



ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE



Acessibilidade à Informação clínica na óptica do utente

Mestranda - Maria Agonia Martins Duarte Sousa

Dissertação apresentada à APNOR para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde

Orientadora: Prof. Doutora Aurora Pereira

Co-Orientador: Mestre Baltasar Fernandes

Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri.

Viana do Castelo, 20 Maio de 2011



ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE



Acessibilidade à Informação clínica na óptica do utente

Mestranda - Maria Agonia Martins Duarte Sousa

Orientadora: Prof. Doutora Aurora Pereira

Co-Orientador: Mestre Baltasar Fernandes

Viana do Castelo, 20 Maio de 2011

RESUMO

A informação resultante da prestação de cuidados de saúde, é no seu conjunto uma matéria muito sensível, e susceptível de existência de sistemas de segurança que prevejam o sigilo e a privacidade dos cidadãos. O acesso à informação é um direito inquestionável, que vai ao encontro do consentimento esclarecido.

Este estudo foi realizado com o objectivo de conhecer a acessibilidade dos utentes relativamente à informação clínica, para alcançar o objectivo proposto utilizou-se a vertente quantitativa enquadrada num estudo exploratório – descritivo e vertente qualitativa. Foi realizado na ULSAM, EPE mais propriamente no Serviço de Atendimento ao Utente (SAU), serviço que foi nomeado pelo Conselho de Administração como Responsável pelo Acesso à Informação (RAI).¹

Não é que esta seja a única forma de os utentes adquirirem a informação clínica pretendida, mas é a via sobre a qual estão estipulados procedimentos no sentido de garantir aos utentes, de modo análogo, o direito de acesso à informação de saúde.

O motivo que nos levou a realizar este estudo foi a insatisfação que durante a actividade profissional percebemos, e que adveio das manifestações dos utentes, considerando-o demasiado burocrático e demorado.

No contexto teórico - conceptual com o objectivo de suportar o estudo empírico é abordada a prestação de cuidados de saúde ao longo dos tempos e o acesso à informação clínica em Portugal.

Para colheita dos dados foi utilizado um questionário, por nós elaborado que foi aplicado aos utentes que recorreram ao SAU no ano 2009, solicitando informação clínica.

Dos resultados, no cômputo geral os utentes manifestaram uma relativa satisfação com o serviço que lhes foi prestado, contudo manifestaram uma certa dificuldade em acederem ao SAU, e morosidade na aquisição do documento pretendido. Na opinião dos utentes, o processo de acesso à sua informação clínica deverá ser um processo menos burocratizado e mais rápido.

Propomos como sugestão a implementação de uma aplicação informática que recolhe informação de diversas fontes de registo, num registo clínico único centrado no utente, e ainda uma reestruturação do sistema de sinalética existente.

Palavras-chave: Acesso Informação Clínica, Direito, Satisfação

¹ Relatório do Grupo de Trabalho ad hoc sobre o Direito de Acesso à Informação de Saúde

ABSTRAT

The information resulted from the health care provision, as a whole, is a very sensitive theme and requires the existence of security systems, which provides citizens confidentiality and privacy. The access to information is an unquestionable right, which goes with the informed consent.

This study was performed in order to know the accessibility to clinical information in the user's perspective, to achieve this objective, we used the quantitative side framed in an exploratory - descriptive study and a qualitative side. It was held at ULSAM, EPE, more properly, in the Care Service User (SAU), a service that was selected by the Directors Board, responsible for the Information Access. (RAI)².

In fact, this isn't the only way for users to acquire the desired clinical information, but it is the way over which are set the procedures to ensure the users, similarly, the right to access to health information.

The reason that led us to do this study was the dissatisfaction that, as employees and as part of our professional activity, we have felt in the users, and which comes from its manifestations, considering it too bureaucratic and slow.

In the theoretical-conceptual context, with the aim to support the empirical study, it is discussed the health care providing over time and the access to clinical information in Portugal.

In the collection data, it was used a questionnaire prepared by us and it was applied to users who appealed to SAU in 2009, requesting medical information.

From the results, overall, users expressed relative satisfaction with the service which was provided to them, however they expressed some difficulty in accessing the SAU, and delays in acquiring the requested document. In the users' opinion, the process of access to your medical information should be a process less bureaucratic and quicker.

We propose, as a solution, a software application implementation, which collects information from various sources of registration, in a single clinical record (on users-centered), and a restructuring of the existing signage.

Keywords: Clinical Information Access, Rights and Satisfaction

² Report of the Ad Hoc Working Group on the Right of Access to Health Information

RESUMEN

La información que resulta de la prestación de cuidados sanitarios es en conjunto un asunto muy delicado, siendo necesario que existan sistemas de seguridad que protejan el secreto y la privacidad de los ciudadanos. El acceso a la información es un derecho incuestionable, que va acompañado de la necesidad de un consentimiento informado.

Este estudio fue realizado con el objetivo de conocer la accesibilidad a la información clínica desde la perspectiva del usuario, para lograr este objetivo, se utilizó el aspecto cuantitativo enmarcado en un estudio exploratorio – descriptivo, e el aspecto cualitativo. Fue realizado en la ULSAM, EPE, concretamente en el Servicio de Atención al Usuario (SAU), servicio que fue designado por el Consejo de Administración como Responsable por el Acceso a la Información (RAI)³.

Esta no es la única manera por la que los usuarios pueden obtener la información clínica pretendida, pero es la vía a través de la cual están estipulados protocolos en el sentido de garantizar a los pacientes el derecho de acceso a la información clínica.

La motivación que nos llevó a realizar este estudio fue la insatisfacción que durante la nuestra actividad profesional hemos detectado a través de los usuarios y que proviene de sus manifestaciones, considerando el proceso como excesivamente burocratizado y lento. En el contexto teórico – conceptual, con el objetivo de justificar el estudio empírico, fue abordada la prestación de cuidados a lo largo del tiempo así como el acceso a la información clínica en Portugal.

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario elaborado por nosotros, que se aplicó a los usuarios que acudieron al SAU en 2009, solicitando información clínica. Como resultado, de modo general, los usuarios manifestaron una satisfacción relativa con el servicio que les fue prestado aunque, a pesar de todo, expresaron ciertas dificultades en acceder al SAU así como la demora para conseguir el documento pretendido.

En opinión de los usuarios, el procedimiento de acceso a su información médica debería ser menos burocrático y más rápido. Se propone como solución la utilización de un programa informático que recopile información de diversas fuentes en un registro clínico único, centrado en el paciente, así como una reestructuración del sistema de señalización existente.

Palabras clave: acceso, información clínica, derecho, satisfacción

³Informe del Grupo Especial de Trabajo sobre el Derecho de Acceso a la Información de la Salud

Agradecimentos

Um projecto desta natureza não seria possível de concretizar sem o apoio e envolvimento de todas as pessoas que me rodeiam, é pois, com sinceridade que lhes expesso o meu sentimento de gratidão.

À Professora Doutora Aurora Pereira e ao Mestre Baltasar Fernandes, Orientadora e Co-orientador, respectivamente, que incentivaram a prossecução deste estudo, agradeço a forma amiga, o entusiasmo e a dedicação, aliados à disponibilidade e rigor científico, proporcionando desta maneira uma reflexão constante e um enriquecimento global.

Ao Conselho de Administração da ULSAM, EPE, pela abertura dispensada proporcionando as condições necessárias para a elaboração desta investigação.

Ao Dr. Cândido Mota, responsável pelo Serviço de Atendimento ao Utente, à Gestora de Departamento onde trabalho Dr.^a Lúcia Novo, e à minha colega de trabalho Sandra Verde pela colaboração e empenho indispensáveis a este estudo.

Finalmente de um modo muito especial, à memória do meu pai, à minha mãe querida e toda a minha família. Ao Gilberto companheiro de todos os momentos e à minha filha, Maria, agradeço terem acompanhado e compreendido a necessidade de partilhar comigo esta longa caminhada. É a eles que dedico e presenteio este trabalho.

Abreviaturas e Siglas

Alert – Gestão do Serviço de Urgência
AP - Administração Pública
APP - Administração Pública Portuguesa
CPA- Código Procedimento Administrativo
CRP- Constituição Republica Portuguesa
CNPD – Comissão Nacional de Protecção de Dados
DGS – Direcção Geral da Saúde
IGIF – Instituto Gestão Informática e Financeira da Saúde
MCDT – Meios Complementares Diagnóstico e Terapêutica
OMS – Organização Mundial da Saúde
PCEU – Processo Clínico Electrónico único
RAI – Responsável pelo Acesso à Informação
RAM – Região Autónoma da Madeira
RSF – Resposta Sem Franquia
SAM – Sistema Apoio Médico
SAPE- Sistema de Apoio às práticas de enfermagem
SAU – Serviço de Atendimento ao Utente
SIIMA – Sistema de Informação de Imagiologia
SINUS – Sistema de Informação para Unidades de Saúde
SONHO- Sistema Integrado de Informação Hospitalar
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPSS - Statistical Packaged for the Social Sciences
SSP – Sistema Saúde Português
TIC - Tecnologias da Informação e Comunicação
ULSAM EPE – Unidade Local de Saúde do Alto Minho EPE
WAN-Wide Area Network

INDICE GERAL

INTRODUÇÃO	8
I PARTE – Fundamentação Teórica.....	11
1 – Os cuidados de saúde e o acesso à informação clínica em Portugal	12
1.1– Os cuidados de saúde, suas reformas e modelo de financiamento do SNS em Portugal....	12
1.2 – A Informação Clínica em Portugal	21
1.2.1– O Direito ao Acesso à “Informação Clínica”	21
1.2.2 – O Conflito entre o direito à informação e o direito à privacidade	25
1.2.3 – Acesso à Informação Clínica por terceiros	27
1.3 – Registo Clínico em Portugal.....	27
1.3.1– Estudos de Casos – Portugal	29
2 - A Unidade Local de Saúde do Alto Minho EPE.....	33
2.1 – A ULSAM, EPE	33
2.2 – O acesso à informação na ULSAM, EPE.....	36
II PARTE – Procedimentos Empíricos	39
1 - Opções Metodológicas.....	40
1.1 – A problemática em estudo	40
1.2– O tipo de estudo.....	41
1.3 – População e Amostra	41
1.4 – Instrumento de colheita de dados	43
1.4.1 – Pré-Teste	45
1.5 – Recolha e tratamento de dados.....	46
1.6 – Procedimentos Éticos e Deontológicos.....	47
2 – Apresentação e Análise dos Resultados.....	49
2.1 - Caracterização da amostra.....	49
2.2. Tipo de documento solicitado.....	51
2.3 Via Utilizada para solicitar a informação clínica.....	53
2.4 Satisfação com Informação Solicitada.....	55
2.5 – Críticas e Sugestões ao atendimento	63
3 – Conclusões e Perspectivas Futuras.....	63
4 –Bibliografia	70
Anexos	73

**INDICE DE:
QUADROS/TABELAS/GRÁFICOS**

Figura nº 1 – Organograma do Serviço Nacional de Saúde

Figura nº 2 – Estrutura Organizacional ULSAM, EPE

Quadro nº 1 - Quadro Alterações

Gráfico nº1 – Género

Gráfico nº2 – Idade

Gráfico nº3 – Habilitações Literárias

Gráfico nº4 – Tipo de Documento solicitado

Gráfico nº5 – Serviço Urgência – Especialidade sobre quem recai a solicitação

Gráfico nº6 – Via utilizada para solicitar informação clínica

Gráfico nº7 – Tempo Espera (em dias) - Serviço Urgência/ Especialidade

Mapa nº 1 – Distrito de Viana do Castelo

Tabela nº 1 - Tipo de Documento Solicitado de acordo com Serviço Urgência/Especialidade

Tabela nº 2 – Via utilizada para solicitar informação clínica

Tabela nº 3 – Satisfação – Atendimento Prestado

Tabela nº 4 - Satisfação com Atendimento Prestado – Serviço Urgência Especialidade

Tabela nº 5 – Satisfação - Sinalética Acesso ao Serviço

Tabela nº 6 – Satisfação – Nº de documentos a preencher

Tabela nº 7 – Satisfação – Tempo de Espera

Tabela nº 8 – Tempo de Espera Informações Clínicas - Utente Falecido

Tabela nº 9 - Tempo de Espera (em dias) Serviço Urgência/Especialidade

Tabela nº 10 – Relação entre a Satisfação e o Tempo de Espera

Tabela nº 11 – Críticas e Sugestões

ANEXOS

Anexo I – Questionário

Anexo II - Autorização da ULSAM EPE para aplicação do inquérito

Anexo III – RSF

Anexo IV – Carimbo

Anexo V – Confirmação criação e-mail

INTRODUÇÃO

No contexto da Administração Pública Portuguesa (APP), surgiram diversos desafios e oportunidades de mudança, resultantes de um conjunto de factores a que não são alheias às pressões a nível financeiro e os condicionalismos inerentes à participação no Mercado Único.

Dadas as exigências cada vez maiores dos cidadãos face aos serviços públicos e da “necessidade de melhor conceber e executar as políticas públicas” Silva (2000), resultou uma nova orientação no processo de reforma e modernização administrativas, numa lógica centrada no cidadão.

