como forma de a todos beneficiar.

1.2. Pontos fracos

São pontos fracos:

- a. a idade média elevada dos médicos de família, o que aumenta a resistência à mudança e, por

outro lado, torna difícil antever como é que a reforma pode melhorar o rácio médico-utente (principalmente a médio prazo);

- b. a reforma estar muito centrada/dependente em/de alguns líderes;
- c. o pouco envolvimento dos utentes, das redes sociais e dos profissionais de comunicação social no processo de reforma; e este é o momento certo para a criação de parcerias e de (re)articulação com outros recursos da comunidade;
- d. o insuficiente *marketing* da reforma – todos os grupos sociais envolvidos no presente estudo mostraram falta de (ou imprecisões no) conhecimento sobre a reforma (incluindo os próprios profissionais de saúde, embora menos frequente entre os médicos de família);
- e. a “contaminação” de cenários devido ao facto de a reforma dos cuidados de saúde primários decorrer em simultâneo com toda uma reorganização da função pública – tal situação implica que alguns dos factores apontados como geradores de insatisfação profissional, como sejam o congelamento de carreiras ou a inexistência de aumentos salariais, se interpenetrem e confundam com a reforma dos cuidados de saúde primários, imprimindo a esta última um carácter acrescido de insegurança em relação ao futuro.

1.3. Oportunidades

Definem-se como oportunidades:

- a. o contexto de apoio e vontade política, alicerçado na identificação da reforma com a cultura prevaecente nos profissionais de saúde; a sua concordância em relação a muitas das linhas orientadoras da reforma deverá facilitar o sucesso da sua implementação;
- b. o contexto de mudança apropriado na administração pública, no que se refere a políticas de recursos humanos e de reorganização dos serviços;
- c. a recondução da equipa da Missão dos CSP, o que é uma garantia de estabilidade nas linhas de acção prioritárias desta reforma;
- d. a discussão alargada e aprovação da legislação que irá enquadrar a reconfiguração dos CS e os aspectos mais operacionais da reforma;
- e. o facto da actual reforma dos CSP começar a ser referenciada como uma boa prática em

termos de reformas dos serviços públicos, nomeadamente por ter uma orientação *bottom-up*, por estar a ter um sucesso baseado em iniciativas voluntárias dos profissionais e pelos mecanismos de suporte à implementação da reforma no terreno.

1.4. Ameaças

Surgem como ameaças:

- a. a lentidão no processo de implementação da reforma (nomeadamente no que se refere a enquadramento legislativo), que tem um efeito exponencial sobre os receios dos profissionais de saúde (fundamentados pelo passado) e penalizador para quem avançou para integração de USF;
- b. a reacção de interesses ligados ao *status quo*;
- c. a tensão entre os profissionais que aderem às USF e os que não o fazem ou, mais perturbador ainda, os que não são escolhidos pelos colegas para o fazerem;
- d. eventuais faltas de equidade em termos de oportunidades para criação de USF entre diferentes grupos e locais;
- e. eventuais faltas de equidade entre profissionais das USF e profissionais que não as integrem;
- f. eventuais faltas de equidade entre utentes de profissionais das USF e utentes de profissionais que não as integrem;
- g. instabilidade política associada ao ambiente de não confiança;
- h. reacção de interesses ligados ao *status quo*;
- i. resistências locais (hierarquias, associações profissionais, sindicatos, etc.).

2 - O centro de saúde: considerações finais

2.1. Pontos fortes (do centro de saúde actual)

São pontos fortes:

- a. a cobertura nacional;
- b. a inserção na cultura portuguesa e no quotidiano das localidades;
- c. a boa imagem da instituição e dos seus profissionais para a maioria da população;
- d. a aceitabilidade geral pelos utilizadores;
- e. a efectividade (em parceria com os outros níveis de cuidados) no controlo de indicadores de saúde fundamentais, como os relativos à área materno-infantil;
- f. uma prática pró-activa em algumas áreas de intervenção (por exemplo, nos cuidados materno-infantis, ao avisar os utentes das datas de vacinação);
- g. o acesso facilitado pelo baixo custo das taxas moderadoras.