Assim, com a publicação da Lei n.º 56/79, aprovada a 28 de Junho e publicada no Diário da República de 15 de Setembro de 1979 – “politicamente” criado pelo então Ministro dos Assuntos Sociais, Saúde e Segurança Social, Dr. António Arnaut o Serviço Nacional de saúde (SNS). Os primeiros decretos regulamentares, já previamente “esboçados” pelo Ministro Arnaut, foram exarados pelo, à época, Secretário de Estado da Saúde, Professor Doutor António Correia de Campos, ambos figuras integradas no V Governo Constitucional.

A Lei n.º 47/90 de 24 de Agosto Lei de Bases da Saúde, de 1990, admite que o financiamento passe também a ser da responsabilidade de outras entidades, inclusive os beneficiários, e determina o princípio de acesso às prestações de cuidados de saúde através de Serviços e Estabelecimentos da rede oficial de cuidados, admitindo pela incapacidade de resposta total às solicitações a contratualização com outras entidades.

Este foi o período de maiores modificações estruturais e conjunturais operadas no sistema nacional de saúde.

Os cidadãos passaram a usufruir do direito à protecção da saúde, garantido pelo Estado, através do SNS, universal, compreensivo e gratuito.

Em 1997, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 176/97, de 21 de Outubro, é anunciado um novo modelo administrativo de relacionamento com o cidadão, baseado no princípio da administração aberta, em substituição do modelo burocrático caracterizado pelo distanciamento e secretismo.

Com base nos pontos 1 dos artigos 267.º e 268.º da Constituição da República Portuguesa (CRP), os quais apontam para uma estrutura administrativa menos burocratizada e mais próxima das populações e, simultaneamente, para o direito dos cidadãos à informação administrativa (orientações estas também consagradas no Código do Procedimento

Administrativo), o Governo assume o compromisso de caminhar no sentido da desburocratização, racionalização e simplificação de estruturas e procedimentos administrativos, apostando numa AP (Administração Pública) moderna ao serviço do cidadão e preocupada com a satisfação das expectativas da sociedade.

É doutrina e jurisprudência seguida por toda a Europa que os médicos e os hospitais estão obrigados a proceder à documentação e registo da actividade clínica.⁴

O nível do controlo dos custos de saúde, um adequado registo da história clínica pode permitir grandes poupanças. Na verdade, uma das principais causas do exponencial aumento dos custos de saúde é a multiplicação de exames repetidos sobre o mesmo paciente.

Podemos sintetizar como grandes objectivos da existência de registos clínicos, a melhoria dos cuidados prestados ao doente, através da partilha de informação clínica entre os profissionais de saúde, melhorar o suporte à decisão clínica, melhorar a forma como a informação é disponibilizada.

O presente trabalho de investigação realizado no âmbito dos cuidados de saúde tem como objectivo conhecer a acessibilidade dos utentes relativamente à informação clínica, de modo a contribuir para um melhor atendimento dos utentes nomeadamente no que diz respeito ao acesso à informação clínica.

O motivo que nos levou a realizar este estudo decorre da nossa actividade profissional onde nos apercebemos da insatisfação dos utentes com o processo para obtenção de informação clínica, considerando-o demasiado burocrático e demorado. Esta percepção é também partilhada por outros funcionários.

Este estudo encontra-se estruturado em duas partes, sendo que a primeira parte se refere à contextualização teórica onde se pretende apresentar as bases de suporte do presente estudo, e dado o campo de estudo ser na ULSAM, EPE, incluímos uma breve reflexão sobre os procedimentos implementados inerentes ao acesso à informação clínica por parte do utente.

Numa segunda parte apresentámos toda a investigação empírica, desde o enquadramento metodológico, à apresentação dos resultados e consequente análise, seguidamente apresentamos a conclusão e sugestões de intervenção futuras a nível da organização e investigação.

Tendo consciência que este trabalho faz tão-somente parte de um percurso de análise dos serviços prestados pela ULSAM, EPE, esperamos que seja produtivo, e contribua para a reflexão e melhoria no que diz respeito ao acesso à informação clínica por parte do utente.

⁴ CFR.LAUFS/UHLENBRUCK, Handbuch des Arztrechts, Munchen, Beck, 2002, 99.481-482 (Artigo Publicado na Revista Portuguesa do Dano Corporal(2006)

Uma vez que possuo uma Licenciatura na área das Ciências Sociais, o ser humano e a sua satisfação é uma área que bastante me atrai, pelo que a decisão por este estudo foi realmente gratificante.

Este estudo insere-se no Mestrado em Gestão das Organizações – Unidades de Saúde e permitiu-me como profissional da ULSAM, EPE perceber e adquirir uma panóplia de conhecimentos mais abrangentes sobre o acesso e o funcionamento interno dos serviços relativamente ao fornecimento à informação clínica.

I PARTE – Fundamentação Teórica

1 – Os cuidados de saúde e o acesso à informação clínica em Portugal

Neste capítulo explanaremos um pouco as reformas que ocorreram ao longo dos tempos na administração pública, mais precisamente na prestação de cuidados de saúde, a criação do SNS e o acesso à informação clínica resultante das práticas clínicas.

1.1– Os cuidados de saúde, suas reformas e modelo de financiamento do SNS em Portugal

Começamos por nos debruçar sobre as várias reformas existentes na administração pública no seu geral, situando no plano histórico a evolução do Ministério da Saúde, enquanto sistema, até à situação actual.

Na opinião de Barzeley e Armajani, (1992) nas três últimas décadas assistiu-se a uma crítica generalizada relativa ao funcionamento e desempenho da Administração Pública, argumentando-se que é uma estrutura gigante, ineficiente, ineficaz, com custos elevados, muito burocratizada, enfim é apresentada uma lista enorme de disfunções que a caracteriza. Contra este estado de coisas foram várias as vozes que se ergueram a reclamar por uma Administração Pública menos cara, mais eficiente e responsável que responda às necessidades de uma sociedade dinâmica e em constante mudança. Desde a comunidade empresarial, ao público no geral e partidos políticos todos pressionaram os diferentes governos para que estes reformem a Administração Pública. A partir de determinada altura questionou-se o rumo que esta estava a seguir, argumentando-se que ela foi construída com base em princípios errados precisando de ser reinventada e de renovar as suas instituições.

Foram várias as estratégias de reforma adoptadas para mudar o funcionamento da Administração Pública, desde cortes orçamentais, venda de bens do Estado, privatização, externalização de serviços, introdução de medidas de desempenho, gestão por resultados,

técnicas de gestão importadas do sector privado. É criado um programa de modernização administrativa, com ênfase na desburocratização e qualidade dos serviços públicos.

Pode dizer-se que grande parte das actuações do governo relativamente à Administração Pública estão orientadas no sentido da diminuição da despesa pública pelo que se tenta reduzir o número de funcionários públicos, realizar grandes processos de descentralização e de privatização, procurando a eficiência, recorrendo a critérios do âmbito privado.

Trata-se de medidas de reforma que se enquadram no modelo gestor e que têm sido adoptadas nos países ocidentais acreditando que estes instrumentos de reforma são capazes de responder aos problemas económicos e sociais, em particular para introduzir maior eficiência e eficácia no funcionamento da Administração Pública, que é neste momento o leit motiv que impulsiona reformas na Administração Pública.

Quanto à organização dos serviços de saúde esta sofreu a influência das ordens religiosas e dos conceitos políticos e sociais ao longo dos tempos.

A resposta às carências dos doentes era da iniciativa do clero, dos municípios, da realeza e dos “ricos - homens”, com a criação de instituições para o efeito (hospícios, hospitais).

O primeiro hospital de dimensões significativas de que há conhecimento em Portugal, foi o Hospital Real de Todos os Santos, hoje denominado de S. José e que foi construído no reinado de D. João II (1455-1495).

Segundo Graça (2000), apenas em 1899 o Dr. Ricardo Jorge iniciou a organização dos “Serviços de Beneficência Pública”. Esta organização entrou em funcionamento em 1903 sendo na época, apenas destinada aos pobres. As classes abastadas recorriam à medicina privada”. Também segundo o mesmo autor só posteriormente a Lei nº 2011 de 2 de Abril de 1946, que regulamenta e enquadra os Hospitais das Misericórdias e Hospitais do Estado enquanto serviços prestadores de saúde.

Em 1971, é publicada nova legislação que reconhece o direito à saúde e cria os Centros de Saúde.

Portugal garante aos seus cidadãos, conforme plasmado na Constituição da República de 1976, “o direito à protecção na saúde com a criação de um SNS universal, geral e gratuito”.

Foi em 1979 que surgiu o actual Serviço Nacional de Saúde. Este inclui todos os cuidados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, a prestação de cuidados de saúde a doentes e a reabilitação médica e social. Assim o Estado assegura a protecção da saúde individual e colectiva.

De acordo com a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 47/90, de 24 de Agosto) um Sistema de Saúde é o “conjunto constituído pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) e por todas as entidades

públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais liberais que acordem com o SNS a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades”. O SNS é tutelado pelo Ministério da Saúde e é administrado a nível de cada região de saúde pelo Conselho de Administração da respectiva Administração Regional de Saúde IP.

A mesma Lei de Bases da Saúde referida anteriormente define o SNS como “o conjunto de instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de Saúde dependentes do Ministério da Saúde (DGS), que têm por objectivo garantir o acesso a todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. O seu objectivo é a protecção de saúde individual e colectiva da comunidade, promovendo a saúde e prevenindo a doença”.

O conjunto de serviços do SNS divide-se em Cuidados Primários, Cuidados Hospitalares, Cuidados Continuados, gozando de autonomia administrativa e financeira e tem estrutura própria.

São beneficiários do SNS todos os cidadãos portugueses, os cidadãos oriundos de Estados membros da União Europeia, nos termos das normas comunitárias aplicáveis, e os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal.

A Lei Orgânica do Ministério da Saúde decorre da Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro que regulamentou os cuidados de saúde primários e diferenciados.

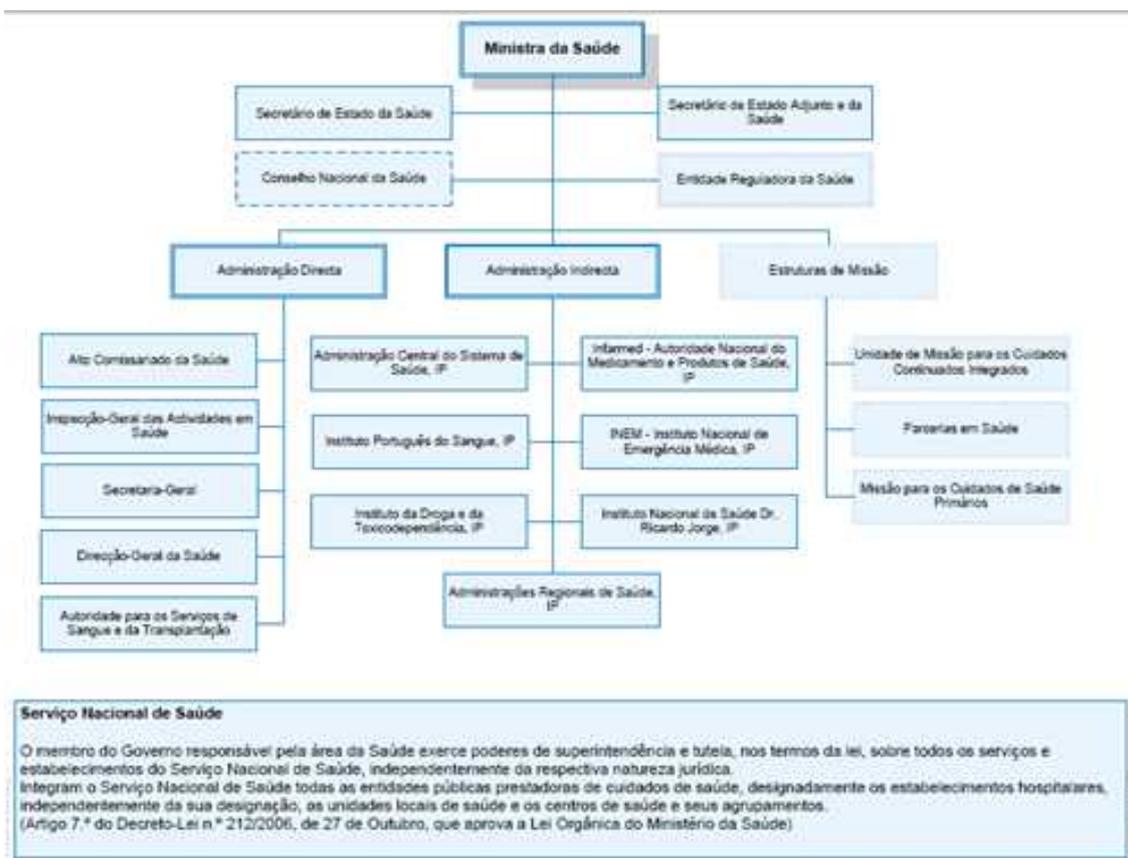
Estes cuidados de saúde são prestados através de unidades hospitalares integradas, distribuídas geograficamente de acordo com o que se considerou como necessidades da população. Estes níveis de cuidados distribuem-se pelo Sector Administrativo e Empresarial do Estado.