2.2. Pontos fracos (do centro de saúde actual)

Ressaltam como pontos fracos:

- a. os utentes sem médico de família; esta situação surge transversalmente, nos discursos de todos os tipos de participantes no estudo (utentes, profissionais de saúde e profissionais dos meios de comunicação social), como um dos aspectos mais geradores de perturbação no sistema;
- b. o tempo de espera dos utentes para obtenção dos serviços;
- c. a dificuldade na articulação com outras entidades (hospitais, laboratórios, sistema privado, etc.);
- d. as infra-estruturas – não é suficiente que o edifício satisfaça os requisitos de uma unidade de saúde; é também necessário que a sua implementação tenha em conta os aspectos

urbanísticos da área envolvente (bons acessos através de transportes públicos, parques de estacionamento bem dimensionados, sinalização adequada, etc.);

- e. a pouca adesão das camadas mais jovens da população aos serviços prestados pelos CS;
- f. a ausência de uma estratégia de marketing de divulgação das actividades, normas e regulamentos dos CS;
- g. a baixa autonomia a todos os níveis;
- h. uma gama de serviços disponível insuficiente (nomeadamente estomatologia, psicologia, dietética, etc);
- i. a insuficiência dos sistemas de informação e de apoio à consulta;
- j. a elevada idade média dos médicos de família a exercer nos CS;
- l. a ausência de uma política de recursos humanos e desenvolvimento profissional para os CSP;
- m. alguma promiscuidade entre o sector público e o privado da saúde.

2.3. Oportunidades de mudança (para o centro de saúde ideal)

Emergem como oportunidades:

- a. a relação de qualidade profissional de saúde-utente;
- b. o facto de grande parte das características que os utentes e profissionais referiram como determinantes de maior satisfação estarem operacionalizadas na forma de organização das USF; aliás, foi visível que os utentes e os profissionais que integravam USF tinham um discurso de maior satisfação e de optimismo do que quem não integrava USF – isto mesmo quando, no caso dos utentes, não sabiam que faziam parte de uma USF;
- c. a estabilidade das equipas nucleares prevista pela reforma – médicos, enfermeiros e administrativos – surge como outro factor essencial para a melhoria da satisfação de profissionais e utentes;
- d. a informatização crescente.

2.4. Ameaças para a mudança (para o centro de saúde ideal)

Destacam-se como ameaças:

- a. a burocratização do trabalho (por exemplo, proliferação de atestados médicos), que afastam o médico da relação com o utente (para insatisfação de ambos);
- b. o aumento da procura (consumismo) dos serviços de saúde por um lado, e diminuição de recursos humanos na prestação desses serviços (nomeadamente devido à idade média avançada dos médicos e insuficiente renovação);
- c. a grande percentagem de médicos de família na mesma faixa etária e que se irão aposentar na mesma altura;
- d. a não eficácia dos sistemas de informação e de comunicação electrónica (fundamental para maior celeridade e efectividade na circulação de informação);
- e. a falta de conhecimento por parte dos utentes sobre a reforma dos CSP e normas de funcionamento dos CS;
- f. a atitude passiva e pouco pró-activa dos utentes, quer na procura de informação sobre o CS e sobre a actual reforma quer no interesse pela gestão do CS.

3 - Monitorização sistemática e regular da satisfação do utente e do profissional: criação de um Observatório da Satisfação dos Utentes e dos Profissionais

A análise temporal dos discursos registados nos *focus groups* revela alterações ao longo do *focus groups* na postura dos participantes, quer relativamente aos restantes elementos dos grupos quer relativamente ao próprio tema em debate. De facto, é possível ver que após a primeira meia hora dos *focus-groups*, a generalidade dos participantes sente-se mais à-vontade para participar e para expressar de forma mais espontânea as suas opiniões. Um dos resultados deste “aculturamento” progressivo dos participantes ao contexto de *focus group* foi, por diversas vezes, a mudança de discurso dos participantes quanto à sua percepção do funcionamento dos CS. Assim, se as primeiras intervenções foram muitas vezes de afirmação de satisfação com o CS, à medida que o debate se ia desenvolvendo surgiam as críticas e os determinantes de uma satisfação claramente mitigada em relação à que os primeiros minutos de intervenção poderiam fazer crer.

Este aspecto pode ser relevante para interpretar o facto de este estudo apresentar resultados algo contrastantes com os obtidos através de questionários, onde a satisfação é geralmente muito elevada, mas onde nem sempre é fácil discernir pistas claras para a melhoria dos serviços. É necessário explorar os diversos factores que possam explicar esta conjugação de resultados obtidos com abordagens de investigação distintas (quantitativas e qualitativas).

Uma vez que, como vimos na parte introdutória deste estudo (capítulo 1 da parte 2), a satisfação com os cuidados de saúde deve ser entendida como um processo dinâmico e não como o produto estático da interacção utente-CS ou profissional-de-saúde-CS, a avaliação da mesma deve ser feita de forma sistémica e triangular, numa perspectiva de investigação de processo.

Assim sendo, pensamos que seria importante a implementação de um sistema de auscultação regular da satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde relativamente ao funcionamento dos CS, nomeadamente através da criação de um observatório destas dimensões.

É nossa convicção que um sistema destes só faz sentido numa lógica de identificação dos aspectos a melhorar bem como dos caminhos para o fazer. Nesta perspectiva de investigação-acção, um sistema de avaliação de abordagem mista, quantitativa e qualitativa, constitui a solução mais heurística por permitir não apenas a avaliação dos graus de satisfação

– útil para o estabelecimento de objectivos e metas a nível das políticas – mas também a identificação e definição de estratégias concretas para corrigir eventuais desvios ao objectivo de melhoria contínua dos serviços no terreno.

A monitorização dos vários determinantes da satisfação, nomeadamente os identificados através do estudo aqui descrito, deve permitir um olhar alternadamente mais distante e mais aproximado (ver a floresta sem esquecer a árvore). A quantificação periódica (olhares distantes) da satisfação geral com o funcionamento do CS (bem como a satisfação com cada uma das suas dimensões) permitirá sinalizar boas práticas de funcionamento através de esforços comparativos (por exemplo, entre diferentes CS). Mas a melhoria contínua necessita também de olhares cirúrgicos (próximos), de natureza mais qualitativa (para os determinantes de satisfação mais deficitários), que possibilitem mudanças ágeis, estratégicas e efectivas no sentido do aumento da satisfação de todos os envolvidos.

A perspectiva dinâmica da satisfação com os cuidados de saúde implica uma avaliação/actuação igualmente dinâmica. Dinâmica no sentido de ajustamento constante entre os cuidados prestados e o efeito destes no utente. Dinâmica no sentido de criação de parcerias activas e participativas entre o CS e o cidadão. Dinâmica ainda no sentido de privilegiar a flexibilidade dos CS na sua interacção com a comunidade, apostando assim na sua capacidade de mudança, fundamental para a adaptação e sobrevivência dos CS nos contextos socioculturais e económicos em que se inserem, eles próprios em permanente transformação.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos conselhos de administração das cinco administrações regionais de saúde bem como às coordenações das sub-regiões de saúde das áreas envolvidas. Agradecem também a confiança e apoio, sem os quais o estudo não teria sido possível, da Missão para os Cuidados de Saúde Primários e, em particular, aos Dr. Luís Pisco, Dr. Horácio Covita, Dra. Regina Sequeira Carlos, Dra. Lurdes Gerreiro, Dr. António Barroso, Dr. Arquimínio Eliseu, e Dr. Henrique Botelho.

A realização do estudo implicou ainda a autorização e colaboração activa das direcções de todos os CS implicados, bem como de todos os funcionários directamente envolvidos no estudo. Um especial agradecimento para: Dra. Isabel de Deus, Dra. Graça Carneiro, Prof. Doutor Luís Rebelo, Dr. António Piçarra, Sra. D^a. Guadalupe Perdigão, Dra. Maria do Carmo Velez, Dra. Almerinda Marques Rodrigues, Dr. Lino Ministro, Dr. Carlos Filipe, Sra. D^a. Maria da Graça Rodrigues, Dr. José Manuel Carvalho Araújo, Dra. Manuela Macedo, Dra. Olímpia Aleixo, Dra. Helena Miranda, Dra. Helena Costa.

Os nossos agradecimentos também à direcção da Câmara Municipal de Fafe, muito em particular à Dra. Dalila Oliveira, à direcção da Câmara Municipal de Cascais, à direcção da Câmara Municipal de Setúbal e à Dra. Conceição Loureiro. Agradecimentos igualmente extensíveis à SRS de Setúbal, em particular ao Dr. Rui Monteiro e à Dra. Cristina Patronilho.

Cabe-nos ainda agradecer todo o esforço, dedicação e profissionalismo de Valentina Oliveira, Susana Baeta, Vítor Biscaia e Maria Cândida Biscaia.