Com a lei do regime de Gestão Hospitalar, Lei 27/2002 de 8 de Novembro, foram criados modelos de gestão empresarial denominados Hospitais SA posteriormente, convertidos em EPE⁵ e permaneceram os SPA.

O organograma do Serviço Nacional de Saúde está integrado no Ministério da Saúde do qual também fazem parte os Serviços Centrais e os Serviços Personalizados.

⁵ Teoricamente, a única diferença que se operou foi a transformação do Capital Social em Capital Estatutário, no sentido de impedir a alienação destes hospitais

Figura nº 1 - Organograma do Serviço Nacional de Saúde



Mais recentemente ao SNS acresce o desafio de não só proporcionar melhor acesso dos serviços às populações, mas também de desenvolver um funcionamento de maior qualidade onde se contempla a gestão das instituições e a satisfação dos utentes. A primordial preocupação do Estado português durante as últimas décadas foi a questão da acessibilidade que obrigou à introdução de lógicas mais proactivas centradas na acessibilidade do doente, veiculadas através dos Contratos Programas e monitorizadas pelas Agências de Contratualização.

A missão do Sistema Nacional de Saúde, segundo Serrão (2006), assenta nos seguintes pressupostos:

1. Proporcionar um modelo integrado de promoção e manutenção da saúde e do bem-estar, e de prevenção da doença, em articulação permanente com outras dimensões, designadamente: a economia, o ambiente, a educação, o emprego, a segurança, os transportes e comunicações, a habitação e a nutrição;

2. Assegurar a todos os cidadãos portugueses o acesso aos cuidados de saúde necessários, em tempo oportuno e de forma contínua, sem barreiras de natureza económica, geográfica, arquitectónica ou cultural, sem discriminações em razão do estatuto económico ou social, a idade, a raça, o sexo ou o credo religioso;
3. Promover e garantir o atendimento personalizado dos cidadãos, no respeito integral dos seus direitos fundamentais, designadamente em matéria de privacidade, liberdade de escolha e informação, e dentro de uma conduta tecnicamente adequada, atenciosa, diligente e respeitadora dos valores éticos e humanos;
4. Desenvolver metodologias ajustadas à organização e prestação de cuidados de saúde para que os recursos envolvidos sejam utilizados de forma criteriosa e racional, designadamente na definição de prioridades, nos processos de produção desses cuidados e na avaliação dos resultados obtidos;
5. Estimular e desenvolver a investigação científica e tecnológica de modo a que novos contributos teóricos e novas práticas clínicas possam estar disponíveis para todos os cidadãos.

A organização dos serviços de saúde tem sofrido diversas alterações ao longo dos tempos mas, apesar das melhorias registadas nos últimos 30 anos, ainda permanecem algumas fragilidades e problemas que obrigam a atribuir ao sector da saúde uma importância prioritária.

Actualmente, tal como refere Serrão (2006), “o Sistema Nacional de Saúde atravessa um momento complexo, decorrente do preocupante contexto de crise económico-financeira e política do país: elevadas taxas de pobreza, desemprego, abandono escolar precoce, rendimentos baixos e escolaridade baixas, que conduzem a situações de exclusão social”. Por outro lado o aumento exponencial de custos, a par da frágil saúde económico-financeira levanta também questões económico-financeiras, já antes referidas, e sérias dúvidas da sustentabilidade do sistema.

Esta situação cria um ambiente onde a política de saúde deve ser redefinida e o sistema deve ser organizado numa lógica de custo/efectividade, ou seja, produzir mais, conseguir mais ganhos de saúde sem aumentar os custos.

Segundo o “Programa do XVII Governo Constitucional para a saúde” para 2005-2009, este refere como principais linhas de acção: o aumento de ganhos em saúde, tornar o acesso à

saúde, mais rápido, reforçar os mecanismos de planeamento estratégico dos recursos e reduzindo a despesa do sistema de saúde.

Estas propostas tinham como linha orientadora, diminuir os custos e melhorar a qualidade dos serviços oferecidos aos cidadãos, obtendo ganhos de saúde na população, linha que continua a ser seguida. Mas, como salienta Nunes (2005), “esses ganhos só podem ser alcançados na totalidade com a aposta prioritária nas acções de promoção da saúde e prevenção da doença”.

O SNS é um sistema aberto, complexo e dinâmico que interage com o meio ambiente (clientes, prestadores de cuidados, ordens profissionais, e restantes *stakeholders*⁶.

O Modelo de Financiamento do SNS em Portugal:

O SNS baseia, a sua estrutura, forma de funcionamento e de financiamento, basicamente, no modelo hierárquico e de uma forma evolutiva. Tal como ocorreu noutros países em que o acesso aos cuidados de saúde é universal e gratuito também em Portugal houve a expansão dos serviços de saúde, com influência no peso orçamental dos custos com a saúde.

A dificuldade de o poder político introduzir as reformas necessárias à correcção das disfunções deste modelo levou a que o SNS apresentasse graves problemas de funcionamento e financiamento originando elevado défices. A preocupação com contenção de custos em saúde e com a eficiência do sistema têm sido questões centrais dos políticos nos últimos anos, mas cujas medidas para inverter esta situação têm sido, até à data, um fracasso. A este respeito, Delgado (2002) caracteriza a situação do SNS da seguinte forma:

- ✓ Recursos materiais e humanos insuficientes;
- ✓ Subaproveitamento da capacidade instalada, desmotivação e falta de incentivos;
- ✓ Acesso difícil aos cuidados de saúde com extensas listas de espera para consultas e cirurgias e muito burocratizado;
- ✓ Qualidade do atendimento em termos de conforto, informação e pontualidade mau, pese embora a qualidade do atendimento técnico seja boa;
- ✓ Crescimento das despesas de saúde sem controlo e sem o correspondente aumento de produtividade e qualidade;

⁶ Este termo embora não tenha tradução exacta para português, pode definir-se por aproximação como partes interessadas no negócio.

- ✓ Reduzida eficiência dos recursos utilizados; Falência técnica dos cuidados de saúde primários, que se traduz na transferência de utentes para os hospitais (as urgências atendem cerca de 10 milhões de utentes por ano);
- ✓ Descontrolo no tempo de serviço prestado e pago;
- ✓ Despesas com medicamentos que representam quase o dobro dos valores que se observam para outros países da OCDE;
- ✓ Gestão dos hospitais pouco profissional;
- ✓ Mecanismos de controlo e supervisão do SNS desactualizados e ineficazes.

O sistema tem sido capaz de resistir às sucessivas medidas de racionalização, a actual proposta de reforma assenta numa abordagem mais radical na qual o governo parece determinado em alterar o seu papel de prestador para passar a ser um regulador através da quase imposição dos contratos programas.

Abdicando da sua função prestadora ele passa a ser um financiador do SNS, contratualizando os serviços de saúde. Assim, a reforma orienta-se fundamentalmente para duas áreas de intervenção: a introdução de métodos de gestão empresarial nos hospitais e a criação de um quase-mercado⁷ através da negociação de contratos-programa.

O contrato-programa de gestão constitui um instrumento de natureza negocial que tem por referencial um estabelecimento de saúde prestador, podendo através dele o Estado associar privados na prossecução do serviço público de saúde com transferência e partilha de riscos e recurso a financiamento de outras entidades, desde que cumpridos os pressupostos nomeadamente de qualidade exigidos ao sector público. O parceiro privado tende a transferir o risco, por exemplo por falta de capacidade instalada, ausência de tecnologia de ponta etc. A eficiência pode acontecer à custa de patologias adversas.

Segundo Barros (2008) “ a partilha do risco, com alguma transferência deste, só faz sentido para uma entidade privada se esta tiver, através da sua actividade de gestão, capacidade de influenciar os resultados do Hospital”. O contrato pode também ter por objecto a concepção, construção, financiamento, conservação e exploração do estabelecimento.

A reforma do sistema de saúde parte da premissa de que o aumento da concorrência entre serviços prestadores de cuidados de saúde irá criar pressões competitivas, tal como num mercado, de forma a promover uma melhor utilização de recursos e a proporcionar melhores serviços para os cidadãos. As forças da concorrência são o agente de mudança que irão conduzir à eficiência do sistema.

⁷ Esta lógica baseia-se na procura de um dado Serviço, por razões tanto objectivas como subjectivas.

Este quase - mercado é constituído por diferentes tipos de participantes (Lei nº 27/2002 art.º 100): Hospitais do Sector Público Administrativo, Hospitais de natureza empresarial, e Hospitais privados.

A contratualização é o processo fundamental que permite criar uma estrutura na qual é possível desenvolver uma lógica de mercado e de parceria⁸ com ganhos para as partes envolvidas.

A forma de financiamento deixa de se basear exclusivamente no orçamento de Estado sendo feito através da prestação dos cuidados de saúde definidos por contrato-programa com o SNS (princípio da separação entre entidade financiadora e a prestadora do serviço).

Os actos médicos serão pagos de acordo com uma tabela de preços. O orçamento de cada hospital será calculado com base na realização de determinado número de cirurgias, consultas ou atendimentos em hospital de dia e serviços de urgência. Significa que o governo vai criar um 'mercado' com os preços fixados em tabela que representa o custo fixo para cada um dos cuidados de saúde.

Entretanto, também foi introduzido o modelo de financiamento por capitação para as Unidades Locais de Saúde, onde é pago determinado montante por cada habitante da região onde a Unidade Local está sediada.

Paralelamente, foi criada uma Entidade Reguladora da Saúde que modera e regula o funcionamento deste 'mercado', através da transferência de poderes detidos pelo Governo.

Assumindo o contrato de gestão a natureza de uma técnica concessória, torna-se evidente que o seu regime jurídico esteja ajustado aos traços comuns das concessões de serviço público. Assim, à entidade pública concedente cabe regulamentar e fiscalizar a gestão, para assegurar a regularidade, continuidade e qualidade das prestações de saúde como a comodidade e segurança dos utentes.

No entanto, hoje, mais que nunca, é importante realçar que, por muito bom que seja o contrato, ele nunca conseguirá substituir o papel importantíssimo de supervisão que cabe ao Estado Português. Qualquer melhoria do sistema depende da capacidade reguladora do Governo para acompanhar e supervisionar cada conversão e para instituir métodos de cooperação e coordenação e, finalmente, para aperfeiçoar as formas de distribuição de recursos.

Em síntese, o paradigma gestor que está a ser introduzido em Portugal assenta em três vectores: a sustentabilidade económica, a gestão por objectivos e os indicadores de

⁸ Admite-se parceria como um negócio transparente onde todas as partes envolvidas ganham.

desempenho. O modelo combina o aumento da confiança no mercado e a gestão descentralizada, procurando desta forma garantir maior escolha, melhor comunicação e a melhoria da eficiência do SNS.

A reforma em curso constitui um enorme desafio pois representa uma mudança radical na estruturação do SNS e no modelo de gestão. Ela rompe com o modelo tradicional de administração introduzindo uma nova abordagem que se orienta para resultados e que promove os valores da eficiência e da economia. Por outro lado, introduz mecanismos que visam impor maior rigor no funcionamento do próprio sistema.

A empresarialização dos hospitais e a contratualização da gestão oferece a oportunidade para a adopção de estilos de gestão mais flexíveis e empreendedores, estas mudanças vão ter profundas implicações no funcionamento dos hospitais.

O serviço público de saúde necessita de diversidade, concorrência, rapidez de resposta e o conhecimento sistemático dos custos e das necessidades da população. Contudo impottra colocar a questão, será que esta reforma vai na realidade resolver os problemas do SNS? Esta tarefa não se afigura fácil e ainda há um longo caminho a percorrer.

1.2 – A Informação Clínica em Portugal

O direito à informação, como a maioria dos direitos fundamentais, não goza de uma garantia absoluta, e apesar de a liberdade de acesso aos documentos administrativos ser a regra, a verdade é que há diversas excepções a tal direito, nomeadamente como forma de não violar outros direitos ou bens constitucionalmente protegidos. Estamos no âmbito daquilo que tradicionalmente se apelidava de limites iminentes.⁹

À semelhança de outros países que nos são próximos, constituíram-se em Portugal duas autoridades administrativas independentes dotadas de competências para efectuarem tal ponderação e concretização dos preceitos constitucionais e legais pertinentes: a Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos e a Comissão Nacional de Protecção de Dados.

1.2.1– O Direito ao Acesso à “Informação Clínica”

As Instituições de Saúde que integram o SNS devem considerar três documentos fundamentais no que concerne ao acesso à informação de saúde, sendo eles: a Lei de Acesso a Dados Administrativos (LADA); Lei nº 46/2007 de 24 de Agosto, que regulamenta o acesso à informação administrativa; a Lei nº 12/2005 de 26 de Janeiro que define o conceito de informação de saúde, o Código Deontológico dos Médicos e o dos Enfermeiros.

Os ficheiros clínicos detidos por todas as entidades do SNS são, pois, documentos administrativos, uma vez que por documento administrativo se entende todos os ficheiros, relatórios, estudos, estatísticas, facturas, directivas, instruções, circulares, ordens, notas e explicações sobre direito positivo ou procedimentos, previsões e decisões, registos sonoros, visuais ou qualquer outro suporte de informação resultante da actividade administrativa que estejam na posse da Administração (Van Lang, 1997).