A todos os participantes dos *focus groups*, o nosso especial reconhecimento. Sem a disponibilidade e o contributo activo que dedicaram ao estudo, este não teria sido possível.

Anexos: Guião-Base dos *Focus Groups*

“A sua opinião sobre os Centros de Saúde”

Introdução

- Breve introdução ao estudo em curso
- Objectivos da discussão de grupo
- Regras da discussão de grupo (respeitar as opiniões de todos; não falar em simultâneo)
- Apresentação dos participantes
- Introdução ao tema

“Warm up”

- nome;
- idade;
- há quanto tempo é utente da unidade de saúde [*a adaptar: há quanto tempo faz parte da rede social*]; [*há quanto tempo trabalha neste CS*].

O que mais satisfaz

- Condições físicas do CS (salas de espera, gabinetes atendimentos, sanitários/casas de banho, ...):
 - Adequação a deficiência motora.
- Horários de funcionamento (feriados, fins-de-semana);
- Organização/acessibilidade antes do dia da consulta:
 - Atendimento à distância (resolver asp. burocráticos, falar com médico, enfermeiro, ...);
 - Formas de marcação da consulta;
 - Prazos para marcação de consulta.
- Organização/acessibilidade no dia da consulta / no CS
 - Tempos de espera
 - Aspectos burocráticos
 - Consulta com médico de família
 - Consulta com enfermeiro
 - Especialidades existentes
 - Atendimento de urgência
 - Cuidados ao domicílio
- Relações entre profissionais de saúde e utentes
 - Médicos-utentes
 - Enfermeiros-utentes
 - Administrativos-utentes
 - **Disponibilidade**
 - **Aspectos comunicacionais**
 - **Outros aspectos interpessoais**

Actual Reforma

- Aspectos mais importantes da reforma?
 - O que é que mudou?
 - As mudanças representam melhorias?
 - As mudanças correspondem ao que precisava?
- **Autonomia dos CS**
 - USF / USSP / ULCS
 - **Intervenção na comunidade:**
 - Saúde no domicílio; Cuidados continuados;
 - Unidades móveis; Rede apoio famílias
 - **Participação dos utentes/comunidade:**
 - Gabinete do utente; conselhos consultivos; ligas de amigos; grupos de auto-ajuda, ...
 - **Desenvolvimento Recursos Humanos**
 - **Desenvolvimento sistemas de informação**

Cenário:

Imagine que toma amanhã posse como director deste centro de saúde... quais as primeiras cinco medidas (tendo em conta que os recursos – dinheiro, profissionais, etc. – são limitados) que tomaria para melhorar o funcionamento do centro de saúde?

Referências

1. Krueger RA. Group dynamics and focus groups. In Spilker B. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. (2nd Ed.). Lippincott-Raven Publishers. Philadelphia. 1996.
2. Lewis M. Focus group interviews in qualitative research: a review of the literature. 1995. Disponível em <http://www.beh.cehs.usyd.edu.au/~arow/Reader/rlewis.htm>.
3. Dick B. Structured focus groups [serial online] 1998.. Disponível em: <http://www.beh.cehs.usyd.edu.au/~arow/Reader/rlewis.htm>.
4. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 1979. Edições 70. Lisboa.
5. Kane RL, Maciejewski M, Finch M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Medical Care* 1997; 7(35): 714-30.
6. Cabral MV, Silva PA, Mendes H. *Saúde e Doença em Portugal*. 1.^a edição. Lisboa: ICS; 2002.
7. John J. Patient Satisfaction: the Impact of Past Experience. *JHCM* 1992; 12(3): 56-64.
8. Hespanhol A. A imagem dos serviços de saúde e dos médicos de família em Portugal. *Rev Port Clin Geral* 2005; 21: 185-91.
9. Noronha Filho G. O que fazer da literatura sobre satisfação do utente: uma proposta para os serviços. *Rev Port S Pública* 1990; 8(2): 59-64.
10. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med* 1994; 38(4): 509-516.
11. Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Soc Sci Med* 1998; 47(9): 1351-1359.
12. Avis M, Bond M, Arthur A. Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatient clinics. *Soc Sci Med* 1997; 44(1): 85-92.
13. Fitzpatrick R. Scope and measurement of patient satisfaction. In: Fitzpatrick R, Hopkins A. editors. *Measurement of patient's satisfaction with their care*. Salysbury: RCP Publications, 1993.
14. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1982;16(5): 577-82.
15. Strasser S, Aharony L, Greenberger D. The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. *Med Care Review* 1993. 50(2): 219-48.
16. Baker R. Development of a questionnaire to assess patient's satisfaction with consultations in general practice. *Brit J Gen Pract* 1990(40): 487-90.
17. Weaver M, Patrick DL, Markson L, Martin D, Frederic I, Berger M. Issues in the measurement of satisfaction with treatment. *The American J of Managed Care* 1997; 4(3): 579-94.
18. Chaplin JP. *Dicionário de Psicologia*. 1989. Círculo de Leitores. Lisboa.
19. Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Soc Sci Med* 1994 Sep; 39(5): 655-70.
20. Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: A metaanalysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1983; 27: 935.
21. Wensing M, Jung HP, Mainz J, et al. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. *Soc Sci Med* 1998; 47: 1573.
22. Anderson RT, Barbara AM, Weisman C, Hudson Scholle S, Binko J, Schneider T, Freund K, Gwinner V. A qualitative analysis of women's satisfaction with primary care from a panel of focus groups in the National Centers of Excellence in Women's Health. *J Womens Health Gend Based Med*. 2001 Sep; 10(7): 637-47.

23. Saúde em Portugal: Conceito e Contexto. In: Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. A Saúde dos Portugueses Lisboa: DGS; 1997 (p. 25)
24. Eurobarometer, Public Opinion Analysis Sector, European Commission – Directorate General Communication. 2003.
25. DECO PROTESTE. Quem (e como) trata de nós? Cuidados de Saúde em Portugal. Proteste 1993 (129): 14-19.
26. Biscaia A, Charondière P, Nogueira P, Lavouras H, Antunes AR, Abreu I, Bugalho M, Martins J. Relatório Os centros de saúde em Portugal - a procura e a oferta de serviços. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical; 2007.
27. Data Crítica. Estado da Nação 2001. Lisboa: Escola Superior de Comunicação Social; 2001. Disponível em <http://www.datacritica.pt>
28. Data Crítica. Estado da Nação 2002. Lisboa: Escola Superior de Comunicação Social; 2002. Disponível em <http://www.datacritica.pt>
29. Costa ARM, Ferreira JL, Costa JM. Satisfação dos utentes da extensão de Vialonga do Centro de Saúde da Póvoa de Santa Iria. Rev Port Clin Geral 1991; 8(1): 15-20.
30. MetrisGfK. O que os portugueses pensam dos serviços de saúde. Relatório Síntese de Análise. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos. 2002.
31. Jornal Médico de Família. Maioria dos portugueses está contra as propostas do governo – Sondagem Marktest/ Jornal Médico de Família. Médico de Família 2002 Out; 32 (III série).
32. Ferreira PL. A voz dos doentes. Satisfação com a Medicina Geral e Familiar. Questionário Europep. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 1999.
33. Ferreira PL, Luz A, Valente S, Raposo V, Godinho P, Felício ED. Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo. Rev Port S Pública 2001; volume temático: Cuidados de saúde primários em Portugal: 53-61.
34. Instituto da Qualidade em Saúde e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. A Voz dos Utentes dos Centros de Saúde. Lisboa, 2002.
35. Instituto da Qualidade em Saúde e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. A Voz dos Utilizadores dos Centros de Saúde. Lisboa, 2003/2004.
36. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999. Lisboa: 1999.
37. DECO PROTESTE. Utentes fazem o diagnóstico: Centros de Saúde muito doentes. Teste Saúde 2001. (30): 9-13.
38. DECO PROTESTE. 5 mil utentes fazem diagnóstico: Centros de Saúde de baixa.. Teste Saúde 2004. (48): 9-13.
39. Ministério da Saúde. Inspecção-Geral da Saúde. Relatório do Gabinete do Utente 2004. Lisboa: IGS, 2004.
40. Ministério da Saúde. Inspecção-Geral da Saúde. Relatório do Gabinete do Utente 2005. Lisboa: IGS, 2005.
41. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - Direcção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde. Relatório de reclamações 2003. Lisboa: DGS, 2004.
42. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - Direcção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde. Relatório de Avaliação das Exposições de Cidadãos à Direcção-Geral da Saúde 2005 e 2006. Lisboa: DGS, 2006.
43. Hernan Garcia M, Gutierrez Cuadra JL, Lineros Gonzalez C, Ruiz Barbosa C, Rabadan Asensio A. Patients and quality of primary health care services. Survey of practitioners at the Bahia de Cadiz and La Janda health centers. Aten Primaria. 2002 Oct 31; 30(7): 425-33.