Para melhor perceber a aplicação do LADA salientámos os seguintes Artigos 3.º, 5.º e 7.º que se transcrevem:

Artigo 3.º - Definições

1 - Para efeitos da presente Lei, considera-se:

⁹ Imanentes são todas as características que estão vinculadas inseparavelmente à propriedade específica de um objecto, de tal forma que nada possa superar ou infringir os seus limites.

- a) «Documento administrativo» qualquer suporte de informação sob forma escrita, visual, sonora, electrónica ou outra forma material, na posse dos órgãos e entidades referidos no artigo seguinte, ou detidos em seu nome;
- b) «Documento nominativo» o documento administrativo que contenha, acerca de pessoa singular, identificada ou identificável apreciação ou juízo de valor, ou informação abrangida pela reserva da intimidade da vida privada.

2- Não se consideram documentos administrativos, para efeitos da presente lei:

- a) As notas pessoais, esboços, apontamentos e outros registos de natureza semelhante;
- b) Os documentos cuja elaboração não releve da actividade administrativa e designadamente referentes à reunião do Conselho de Ministros e de Secretários de Estado, bem como à sua preparação.

Artigo 5.º - Direito de Acesso

Todos, sem necessidade de enunciar qualquer interesse, têm direito de acesso aos documentos administrativos, o qual compreende os direitos de consulta, de reprodução e de informação sobre a sua existência e conteúdo.

Artigo 7.º - Comunicação de dados de saúde

A comunicação de dados de saúde é feita por intermédio de médico se o requerente o solicitar.

Os dados pessoais de saúde encontram-se disciplinados pela Lei 12/2005, de 26 de Janeiro, nesta Lei no seu artigo 1º, define-se “informação de saúde como sendo todo o tipo de informação directa ou indirectamente ligada à saúde, presente ou futura, de um a pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar” e de imediato no seu artigo 2º diz-se que esta informação de saúde “é propriedade da pessoa, sendo as unidades do sistema de saúde depositários da informação, a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e a investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei”. Esta Lei diz ainda que o “acesso à informação de saúde por parte do seu titular, ou de terceiros com o seu consentimento, é feito através de médico, com habilitação própria, escolhido pelo titular da informação” (nº 3 do artigo 3º). A mesma Lei nos nº 1 e 2 do seu artigo 4º, cuja epígrafe é «tratamento da informação de saúde», impõe um “especial dever de preservar a confidencialidade da informação e o reforço do sigilo e formação deontológica dos

profissionais, bem como a segurança da informação (instalações e equipamentos), impedindo o acesso e intervenções ilícitas e perigosas para a qualidade dos dados (integridade e fiabilidade da informação) ”. Por sua vez, o nº 3 deste artigo 4º diz que a informação “só pode ser utilizada pelo sistema de saúde nas condições expressas em autorização escrita do seu titular ou de quem o represente”.

Por fim, “o processo clínico é qualquer registo, informatizado ou manual, com informação de saúde dos doentes e seus familiares, devendo conter toda a informação médica disponível que respeite ao paciente e ser inscrita pelo médico ou outro profissional sujeito ao dever de sigilo e nos termos das normas deontológicas” (nº 2, 3 e 4 do artigo 5º, com a epígrafe «informação médica»).

A leitura dos artigos supracitados permite-nos concluir que qualquer cidadão tem direito a aceder à informação de saúde que lhe diz respeito, sem que para isso tenha de apresentar qualquer justificação.

Será esta conclusão aplicada na prática?

Um outro factor que nos parece de grande interesse referir prende-se com o facto de as instituições privadas de saúde não serem abrangidas pelo diploma que regulamenta o acesso à informação administrativa. Em termos práticos, um cidadão/utente de um hospital privado quando transita para um hospital público e solicita acesso ao seu processo clínico, pode ver a sua pretensão indeferida porque nestas instituições a LADA não se aplica.

Nos termos do artigo 11º, da LADA, entre as formas de acesso legalmente disponíveis à informação clínica, pode o requerente optar, por consultar gratuitamente o processo nos serviços que os detenham, por requerer a reprodução por fotocópia ou por qualquer meio técnico, ou através de certidão.

Acrescentando o artigo 12º da LADA que, as reproduções que se traduzam na tiragem de fotocópias, há-de fazer-se num exemplar sujeito a pagamento de taxa pela pessoa que a solicitar.

Para efeitos de fixação dessa taxa deve ser levado em consideração o Despacho nº 8617/2002 do Ministério das Finanças, publicado em 29 de Abril de 2002 no Diário da República, II Série, nº 99.

Questões Ético – Legais ligadas à Informação em Saúde

- **Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro** – Lei da Protecção de Dados Pessoais.
Transpõe para a ordem jurídica portuguesa a directiva 95/46/CE, do parlamento europeu e do conselho, de 24 de Outubro de 1995, relativa à protecção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento dos dados pessoais e à livre circulação desses dados.
- **Lei n.º 12/2005 de 26 de Janeiro** – Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde. Estabelece o regime jurídico da informação de saúde.
- **Lei n.º 46/2007 de 24 de Agosto** – Acesso aos documentos administrativos e sua reutilização. Regula o acesso aos documentos administrativos e a sua reutilização, revoga a Lei n.º 65/93, de 26 de Agosto, com a redacção introduzida pelas Lei n.º s 8/95, de 29 de Março, e 94/99, de 16 de Julho, e transpõe para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2003/98/CE, do Parlamento e do Conselho, de 17 de Novembro, relativa à reutilização de informações do sector público.

1.2.2 – O Conflito entre o direito à informação e o direito à privacidade

O Direito à informação por parte dos cidadãos na AP e o direito da privacidade surgem como dois temas de extrema importância no momento actual em que vivemos mas nem sempre de coabitação pacífica. Na verdade ambos os direitos e os valores que lhes estão associados, têm assumido um papel de enorme protagonismo na vida das pessoas e nas condições de desenvolvimento da sociedade em contextos de Estado do Direito.

A crescente abertura da AP, numa tentativa de desburocratização, aliado ao desenvolvimento dos sistemas de informação pode por em causa o direito à privacidade, se as plataformas que sustentam a informação não estiverem devidamente protegidas.

Uma das diferenças mais significativas entre a clássica Administração Pública e a actual Administração Pública do Estado Social de Direito traduz-se no facto de a primeira ser uma Administração Pública autoritária, fechada sobre si, decidindo em segredo, ao passo que a actual Administração Pública é mais aberta, agindo em comunicação com o exterior e mais centrada no cidadão.

Na Constituição da República Portuguesa (CRP) e no Código do Procedimento Administrativo (CPA) consagra-se o direito fundamental dos cidadãos à informação, designadamente no que respeita à AP (ponto nº1 e 2 do artigo 268 do CRP). Só que este direito fundamental entra muitas vezes em conflito com o direito à reserva sobre a intimidade da vida privada, um direito fundamental para as condições de existência da sociedade.

Sob a epígrafe liberdade de expressão e informação o artigo 37º da CRP garante a todos no seu nº1 “o direito de informar, de se informar e ser informados, sem impedimentos nem discriminações” acrescentando o ponto nº 2 que “o exercício de tal direito não pode ser impedido ou limitado por qualquer tipo ou forma de censura”.

O ponto nº 1 do artigo 268º da CRP “prevê o direito à informação procedimental concedido no âmbito de um procedimento administrativo concreto já o ponto nº 2 do mesmo artigo consagra o chamado princípio da administração aberta ou do arquivo aberto, que permite a qualquer cidadão o acesso a arquivos e registos administrativos. No seu conjunto um genérico direito à informação administrativa”. Ambos os direitos também se encontram regulamentados no CPA.

Estes direitos estão associados ao propósito de tornar a vida e o funcionamento da AP mais democráticos e transparentes.

O direito à informação, como a maioria dos direitos fundamentais, não goza de uma garantia absoluta, e apesar de a liberdade de acesso aos documentos administrativos ser a regra, a

verdade é que há diversas excepções a tal direito, nomeadamente como forma de não violar outros direitos ou bens constitucionalmente protegidos.

Com o rapidíssimo desenvolvimento tecnológico das últimas décadas, particularmente na área da informática, as possibilidades de recolha, armazenamento, utilização e interconexão de dados aumentaram criando correlativos perigos para as pessoas, sobretudo ao nível da protecção da sua vida privada, em contextos clínicos.

A revolução informática é muito significativa para o tema que estamos a tratar, ao alargar de forma exponencial os perigos de devassa da privacidade, nomeadamente pelos órgãos da Administração Pública, perante a facilidade em aceder e utilizar informações pessoais.

Não podemos deixar de fazer referência a que apesar de todo este desenvolvimento, e toda esta acessibilidade a informação, o funcionário público ou quem exerça funções em instituição pública têm subjacente Deveres (Lei 58/2008), deveres esses que devem ser respeitados pois a sua violação incorre em processo disciplinar. Um deles é o Dever de prestar informação e que consiste em prestar ao cidadão, nos termos legais, a informação que por este seja solicitada, com ressalva daquela que, naqueles termos, não deva ser divulgada, tal como está sujeito ao dever de sigilo profissional, podemos também considerar o princípio da boa fé como um princípio muito importante na actuação dos profissionais de saúde.

O direito à protecção da saúde está consagrado na CRP e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. Dos diferentes direitos contemplados na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, e no que diz respeito ao acesso à informação clínica por parte do utente destacam-se dois que se relacionam directamente com o tema em análise “a informação ao doente, a saber, e a confidencialidade de toda a informação clínica” e “o direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico”.

De facto o doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica, só podendo esta ser revelada com o seu consentimento, se não houver prejuízo para terceiros ou se a lei o determinar.

O direito de informação ao doente tem por base a necessária transparência, que deve caracterizar a informação ao cidadão. Contudo em saúde a informação tem algumas especificidades, nomeadamente no que diz respeito à informação a terceiros e a meios de comunicação social.

1.2.3 – Acesso à Informação Clínica por terceiros

A Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) entende que relativamente ao acesso à Informação Médica por parte de terceiros (entidades diversas, familiares, seguradoras) continua válida a posição que preconizou através da sua Deliberação nº 51/2001 de 3 de Julho “ os dados a comunicar devem ser os estritamente necessários à facturação e à cobrança dos cuidados prestados, não devendo o suporte a enviar conter dados sobre o diagnóstico ou que permitam uma violação da intimidade da vida privada do doente, devendo a comunicação ser feita a profissional de saúde obrigado a sigilo ou a outra pessoa igualmente sujeita a segredo profissional ”.

Com efeito as informações ou dados de saúde são dados sensíveis, na acepção do artigo 7º da Lei nº 67/98.

Sendo assim a sua eventual comunicação a terceiros só pode segundo o ponto 2 do art.7 desta Lei, ter lugar com base em:

- ✓ Lei (por exemplo que permita essa comunicação aos tribunais)
- ✓ Autorização da CNPD, baseada em motivo de interesse público importante
- ✓ Consentimento expresso do titular dos dados, consentimento manifesto ou explícito não tácito ou implícito.

Esta regra foi reiterada pelo art. 4º, ponto 3 da Lei nº 12/2005, o qual veio permitir a comunicação de dados de saúde para fins de investigação, desde que anónimos.

Mesmo os dados de saúde relativos a pessoas falecidas, não podem ser comunicados a terceiros excepto se o respectivo titular o tiver consentido por forma expressa. Apenas quanto aos familiares de pessoas falecidas aceitam que lhes seja comunicada a “causa da morte” destas.

1.3 – Registo Clínico em Portugal

Até ao aparecimento das Novas Tecnologias os registos clínicos eram todos efectuados em suporte papel originando o tão denominado Processo Clínico e que era guardado em arquivos próprios com numeração específica.

Os registos clínicos electrónicos surgem da necessidade crescente de estruturar e tornar acessível a informação clínica. Os primeiros dados clínicos a serem estruturados e

informatizados foram os diagnósticos, os procedimentos e os resultados de exames de laboratório.

Na grande maioria dos hospitais, a espinha dorsal do sistema de registo clínico electrónico é constituído pela aplicação SONHO¹⁰, que interage com outras aplicações. No caso dos centros de saúde este papel é desempenhado pela aplicação SINUS¹¹. Estas duas aplicações surgiram no final da década de 80 para satisfazer as necessidades organizativas no SNS e a sua utilização está amplamente disseminada em Portugal.

O SONHO é um sistema integrado de informação que foi desenvolvido pelo então denominado Instituto Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF)¹², e que abrange alguns departamentos dos hospitais tais como: urgência, consulta externa, internamento, arquivo clínico, meios complementares de diagnóstico.

O sistema de informação SINUS, também desenvolvido pelo IGIF, tem como objectivo suportar as actividades diárias dos centros de saúde. É constituído por vários módulos e funcionalidades por exemplo, registo de utentes, agendas de consultas, registo de vacinação, cartão do utente.

A necessidade de criar um registo clínico electrónico levou o IGIF a desenvolver um módulo orientado à actividade do médico, o Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e um módulo orientado para a actividade de enfermagem, o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Estes dois sistemas têm por base a informação clínico - administrativa processada no SONHO ou no SINUS. Uma vez que estes são sistemas diferentes, na realidade foram desenvolvidos dois módulos do SAM e dois módulos do SAPE: um para os cuidados de saúde primários, integrado no SINUS; outro para os cuidados de saúde secundários, integrado no SONHO.