44. Aranaz JM, Mira JJ, Benavides FG. Los profesionales y la calidad asistencial hospitalaria. *Todo Hospital* 1994 Dec; 112: 35-40.
45. Franco L, Bennett S, Kanfer R, Stubblebine P. Determinants and consequences of health worker motivation in hospitals in Jordan and Georgia. *Soc Sci Med* 2004; 58: 343–355.
46. Bennett S, Franco L. Public Sector Health Worker Motivation and Health Sector Reform: A Conceptual Framework. *Partnerships for Health Reform. Major Applied Research*. 1999. (5) Technical Paper no 1: available at: <http://www.phrplus.org/Pubs/m5tp1.pdf>
47. Mariotti H. Organizações de aprendizagem. Educação continuada e a empresa do futuro. São Paulo: Editora Atlas SA; 1996
48. Buchan, J. 2004. What differences does (“good”) HRM make? *Human Resources for Health*. 2:6
49. Hicks V, Adams O. Pay and non-pay incentive, performance and motivation. In Ferrinho P, DalPoz M. (eds). *Towards a Global Health Workforce Strategy, Studies in Health Services Organization and Policy* 21. Antwerp: ITG Press; 2003: 257-274
50. Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet*. 2005 Sep 17-23; 366(9490): 1026-35.
51. Graça L. Satisfação profissional dos médicos de família no SNS. *Médico de Família* 2000 Feb; 2 (III série): 48-50.
52. Biscaia A. Satisfação profissional dos Médicos de Família. In: *Ordem dos Médicos. Relatório da Comissão de Avaliação das Condições Técnicas para o Exercício da Actividade dos Médicos nos Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo*. Lisboa: Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos; 2004.
53. Graça L. Motivação e satisfação profissional. *Médico de Família* 2000 Mar; 3 (III série):19-20.
54. Departamento de Modernização e Recursos da Saúde – Recursos Humanos da Saúde e Grupo de Missão (resolução do Conselho de Ministros nº 140/98 de 4 de Dezembro). *Plano estratégico para a formação nas áreas da saúde*; 2001.
55. Graça L. Satisfação profissional dos médicos de família. *Médico de Família* 2000 Mar; 3 (III série):17-19.
56. Hespanhol A, Pereira AC, Pinto AS. Insatisfação profissional em Medicina Geral e Familiar: um problema intrínseco dos médicos ou das condições de trabalho? *Rev Port Clin Geral* 2000;16: 183-189.
57. Biscaia A, Pinto APC et al. Satisfação Profissional 2000 no Centro de Saúde de Cascais. *Boletim do Centro de Saúde de Cascais* 2001 May;14:3-6.
58. Biscaia A, Pinto APC et al. Satisfação Profissional 2000 no Centro de Saúde de Cascais –2ª parte. *Boletim do Centro de Saúde de Cascais* 2002 May;18:3-7.
59. Direcção da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral - APMCG. *Um futuro para a Medicina de Família em Portugal*. Lisboa: APMCG; 1991.
60. Biscaia A, Martins J, Carreira M, Gonçalves I, Antunes A, Ferrinho P. *Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos*. Lisboa: Padrões Culturais Editora; 2006.
61. Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, London. Sage Publications. 1994.
62. McLeod J. *Qualitative Research in Counseling and Psychotherapy*. London. Sage Publications. 2001.

Resumos curriculares dos autores

Oswaldo Santos

Oswaldo Rodrigues dos Santos é psicólogo, psicoterapeuta e mestre em psicologia da saúde. Investigador desde 1996 para a revista *Teste Saúde*, editada pela DECO PROTESTE, exerce também clínica privada desde 1994 nas áreas da depressão, ansiedade, perturbação alimentar e de adaptação à doença crónica. Tem leccionado diversos temas de metodologias de investigação e de psicologia da saúde em cursos de pós-graduação e de mestrado, nomeadamente na Faculdade de Medicina de Lisboa, na Escola Nacional de Saúde Pública, no Instituto de Higiene e Medicina Preventiva e na Escola Superior de Enfermagem da Fundação Calouste Gulbenkian de Lisboa. Foi assistente convidado do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora. Entre 1999 e 2003 foi coordenador do Centro de Acolhimento Nocturno dos Anjos, da Santa Casa da Misericórdia, trabalhando com a população sem abrigo de Lisboa. É autor de três livros de divulgação científica e de mais de uma dezena de artigos científicos internacionais e nacionais.