Embora o SONHO e SINUS usem bases de dados bem estruturadas, devido à sua antiguidade e arquitectura, são aplicações orientadas para funcionar em ambientes fechados, razão que dificulta a sua integração com outras aplicações e mesmo entre elas. Para além disto, acresce o facto de que existem diferentes versões instaladas nas instituições, o que dificulta a sua gestão e manutenção. Tipicamente, também não existe uma configuração ou parametrização uniformizada entre as diferentes instituições, o que mais dificulta por exemplo, comparação de indicadores de gestão e ou produção.

¹⁰ Sistema Integrado de Informação Hospitalar

¹¹ Sistema de Informação para Unidades de Saúde.

¹² Coma reestruturação passou a denominar-se ACSS

Mais recentemente foi implementado nos Serviços de Urgência o ALERT - Gestão do Serviço de Urgência, esta implementação decorreu da crescente consciencialização da utilidade do uso de meios informáticos para diminuir a ocorrência de erros no atendimento dos utentes, bem como da necessidade premente de objectivar os problemas de funcionamento e melhorar a gestão dos recursos humanos e técnicos dessas unidades de prestação de serviços de saúde. Estes são os principais programas utilizados a nível do SNS, mas existem outros e no momento cada hospital está a tentar reestruturar o seu registo clínico da forma que acha mais eficaz, rentável e acessível, uns através da digitalização, outros com plataformas mais sofisticadas com interligação com os programas já existentes e outros continuam a usar o registo em suporte papel.

1.3.1- Estudos de Casos – Portugal

Neste item explanaremos a forma como a informação clínica é registada em alguns hospitais portugueses.

Sistema Regional de Saúde - Região Autónoma da Madeira (RAM)¹³

Na Região Autónoma da Madeira a implementação do Processo Clínico Electrónico Único (PCEU) pretendeu que toda a informação clínica relacionada com a observação, diagnóstico e tratamento de doentes, passasse a ser registada em formato electrónico, e desta forma eliminar progressivamente o suporte em papel. Esta tarefa só foi possível com a implementação paralela da “Digitalização da Informação Clínica” de modo a ser possível no PCEU ter acesso ao histórico da informação clínica de um Cidadão.

Foi, assim, possível disponibilizar o acesso ao PCEU a partir de qualquer ponto no contexto hospitalar (no internamento, consulta externa e urgências) e nos cuidados primários e disponibilizar o acesso a qualquer profissional de saúde que intervenha na prestação de cuidados a um cidadão, de acordo com o seu nível de autorização. E tornou mais fácil a tarefa de facultar toda a informação clínica do utente ao mesmo quando solicitada, uma vez que esta se encontrava toda compilada no PCEU.

Em termos tecnológicos adoptaram um sistema centralizado, ligando-se os 54 Centros de Saúde aos 3 Hospitais da RAM, tendo entre os 3 hospitais sido estabelecida uma ligação WAN¹⁴ com tecnologia laser a 100Mbps.

¹³ www.portugal.gov.pt/pt/.../RSE_R1_Estado_da_Arte_V2_0.pdf -

Este projecto foi feito por uma equipa multidisciplinar levando em consideração as necessidades identificadas. Outra característica do projecto foi a separação clara dos dados administrativos dos dados clínicos, condição requerida pela CNPD.

Hospital de S. Marcos Braga¹⁵

O Hospital de S. Marcos¹⁶ - Braga é a primeira unidade hospitalar em Portugal a implementar uma Plataforma de Sistemas de Informação “paper-free”, para garantir a maior produtividade e eficiência dos serviços¹⁷.

O novo sistema de informação foi desenvolvido pela Glintt uma empresa portuguesa ligada à área da saúde e com presença internacional. Este sistema informático abrange a globalidade da actividade clínica e de suporte hospitalar, facilitando a partilha de conhecimentos e experiências entre os profissionais de saúde. Do ponto de vista utente, facilita a marcação e os pedidos de actos médicos, de diagnóstico e terapêutica, ou cirúrgicos. Paralelamente há um aumento da transparência dos processos e o acesso à informação clínica é simplificado.

A implementação deste novo sistema tem um impacto positivo na renovação dos hospitais portugueses, trazendo uma mais-valia para o Estado, uma vez que reforça o controlo dos dados gerados nesta unidade de saúde sendo melhorada a detecção de falhas e a respectiva correcção.

Este programa substituirá o Sistema Sonho actualmente presente na generalidade dos hospitais públicos.

Hospital São Sebastião – Santa Maria da Feira¹⁸

O Hospital São Sebastião em Santa Maria da Feira, pretendia implementar uma plataforma tecnológica unificada para responder às necessidades dos utentes em vez de depender de sistemas isolados para cada técnico de saúde e serviço dentro do hospital.

Implementando primeiro no serviço de urgências, o registo de pacientes electrónico “Medtrix EPR”. A aplicação fornece aos médicos uma perspectiva integrada de toda a informação clínica

¹⁴ Wide Area Network (WAN), Rede de área alargada ou Rede de longa distância, também conhecida como Rede geograficamente distribuída, é uma rede de computadores que abrange uma grande área geográfica

¹⁵ www.hsmbraga.min-saude.pt/ e saude.sapo.pt/.../hospital-de-braga-implementa-plataforma-de-informacao-paper-free.html

¹⁶ Na realidade a denominação assumida após a concessão da Parceria Público Privada é “Escala Braga”

¹⁷ Informação obtida na página do Hospital de Braga

¹⁸ www.hospitalfeira.min-saude.pt/

relacionada com os pacientes, desde a sua admissão no hospital e possibilita a sua cedência ao utente que a solicite de uma forma mais atempada.

Os dados entram no Medtrix EPR a partir de sistemas de laboratório e imagiologia e outras fontes utilizando normas para a comunicação de dados, tal como o SONHO que também pode ser acedido directamente.

Centro Hospitalar do Porto - Hospital de S. João¹⁹

A Informação Clínica do Utente (ICU, no Centro Hospitalar do S. João²⁰ é um sistema que se baseia nas premissas de um Registo Clínico Virtual (RCV) centrado no Cidadão e que foi desenvolvido no âmbito do Programa Operacional Saúde – Saúde XXI.

Através do ICU é possível recolher informação clínica relevante proveniente de diferentes fontes, geri-la e utilizá-la de modo integrado e adequado às necessidades de informação dos profissionais e utentes que a solicitam.

Este Registo Clínico Virtual apresenta de forma integrada o máximo de informação proveniente do SONHO, Sistema de Estatísticas (GDHs) e de vários Sistemas de Informação departamentais.

Com este Registo Clínico Virtual tornou-se mais fácil o acesso a toda a informação clínica do utente, uma monitorização sistemática dos vários sistemas informáticos envolvidos.

O ICU disponibiliza a todos os profissionais através da intranet hospitalar um acesso centralizado ao historial clínico dos Cidadãos bem como aos seus relatórios.

Destaca-se o facto de o Hospital de S. João e relativamente a este projecto já recebeu 2 prémios nacionais e-Saúde: Hospital do Futuro; Fernandes da Costa.

¹⁹ www.hsjoao.min-saude.pt/ e <http://icu.bsjoao.pt>

²⁰ Passou a incorporar a incorporar desde o dia 1 de Abril o Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo

Centro Hospitalar do Porto – Hospital Geral de Santo António²¹

O Hospital Geral de Santo António deu início em 2003 a uma estratégia de Integração e Interoperabilidade em parceria com a Universidade do Minho.

O processo de informatização do HGSA teve por objectivos integrar toda a actividade clínica e administrativa realizada sobre um Cidadão, disponibilizar o uso das TICS aos diversos serviços do HGSA, assim como integrar os sistemas de informação existentes e futuros do HGSA, sendo que o objectivo final é o de “Informatizar os Serviços do Hospital, dotando-o de uma infra-estrutura informativa de elevada qualidade, fiabilidade e segurança de acordo com as normas vigentes de confidencialidade e privacidade dos dados dos utentes”.

Com a implementação do Processo Clínico Electrónico, o HGSA alcançou os seguintes resultados:

- ✓ Aumento do rigor e fiabilidade dos dados registados em sede do processo clínico;
- ✓ Diminuição de custos de armazenamento e transporte de documentos;
- ✓ Diminuição de erros, omissões e ambiguidades;
- ✓ Disponibilidade permanente na rede;
- ✓ Aumento de segurança de armazenamento e utilização da informação;
- ✓ Rapidez e segurança no acesso à informação sobre o Cidadão, a terapêutica, os MCDTs e prescrições;
- ✓ Suporte à continuidade de cuidados entre profissionais de saúde, inter e intra – instituição;
- ✓ Migração gradativa do processo clínico em papel para o electrónico com todas as vantagens que daí advêm;
- ✓ Suporte à prática de investigação clínica.

²¹ Apresentação “Desmaterialização Processo Clínico”; Março de 2008;
www.siweb.info/stisaude2008/intervencoes/msalazar_c quintas_uhstoantonio_v2.pdf

2 - A Unidade Local de Saúde do Alto Minho EPE (ULSAM, EPE) e o acesso à informação clínica

Situando-se o nosso estudo na ULSAM, EPE parece-nos importante evidenciar que a constituição de um Hospital EPE é feita por Decreto-Lei, sendo a titularidade pública e o capital estatutário o elemento patrimonial predominante. Em princípio, o regime jurídico aplicado é de direito privado, segundo o art. 7.º ponto 1 do Regime do Sector Empresarial do Estado. Segundo este regime, a tutela é governamental, tanto economicamente como financeiramente, aplicando-se as regras de tipo tutelar do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar (Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro).

2.1 – A ULSAM, EPE

A Unidade Local de Saúde do Alto Minho EPE, resultante por fusão do Centro Hospitalar do Alto Minho e a Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo, foi constituída pelo Decreto-Lei n.º 183/2008 de 4 de Setembro é constituída por Unidades Hospitalares, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Familiares (USF), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidades de Convalescença.

Mapa n.º 1 - Distrito Viana do Castelo



A ULSAM, EPE constitui uma entidade pública empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial que se rege pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais.

A sede social da ULSAM é na Estrada de Santa Luzia, 4901-858 Viana do Castelo.

”A missão da ULSAM assume um carácter compreensivo que vai desde a identificação das necessidades de saúde da população residente até à resposta integrada a essas necessidades, através dos serviços públicos, privados contratualizados, comunitários ou de solidariedade social, no respeito pela integridade e dignidade dos utentes, optimizando os recursos, garantindo a qualidade e efectividade da prestação de cuidados, com eficiência e eficácia, tendo em vista a excelência”²².

A ULSAM, EPE tem por objecto a prestação de Cuidados de Saúde Primários, Diferenciados e Continuados à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos Subsistemas de Saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral, bem como assegurar as actividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida.

Faz igualmente parte da sua missão desenvolver actividades de investigação, formação e ensino”. No desenvolvimento da sua actividade, a ULSAM, EPE e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes valores:

- a) Atitude centrada no utente e respeito pela dignidade humana;
- b) Cultura do conhecimento como um bem em si mesmo;
- c) Cultura da excelência técnica e do cuidar;
- d) Cultura interna de multidisciplinaridade e do bom relacionamento no trabalho.

São órgãos sociais da ULSAM, EPE o Conselho de Administração, o Fiscal Único e o Conselho Consultivo.

A estrutura organizacional da ULSAM, EPE é a que a seguir se apresenta.

²² Proposta Regulamento Interno da ULSAM EPE

Figura nº 1 - Estrutura organizacional da ULSAM,EPE



2.2 – O acesso à informação na ULSAM, EPE

Para que os cuidados de saúde sejam zelosos e organizados impõe-se que o médico proceda ao registo e à documentação das consultas, exames, diagnósticos e tratamentos efectuados, sob pena de incorrer em responsabilidade civil, pois no Direito Português está previsto o dever jurídico de documentação. Este dever encontra-se no art.77º,nº1 Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

A forma da documentação também é um item com relevante importância. Os hospitais vão uniformizando as formas de registo, até há uns tempos atrás apenas se utilizava o denominado “Processo Clínico “ em suporte papel que era e continua a ser arquivado em arquivos próprios com sequências numéricas. Nos tempos modernos este registo já começa a ser efectuado em programas informáticos. O problema é que com o decorrer dos tempos têm sido criados uma enorme quantidade de programas para registo de informação clínica por categoria profissional. Com todas estas hipóteses de registo clínico, torna-se muito difícil conseguir compilar e ter acesso a toda a informação clínica existente sobre o mesmo utente no hospital.

O direito de acesso à formação sobre os dados de saúde é um Direito reconhecido pela Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes publicada pela Direcção-Geral da Saúde em 1997 e está subjacente a toda a legislação portuguesa sobre a matéria.

Começamos por apresentar um resumo das Aplicações Informáticas existentes na ULSAM EPE (ETR.008CHAM) e que se destinam ao registo de informações clínicas: SONHO, SAM, SAPE, SICD/E, Alert, Geap, Clinidata XXI, SIBAS, PACS, SIIMA Cada um destes programas tem um fim específico ou uma categoria profissional associada, o único que compila a informação clínica de todas as categorias profissionais, do serviço de imagiologia e análises é o Alert no âmbito do Serviço de Urgência. No Serviço de urgência este sistema informático é a única forma de registar as informações clínicas, não existe qualquer hipótese de o mesmo se efectuar em suporte papel (apenas em situações em que o sistema não funcione, mas posteriormente é registado no Alert).

Para além destas aplicações realçamos que nesta instituição hospitalar ainda é muito usual o registo em suporte papel, o denominado “Processo Clínico”.

Foi constituída por designação dos Conselhos de Administração da Região Norte uma Comissão que realizou, sobre o tema supracitado o “Relatório do Grupo de Trabalho ad hoc sobre o Direito de Acesso à Informação de Saúde” onde foram emanadas orientações relativas ao acesso à informação clínica e que são as que se encontram a ser praticadas na ULSAM EPE.

Este projecto teve como Coordenador do Projecto o Dr. Rosalvo Almeida (Presidente da Comissão de Ética da ARS Norte).

Na ULSAM EPE existem os seguintes procedimentos internos relativamente ao acesso à informação clínica por parte dos utentes:

1. PRO.009 CHAM EPE – Processo – Acesso às informações contidas nos registos/processo Clínico do utente que se encontra em processo de revisão (terminou a 01/08/2010 mas continua a vigorar até ser revista);
2. PRO.077.CHAM – Informação ao exterior de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) – que vigora até 31/12/2010.
3. POL-028.CHAM – Política de Confidencialidade
4. ETR.008CHAM – Estratégia de Tecnologia e Gestão da Informação do CHAM²³

Estes Procedimentos têm como objectivo regular o processo de cedência de resultados de exames e MCDT ao exterior, tal como definir como a forma de resposta aos pedidos dos doentes com vista à obtenção de acesso às informações contidas nos Registos/Processo Clínico.

O utente para obter Declarações Médicas, Relatórios Clínicos ou Resultados de Exames neste momento tem várias formas de o poder fazer solicitando-o directamente ao seu Médico verbalmente ou por escrito, no SAU (Serviço Atendimento ao Utente), nos diversos Secretariados ou por interposta pessoa (funcionário) ao médico responsável.

Nos procedimentos divulgados (PRO 009 CHAM:EPE) o utente deve preencher o Modelo 381 – Pedido de Registos de Saúde e entregá-lo no Serviço de Informações (Átrio Principal) ou no Balcão da Consulta Externa.

O acesso aos documentos pode ser efectuado através de consulta gratuita efectuada no serviço, reprodução por fotocópia ou por outro meio técnico e passagem de certidão pelos serviços administrativos. Nestas duas últimas opções pode o serviço prestador cobrar a taxa fixada em vigor aplicada pelo Despacho nº 8617/2002, de 29 Abril (II Série).

Após data de recepção do pedido, será comunicado ao requerente num prazo de 10 dias úteis o deferimento do pedido e a forma como vai ser satisfeitos, ou o seu indeferimento neste caso por escrito serão fundamentadas as razões de recusa total ou parcial, do acesso ao documento pretendido, bem como quais as garantias de recurso administrativo e contencioso dessa decisão.

²³ Salienta-se que face ao seu histórico o processo de acreditação está ainda muito focalizado nas unidades que constituem o ex Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE

Estes são os procedimentos utilizados quando o utente segue a via “dita correcta”, preenchimento do modelo referido e entregue para encaminhamento ao SAU.

Na ULSAM, EPE está regulamentada a hipótese de pagamento de uma Taxa a definir pelo Conselho de Administração, mas não está implementada na realidade.

Noutras Instituições de Saúde equivalentes à ULSAM, EPE são na realidade cobradas Taxas e levam em consideração o plasmado no Despacho referido anteriormente.

II PARTE – Procedimentos Empíricos

1 - Opções Metodológicas

Neste capítulo pretendemos descrever as nossas opções metodológicas, a forma como se orientou e conduziu o estudo.

Com o intuito de melhor clarificar as ideias que pretendemos transmitir, dividimos este capítulo em várias etapas e pontos, das quais destacamos: a problemática em estudo, tipo de estudo, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados, o pré-teste, os procedimentos éticos e deontológicos, o tratamento e análise dos dados.

1.1 – A problemática em estudo

Resultante da necessidade de melhor adequar os serviços prestados aos utentes que recorrem ao SAU, surgiu a necessidade de conhecer a opinião dos mesmos relativamente ao atendimento neste serviço nomeadamente no que diz respeito à resposta relativas às informações clínicas solicitadas.

Esta preocupação/necessidade emerge da percepção que como funcionária da ULSAM EPE tenho deste serviço em concreto. Ideia formada, através das mensagens emitidas pelos utentes no meu dia-a-dia de trabalho, os quais referem que o acesso a este tipo de informação é muito difícil, e com um tempo de espera muito elevado.

Foi delineado como objectivo principal:

Conhecer a percepção dos utentes sobre o atendimento/serviço que lhes foi prestado pelo SAU.

Especificamente pretendemos:

- 1 – Identificar o tipo de informação, via utilizada e o tempo para obtenção da informação solicitada;
- 2 – Perceber a relação entre o tipo de informação solicitada e o serviço/especialidade;
- 3 – Conhecer a satisfação do utente relativamente ao serviço que lhe foi prestado pelo SAU;
- 4 – Perceber a relação entre o nível de satisfação e o tempo de espera;

1.2– O tipo de estudo

Um aspecto crucial no esboço do nosso estudo assenta sobre a natureza do estudo que o vai sustentar. Enquanto a natureza quantitativa possibilita o tratamento estatístico dos dados, a qualitativa permite aprofundar a compreensão dos fenómenos quantitativos no caso do nosso estudo, e captar informação adicional que poderá ter interesse para a pesquisa sobre a satisfação dos utentes. Segundo Carmo & Ferreira, (1998) “é característica nos métodos qualitativos, que os investigadores procurem compreender as perspectivas daqueles que estão a estudar, de todos na globalidade e não apenas de alguns”.

Levando em consideração o fenómeno em estudo optou-se por um estudo que envolve ambos os paradigmas quantitativo e o qualitativo. Esta combinação conduz assim, a uma análise mais eficaz e mais completa da informação obtida, motivo que norteou a nossa opção.

Triviños (1995) categoriza os estudos de pesquisa em três tipos: exploratórios, descritivos e experimentais, de acordo com as suas finalidades, tendo em conta o tema em questão, ainda pouco estudado nos meios académicos optámos por um estudo exploratório e descritivo pois como refere Fortin (1999) um estudo descritivo consiste “em descrever simplesmente um fenómeno ou um evento relativo a uma população de maneira a estabelecer as características dessa população ou de uma amostra desta”.

1.3 – População e Amostra

O presente trabalho de investigação tem subjacente a realização de um estudo transversal, através do qual tentamos avaliar a percepção dos utentes relativamente ao acesso á informação clínica e o grau de satisfação. Dada a impossibilidade de obtenção de dados sobre a totalidade dos indivíduos que recorreram ao SAU em 2009, foi necessário utilizar uma amostra que, com o mínimo de ambiguidade e imprecisão, representasse as características e a distribuição desta população.

A selecção da população para estudo é um momento muito importante na estruturação da investigação, como tal pareceu-nos pertinente começar por definir a população e os sujeitos que esta representa.

Por população Quivy (1992) entende “o conjunto de todos os indivíduos que se pretende estudar em função de determinada propriedade. Não basta saber que tipo de dados deverão ser recolhidos, é também preciso circunscrever o campo das análises empíricas no espaço geográfico, social e no tempo”.

Polit e Hungler (1995) referem que a população “ ... é toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios”.

Como população acessível temos os utentes que recorreram ao SAU a solicitar informações clínicas no ano 2009.

A escolha da amostra foi realizada por conveniência que como refere Polit & Hungler “...favorece o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como sujeitos de um estudo...”. Assim os sujeitos que utilizámos para a nossa amostra foram todos os utentes que no período da recolha de dados, possuíam os seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Uteses que recorreram ao SAU em 2009;
- ✓ Uteses que solicitaram informações clínicas no ano 2009;

Com o intuito de perceber qual a percepção dos utentes que recorreram ao SAU, a solicitar informações clínicas têm sobre o atendimento que lhes foi prestado, e tendo delimitado o nosso estudo ao ano 2009 constatamos que:

- ✓ Foram atendidos no total 1185 utentes
- ✓ Considerando os critérios de inclusão atrás referidos encontramos 219 Uteses

Para o cálculo estatístico da nossa amostra levamos em consideração a Tabela - Dimensão da amostra de Réjean Huot e segundo a mesma, e dado o nosso N inquirimos 140 utentes.

Estamos portanto perante uma amostra de dimensão relativamente significativa e na presença de um fenómeno dependente de opiniões dos utentes. Face a estas características, encontramos na aplicação por questionário a resposta mais adequada aos objectivos do estudo.

Relativamente à constituição da amostra, importa sublinhar que a nossa preocupação não residiu, essencialmente, em criar condições de representatividade e de significância estatística (embora tal não tenha estado arredado do nosso âmbito) pretendeu-se, descrever opiniões, inventariar, analisar e estabelecer relações entre os vários parâmetros que julgámos pertinentes, para patentear o alcance heurístico de certas singularidades.

1.4 – Instrumento de colheita de dados

Vários são os instrumentos de observação científica: questionários, entrevistas, técnicas de observação directa, etc. A nossa opção depende dos objectivos da investigação, das hipóteses de trabalho, das características da amostra, dos recursos e meios disponíveis.

A escolha dos métodos mais eficazes para a colheita de dados, num processo de pesquisa, contribui em grande parte para o sucesso da mesma. Constitui portanto uma das fases mais significativas da investigação.

O procedimento técnico mais utilizado, em determinadas investigações académicas, segundo Silva & Pinto (1995) “continua a ser a do inquérito por questionário e amostragem, em que os inquiridos são solicitados a prestar, verbalmente ou por escrito, informações sobre a sua posição, opiniões e atitudes”.

O questionário, segundo Gil (1995), “pode definir-se como sendo a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões, apresentadas por escrito aos entrevistados, com o objectivo de conhecer as suas opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas entre outros”.

Face ao exposto a nossa escolha recaiu pela aplicação de um questionário (anexo I). Questionário que foi produzido conjuntamente entre a mestranda e os seus orientadores, na sua elaboração foram tidos em conta aspectos inerentes aos pressupostos metodológicos e regras subjacentes à sua elaboração, tais como a selecção das questões e o tipo de linguagem que deve ser simples, directa e objectiva, materializada em questões curtas.

Consideramos ainda a ordem sequencial das questões aspecto de importância, como nos dizem vários estudos que se referem ao impacto da ordenação das questões nas respostas a inquéritos, mostrando que o tipo de resposta diversifica em função do item que antecede e precede a pergunta. Desta forma, as questões devem estar ordenadas de uma forma lógica e separadas em partes, devidamente identificadas de modo a que os inquiridos se apercebam claramente do que é que estão a avaliar em cada momento.

Face ao exposto na estruturação do nosso questionário e partindo do nosso objectivo principal, procedemos à elaboração de vários tipos de perguntas para as quais seria relevante obter respostas por parte dos utentes.

Posteriormente retirámos deste conjunto as questões que considerámos mais pertinentes e adequadas ao contexto desta investigação, tendo em conta que delas dependeria o sucesso dos resultados da avaliação da satisfação dos utentes face ao serviço pretendido. Neste sentido, o

questionário inclui questões fechadas e uma questão aberta que permita ao utente expressar críticas e sugestões relativamente ao atendimento do SAU.

Na elaboração das questões, foram utilizadas respostas de escolha múltipla, com uma escala de cinco graus de avaliação desde o “Muito Satisfeito ao Indiferente ou não se Aplica” e um espaço opcional para comentários ou sugestões. Optámos por este tipo de escala pelo facto de na nossa opinião permitir uma maior flexibilidade na expressão da opinião por parte do utente, e obter ao mesmo tempo respostas directas e concisas.

Conforme já comprovado por vários estudos o facto de um questionário ser demasiado extenso afecta negativamente a qualidade das respostas e faz diminuir a quantidade de clientes disponíveis para responder. Assim no sentido de obter a maior cooperação por parte dos utentes procurámos que o nosso questionário fosse o mais sucinto possível o que tornou a tarefa de selecção das perguntas bastante minuciosa e exigente. Quanto ao segundo critério, foi nossa preocupação garantir a adequação das perguntas às características e tipo de organização em estudo.

Assim sendo, e tendo em consideração todos os princípios metodológicos já enunciados anteriormente, os critérios para a elaboração do nosso questionário e selecção das nossas questões, foram a utilização de uma linguagem simples e acessível, com uma ordem sequencial lógica, pouco extenso.

Para a aferição da qualidade do formulário do questionário, recorremos a actores - chave da ULSAM, EPE nomeadamente à consideração do Gabinete de Segurança e Higiene no Trabalho que trabalha em equipa com o Gabinete da Qualidade e ao Responsável pelo SAU.

1.4.1 – Pré-Teste

Depois de percorridas as etapas anteriormente descritas, foi chegado o momento de realizar o pré-teste ao instrumento de observação elaborado.