André Biscaia

André Biscaia é médico de família na Unidade de Saúde Familiar Marginal do Centro de Saúde de Cascais, onde coordena igualmente o Serviço de Gestão da Qualidade. É candidato ao Grau de Doutor no Instituto de Higiene e Medicina Tropical na área da Saúde Internacional – Sistemas de Saúde. É Presidente da Direcção da AGO – Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta.

Foi Vice-Presidente da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, consultor médico da DECO PROTESTE assim como equiparado a Professor Adjunto da Cadeira Patologia Geral e Patologia I da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

Áreas de interesse: satisfação profissional, adequação de instrumentos de medida, qualidade, complexidade e salutogénese..

Ana Rita Antunes

Ana Rita Antunes é psicóloga clínica. Foi Gestora de Projectos da AGO - Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta, onde é ainda secretária da Direcção. É actualmente mestranda em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública, em Lisboa. É co-autora de um livro vencedor do Grande Prémio Fundação Astrazeneca 2005, de quatro publicações internacionais e uma nacional e de várias comunicações orais em encontros científicos.

Desde 2001, tem vindo a desempenhar funções de investigadora em diversos projectos tanto de âmbito nacional como internacional, na área da investigação em saúde. Desempenhou também funções de psicóloga clínica no Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de Lisboa, no âmbito do ProVEpA - Programa de Vigilância Epidemiológica Ambiental da Central de Incineração de Resíduos Sólidos Urbanos de S. João da Talha. Fez também parte da Comissão Organizadora de vários encontros científicos.

Isabel Craveiro

Isabel Craveiro é socióloga, com Mestrado em Sociologia do Desenvolvimento de Transformação Social. Actualmente, é doutoranda no Instituto de Higiene e Medicina Tropical na área da Saúde Internacional – Sistemas de Saúde, com um trabalho intitulado: “Mulheres em idade fértil / pobreza – acesso e padrões de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva no concelho de Lisboa – um estudo de caso-controlo”.

Trabalha há cerca de dez anos em investigação em saúde, tendo desenvolvido trabalho nas seguintes áreas: planeamento estratégico, políticas de saúde, violência contra profissionais de saúde e impacto do HIV pediátrico nos profissionais de saúde em Moçambique.

Áreas de interesse: saúde sexual e reprodutiva; métodos de investigação; pobreza e saúde (desigualdades sociais / acesso e utilização dos cuidados de saúde); determinantes sociais de saúde; planeamento; globalização e saúde.

António Júnior

António Júnior é Psicólogo Clínico, repartindo a sua actividade nesta área pela consulta privada e pela investigação, bem como pela revisão de artigos científicos.

Finalista de Química, também tem feito investigação em Química Analítica e Electroquímica, nomeadamente na área dos Biossensores.

Outra área de interesse é a da Literatura, tendo escrito até ao momento dois romances, um livro de contos e vários de poesia.

Rita Caldeira

Rita Caldeira é licenciada em Comunicação pela Universidade Católica Portuguesa e é doutoranda em Bioética pelo Instituto de Bioética da mesma Universidade.

Foi bolseira de investigação da Unidade de Epidemiologia e Bioestatística e Unidade de Sistemas de Saúde, ambas do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, bem como no Grupo de Epidemiologia Teórica do Instituto Gulbenkian de Ciência.

Áreas de interesse: erro e negligência médicas; segurança dos doentes, análise qualitativa, desenvolvimento de instrumentos de análise e “root-cause analysis”.

Pascale Charondière

Pascale Charondière é médica de família na Unidade de Saúde Familiar Marginal do Centro de Saúde de Cascais, onde coordena igualmente o Núcleo de Investigação.

Foi coordenadora da UCF Saúde da Mulher/Saúde Materna e Neo-Natal da Unidade D. Foi docente livre da Faculdade de Medicina de Lisboa. Integra a equipa pedagógica do Módulo de Investigação do Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul.

Áreas de interesse: equidade, política de saúde, qualidade, comunicação.