É referido por Polit e Hungler (1995) que “ um pré-teste constitui uma tentativa para se determinar, se o instrumento está enunciado de forma clara e se ele solicita o tipo de informação que deseja”. Sendo assim, evita-se o falseamento dos resultados, garantindo se que não existam erros.

Tendo em conta que a validação prévia é fundamental, o pré-teste foi realizado numa primeira fase a 15 utentes que recorreram ao SAU nos anos 2007 e 2008, esta opção foi intencional de forma a aferirmos se os utentes se recordavam ou não deste acontecimento.

Numa segunda fase, após as correcções que achamos pertinentes, aplicamos novamente o questionário a 15 utentes, sendo que estes recorreram ao SAU no ano de 2009. A escolha do ano também foi propositada e com a mesma intenção.

Após a aplicação da pré-teste decidimos fazer algumas correcções que julgámos pertinentes, conforme se podem verificar no Quadro nº 2. A alteração mais notória terá sido a alteração do número de anos sobre os quais incidiu a investigação. Estava previsto analisar os anos de 2005 a 2009, mas devido ao elevado nº de atendimentos, e ao facto de no pré-teste termos detectado uma certa dificuldade nos utentes, dos anos 2007/08, em se recordarem de terem recorrido ao SAU, decidimos fazer a análise apenas do ano 2009 (mais recente). Sentindo também a necessidade de perceber sobre que linha de actividade recai o pedido de informação incluímos uma questão relacionada com o Serviço/Especialidade sobre o qual recai a solicitação de informação clínica, Item 5.

Quadro nº 1 – Alterações ao pré-teste

Itens	Alterações
Informação sobre o utente (itens 1;2;3)	Reduzimos apenas às alíneas relativas à Habilitação literária
Item 4	Acrescentámos apenas um item de “ Informações clínicas relativas a familiar falecido”, para conseguirmos ter percepção sobre este tipo de procedimento.
Item 5	Acrescentámos este item para conseguirmos analisar as várias especialidades
Item 7	Acrescentamos “no refira o tempo de Espera” um exemplo
Item 6;8	Sem alterações

1.5 – Recolha e tratamento de dados

Uma vez concluída e testada a versão final do nosso questionário, estes foram enviados via CTT para isso utilizou-se um contrato com os CTT, foram emitidos RSF de Resposta a um Apartado (Anexo III), e fez-se um carimbo com os dados relativos ao apartado (Anexo IV) e foram enviados via CTT aos utentes que no ano de 2009 recorreram ao SAU.

Numa primeira fase enviámos os questionários fazendo posteriormente uma insistência Via SMS (telemóvel - cartão de adquirido para o efeito) a lembrar a resposta ao questionário em causa e a sua importância, e colocado ao dispor o envio novamente de outro questionário no caso de o anterior se ter extraviado.

Colocou-se também ao dispor um email atend.ulsam@iol.pt , criado apenas para este efeito em concreto, de forma a ser mais fácil entrar em contacto connosco.

Após estas diligências foi possível obter o número de questionários necessários para representar a nossa amostra.

Os dados obtidos foram tratados pelo programa informático SPSS (Statistical Packaged for the Social Sciences - versão 18) e em Excel de forma a obter gráficos mais específicos, tendo-se procedido à construção de uma base de dados, e posteriormente, ao seu tratamento estatístico, salientamos como medidas de tendência central a média aritmética.

Em função das questões em estudo, efectuámos ainda a análise estatística - Correlação Pearson²⁴ .

²⁴ A correlação produto - momento de Pearson é um teste paramétrico que mede a grandeza e a significância de uma correlação ou associação entre os resultados dos sujeitos em duas variáveis

1.6 – Procedimentos Éticos e Deontológicos

O caso da Informação em Saúde é um domínio muito sensível, dados os aspectos críticos associados aos dados de cada cidadão e os impactos que a sua divulgação não controlada nem autorizada pode ter. A consciência que cada cidadão tem acerca da privacidade que deseja ver garantida para os seus dados de saúde é naturalmente elevada, exercendo uma legítima pressão sobre as entidades que têm responsabilidades nesta matéria.

A recolha, investigação, arquivo, tratamento de dados relativos a actividades clínicas, implicam uma atenção especial relativamente a todos os preceitos éticos e legais.

A questão ética coloca-se hoje segundo Queirós (2001) “com uma intensidade e uma urgência que se pode medir pelos perigos presentes na actualidade e que se multiplicam. Esta interrogação traduz-se frequentemente por uma procura e produção de normas... os profissionais apercebem-se de questões da mesma ordem e procuram respostas a partir da sua prática”.

Naturalmente a ética diz-nos Fortin (1999) “... no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e arte de dirigir a conduta”, assume um papel determinante na investigação, pois em momento algum se pode esquecer que toda e qualquer pessoa têm direitos e deveres.

Assim, a investigação tem o seu espaço, mas claramente delineado pelo domínio dos direitos das pessoas, começando o problema logo no respeito pelo direito do utente à autodeterminação. Um equilíbrio constante entre fiabilidade, rigor, verticalidade e respeito deve (e só assim se poderá falar em protecção dos direitos do utente) permitir que nasça uma natural confiança, que pressupõe um reconhecimento por parte do investigador de todo um universo que poderá ser diferente do seu, pois o utente pode ter crenças e valores que têm que ser totalmente respeitados, nomeadamente num contexto em que o utente poderá inclusive estar fragilizado.

Há que preservar pois, na totalidade, o conceito de Dignidade Humana, o direito a ser uma pessoa individualmente considerada.

Sempre que se verifique um envolvimento de pessoas em estudos de natureza científica, devem estes ter em consideração as questões relacionadas com a ética e com a moral, de maneira a garantir a sua participação voluntária e esclarecida (Polit e Hungler, 1995).

Nesta investigação foram respeitadas as considerações éticas relacionadas com:

- Consentimento informado (no início do inquérito foi dado conhecimento aos utentes para que fim se destinava o presente inquérito);

- Anonimato e confidencialidade
- Obtenção dos dados (Para aplicação do inquérito foi solicitada autorização à Comissão de Ética da ULSAM EPE).

Ao serem efectuadas pesquisas e analisada a qualidade do atendimento, a investigação envolve sempre pessoas, por isso o investigador necessita de assegurar com muita precaução que os seus direitos são respeitados. Deste modo, qualquer trabalho de investigação a ser realizado, implica por parte do investigador, um profundo conhecimento e respeito pelos Direitos do Homem, bem como dos aspectos éticos e morais, de modo a garantir que a individualidade humana e o direito à privacidade sejam preservados.

Um dos códigos de ética elaborado e reconhecido internacionalmente é o relatório de Belmont, aprovado em 1978. Neste relatório Belmont articulou “três princípios éticos principais, nos quais se baseiam os padrões de conduta em pesquisa, beneficência, respeito à dignidade humana e justiça:

O princípio da beneficência estabelece que acima de tudo, não seja causado qualquer dano físico ou psíquico ao participante no estudo.

O princípio do respeito pela dignidade humana inclui: o direito à auto-determinação, em que o participante decide livremente se quer participar, podendo desistir a qualquer momento; o direito à revelação completa significa que o participante tem o direito a ser informado sobre a natureza do estudo.

O princípio da justiça, que garante ao participante o direito à sua privacidade.”

Assim para garantir que estes princípios fossem respeitados, efectuamos alguns procedimentos no decorrer do estudo:

- Enviamos um pedido de autorização por escrito ao Conselho de Administração da ULSAM, EPE, para aplicação dos inquéritos (Anexo I) que por sua vez encaminhou à Comissão de Ética da ULSAM, EPE;
- Iniciamos a colheita de dados após autorização da Comissão de Ética da ULSAM, EPE;
- Informámos os participantes sobre o carácter e objectivo do estudo;

2 – Apresentação e Análise dos Resultados

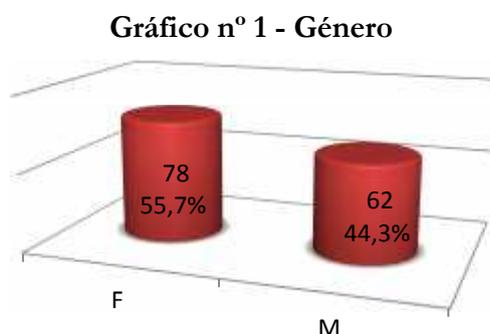
Após a aplicação dos inquéritos, procedeu-se à análise estatística dos dados recolhidos, a qual permitiu retirar algumas conclusões e fazer uma reflexão crítica.

Passaremos à apresentação dos resultados de acordo com os objectivos definidos para o estudo, numa sequência relativamente idêntica à das questões subjacentes ao questionário aplicado.

2.1 - Caracterização da amostra

Neste ponto, apresentamos os dados relativos à caracterização da amostra: género, idade, habilitações literárias.

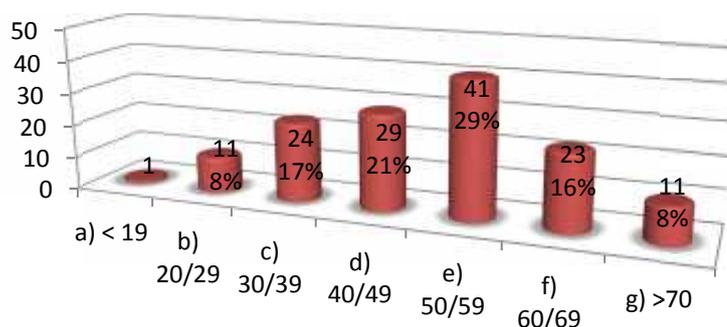
Podemos constatar no Gráfico nº1 e em termos de género, que num conjunto de 140 casos 55,7% são do sexo feminino e 44,3% do sexo masculino, não sendo no entanto a diferença muito expressiva.



No que diz respeito à análise sobre a caracterização dos inquiridos por grupos etários, e conforme podemos verificar no Gráfico nº 2, a maior confluência está compreendida entre 50 e 59 anos (29%), seguida de 17% dos utentes com idade compreendida entre 30 e 39 anos, e 16% entre os 60 e 69 anos.

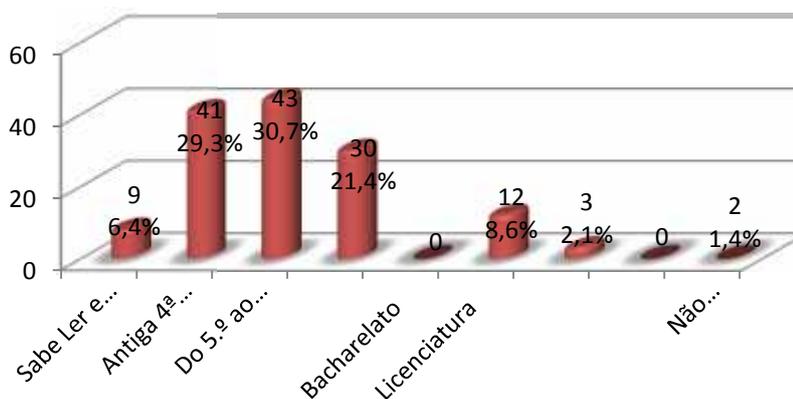
A política de saúde deve ser enquadrada numa lógica de prevenção e responsabilidade e orientar-se para a promoção da saúde e a qualidade de vida, rompendo com a abordagem tradicional, essencialmente curativa, centrada na prestação de cuidados de saúde.

Gráfico nº 2 - Idade



Quanto ao grau de escolaridade dos utentes inquiridos e conforme podemos aferir no Gráfico 3 na globalidade dos inquiridos verifica-se um baixo nível de escolaridade, com uma maior prevalência entre o 5º e o 9º ano (30,7%), seguido de 29,3% com a antiga 4ª Classe, e mesmo 6,4% apenas sabem Ler e Escrever.

Gráfico nº 3 – Habilitações Literárias

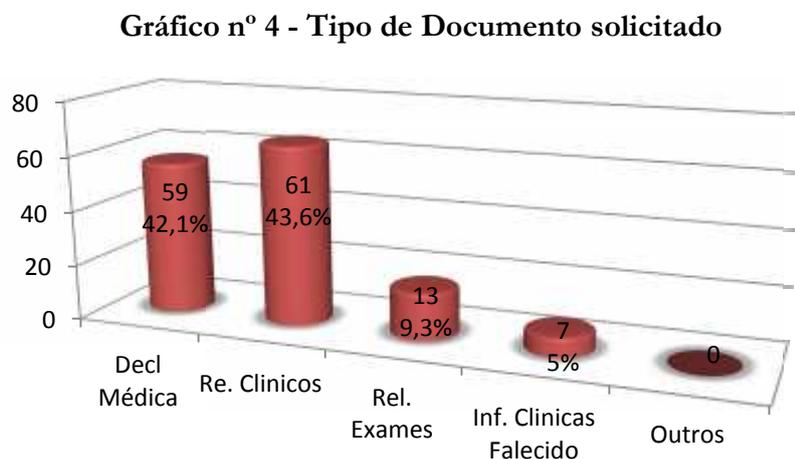


Analisando a idade dos inquiridos (gráfico 1) e o grau de escolaridade (gráfico 3) observamos que apesar de faixa etária não ser elevada, o grau de escolaridade associado, é na realidade baixo, o que significa que muito há ainda para fazer no que concerne à literacia.

Podemos então mencionar que a maioria dos utentes inquiridos são do sexo feminino, situam-se entre os 50 e os 59 anos e possuem um baixo nível escolar.

2.2. Tipo de documento solicitado

Relativamente ao tipo de documento mais solicitado e conforme podemos verificar no Gráfico nº 4 são as Declarações Médicas (42,1%) e os Relatórios Clínicos (43,6%).



Analisando a especialidade com o tipo de documento solicitado através da Tabela nº 1, podemos verificar que 43,6% dos inquiridos solicitaram Relatórios Clínicos, 42,1% Declaração Médica, 9,3% Relatórios de Exames e 5% Informações Clínicas sobre familiar falecido.

Podemos verificar após uma análise mais pormenorizada que são solicitados mais Relatórios Clínicos à especialidade de Ortopedia (16 inquiridos) e ao Serviço de Urgência (16 dos inquiridos), em contrapartida são solicitadas mais Declarações Médicas às especialidades de Cirurgia (11 dos inquiridos) e Neurologia (19 dos inquiridos).

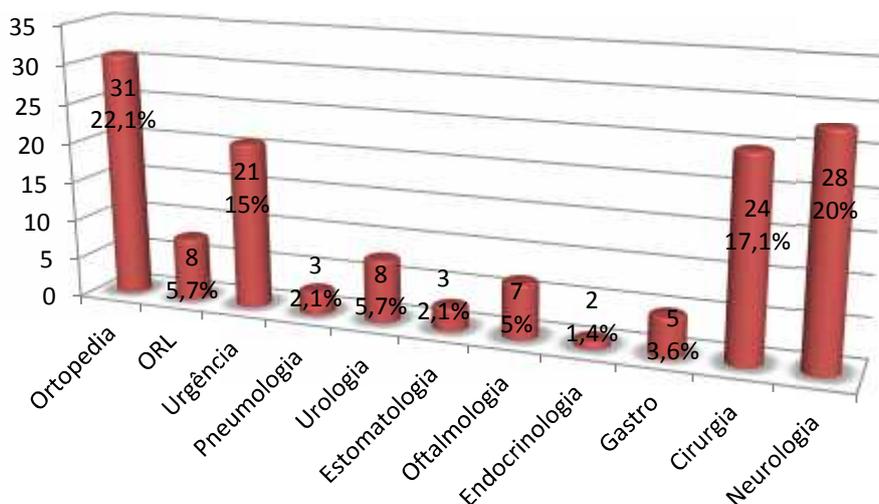
Tabela nº 1 - Tipo de documento solicitado de acordo com o serviço ou especialidade

Especialidade	Tipo de documentação				Total
	Declaração Médica	Relatório Clínicos	Relatório de exames	Informação Clínica Utente falecido	
Ortopedia	9	16	5	1	31
ORL	6	2	0	0	8
Pneumologia	1	0	2	0	3
Urologia	3	2	3	0	8
Estomatologia	0	3	0	0	3
Oftalmologia	4	3	0	0	7
Endocrinologia	1	1	0	0	2
Gastrenterologia	2	1	1	1	5
Cirurgia	11	8	1	4	24
Neurologia	19	9	0	0	28
Serviço de Urgência	3	16	1	1	21
Total	59	61	13	7	140

Em relação ao serviço ou especialidade sobre o qual recaíram mais solicitações, podemos constatar através do Gráfico nº 5 que a maior parte se verifica na Especialidade de Ortopedia (22,1%), seguindo-se a Especialidade de Neurologia (20%), a Especialidade de Cirurgia (17,1%) e o Serviço de Urgência (15%).

Na nossa opinião a razão pela maior solicitação nas especialidades de Ortopedia e Cirurgia pode estar relacionada com o facto de estes utentes terem sido, por vezes alvo de acidentes, pelo que necessitam de informação clínica para aceder aos seguros. Já no que concerne à Especialidade de Neurologia vivemos numa época em que esta especialidade é por razões múltiplas (depressões, stress) muito utilizada sendo necessária a informação clínica por escrito para as entidades patronais, para efeitos de pedidos de reforma, etc.

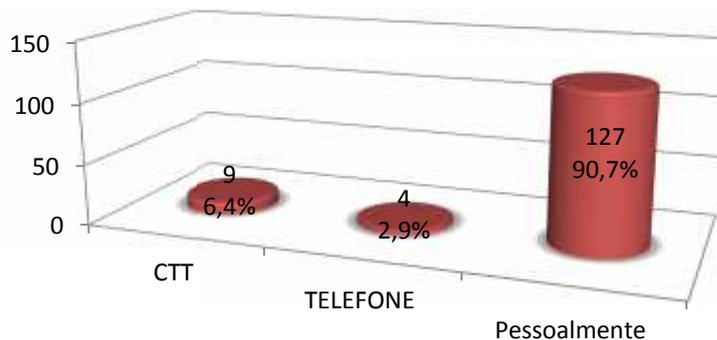
Gráfico nº 5 - Serviço Urgência/Especialidade - sobre quem recai a solicitação



2.3 Via Utilizada para solicitar a informação clínica

Apesar da ULSAM, EPE disponibilizar aos seus utentes diversas vias de comunicação²⁵, podemos constatar que na realidade os utentes continuam a preferir deslocar-se aos serviços para resolverem os seus problemas. Como se pode verificar através dos resultados obtidos (gráfico nº 6) 90,7% dos inquiridos deslocam-se pessoalmente ao serviço para solicitar o documento pretendido.

Gráfico nº 6 - Via utilizada para solicitar informação clínica



Fazendo uma análise mais pormenorizada da Tabela nº 2 pode constatar que da maioria dos utentes que se dirigem pessoalmente à ULSAM, EPE para solicitar informação clínica, 49,3%

²⁵ Telefone; E-mail; CTT

são encaminhados directamente ao SAU, mas 34,3% dos utentes não são encaminhados directamente a este serviço e andam de serviço em serviço até chegarem realmente ao SAU. De destacar ainda que 4,2% dos inquiridos referem ter-se deslocado a vários serviços e não obtiveram o pretendido, tal como os 2,8% que referem que simplesmente não os informaram, o que nos leva a presumir que não conseguiram obter o documento no momento pretendido.

Tabela nº 2 – Via Utilizada para solicitar informação clínica

Via Utilizada /Percurso		Frequência	Percentagem %
Via Telefone	Encaminharam-me logo a chamada ao serviço responsável e obtive o pretendido	1	0,7
	Passaram a chamada a mais do que um funcionário mas obtive o pretendido	2	1,4
	Passaram a chamada a mais do que um funcionário e não obtive o pretendido	1	0,7
	Simplemente não me informaram	0	0
Pessoalmente	Encaminharam-me logo ao serviço e obtive o pretendido	69	49,3
	Desloquei-me a vários serviços mas obtive o pretendido	48	34,3
	Desloquei-me a vários serviços mas não obtive o pretendido	6	4,2
	Simplemente não me informaram	4	2,8
	Total	131	93,6
	S/Resposta	9	6,4
Total		140	100,0

2.4 Satisfação com Informação Solicitada

A satisfação dos utentes, enquanto indicador da qualidade dos serviços de saúde, reveste-se de grande importância, quer para entender as reacções às políticas definidas para o sector, quer para avaliar o grau de correcção da qualidade em resultado da sua aplicação (Neves, 2002).

Nesta perspectiva, a opinião do utente é considerada indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, a identificação de problemas a corrigir ou de novas expectativas em relação aos cuidados e, finalmente, na reorganização dos serviços de saúde (McIntyre, 2002).

Neste sentido pretendemos conhecer a satisfação dos utentes com o atendimento neste serviço na globalidade e especificamente no que se refere sinalética, ao nº de documentos a preencher e o tempo de espera para obter o documento pretendido

Atendimento Prestado na Globalidade

Observando a Tabela nº 3, verificamos que a população inquirida apresenta padrões positivos de satisfação, relativamente aos serviços prestados pelo SAU, sendo que 60% dos inquiridos estão Satisfeitos, 7,1% estão mesmo Muito Satisfeitos, contrapondo com 21,4% de Insatisfeitos, 10% Muito Insatisfeitos e 1,4% que responderam indiferente.

Tabela nº 3 – Satisfação – Atendimento Prestado na globalidade

Satisfação	Frequência	Percentagem %
Muito Satisfeito	10	7,1
Satisfeito	84	60,0
Insatisfeito	30	21,4
Muito insatisfeito	14	10,0
Indiferente	2	1,4
Total	140	100,0

Através da análise da Tabela nº 4, podemos verificar que a especialidade em que os inquiridos se revelaram Satisfeitos é Ortopedia embora 8 dos inquiridos refiram estar Insatisfeitos, e 6

mesmo Muito Insatisfeitos. Estes dados levam-nos a reflectir sobre a real satisfação dos inquiridos com esta especialidade.

O mesmo se pode verificar quando analisámos a satisfação com o atendimento prestado a nível da Especialidade de Neurologia em que 13 dos inquiridos estão no seu geral Satisfeitos, 2 mesmo Muito Satisfeitos contrapondo com 11 Insatisfeitos e 2 Muito Insatisfeitos, e a Especialidade de Cirurgia em que 12 dos inquiridos se manifestaram Satisfeitos e 1 Muito Satisfeito, 8 Insatisfeitos e 3 Muitos Insatisfeitos.

Já quando analisamos a Satisfação com o atendimento prestado e o Serviço Urgência verificamos que 16 dos inquiridos estão Satisfeitos e 4 estão mesmo Muito Satisfeitos contrapondo apenas com 1 Muito Insatisfeito.

Tabela nº 4 – Satisfação com o atendimento global – Serviço Urgência /Especialidade

Especialidade	Satisfação					Total
	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito	Indiferente	
Ortopedia	0	17	8	6	0	31
ORL	0	8	0	0	0	8
Pneumologia	0	1	0	1	1	3
Urologia	2	4	1	1	0	8
Estomatologia	0	3	0	0	0	3
Oftalmologia	0	5	1	0	1	7
Endocrinologia	0	2	0	0	0	2
Gastrenterologia	1	3	1	0	0	5
Cirurgia	1	12	8	3	0	24
Neurologia	2	13	11	2	0	28
Serviço de Urgência	4	16	0	1	0	21
Total	10	84	30	14	2	140

Em suma, podemos verificar que o grau de satisfação não é muito expressivo a nível dos diversos serviços, sendo que o maior nível de satisfação se verifica a nível do Serviço de Urgência.

Sinalética de Acesso ao Serviço

Em relação à Sinalética de Acesso ao SAU e conforme Tabela nº 5, 68,6% dos utentes inquiridos estão Satisfeitos com a mesma e 8,6% estão mesmo Muito Satisfeitos. Verificando-se no entanto que no total dos inquiridos 11,4% estão insatisfeitos e 7,9% estão mesmo Muito Insatisfeitos com a Sinalética de Acesso ao SAU.

Na nossa opinião os 3,6% inquiridos que manifestaram indiferença podem ser os utentes que utilizaram outras vias que não a de acesso pessoal e por tal motivo a sinalética é um item que lhes é indiferente.

Analisando mais pormenorizadamente a tabela nº 2 - Via Utilizada/Percurso e a Tabela nº 5 - Sinalética de acesso e apesar da satisfação ser elevada com a sinalética, parece-nos que esta talvez deva ser alvo de uma melhor adequação na ULSAM, EPE.

Tabela nº 5 – Satisfação – Sinalética acesso ao serviço

Satisfação	Frequência	Percentagem
		%
Muito Satisfeito	12	8,6
Satisfeito	96	68,6
Insatisfeito	16	11,4
Muito insatisfeito	11	7,9
Indiferente	5	3,6
Total	140	100,0

Número de documentos a preencher

Verificámos através da Tabela nº 6, que a Satisfação com o número de documentos a preencher na generalidade é positivo ou seja 70,7% dos inquiridos estão Satisfeitos a juntar 9,3% que estão mesmo Muito Satisfeitos, contrapondo com 10% que estão Insatisfeitos e 6,4 % Muito Insatisfeitos.

Na nossa opinião os 3,6% que são indiferentes são os utentes que utilizaram outras vias que não a de acesso pessoal e por tal motivo o número de documentos a preencher é um item que lhes é indiferente.

Tabela nº 6 – Satisfação – Número de documentos a preencher

Satisfação	Frequência	Percentagem %
Muito Satisfeito	13	9,3
Satisfeito	99	70,7
Insatisfeito	14	10,0
Muito insatisfeito	9	6,4
Indiferente	5	3,6
Total	140	100,0

Estes resultados levam-nos a reflectir sobre a percepção inicial, emanada pelos utentes que referem que o acesso à informação clínica é demasiado burocrático.

Tempo de Espera para obter as informações clínicas

Analisando a Tabela nº 7 que nos relaciona a satisfação com o tempo espera para obter a informação clínica, verificámos que 36,4% dos inquiridos estão Satisfeitos, e que 7,9% estão mesmo Muito Satisfeito, sendo que 32,9% estão Insatisfeitos e 21,4% estão Muito Insatisfeitos. Ou seja, verifica-se um Grau de Insatisfação elevado com o Tempo de Espera para adquirirem o documento solicitado.

Tabela nº 7 – Satisfação – Tempo de Espera

Satisfação	Frequência	Percentagem %
Muito Satisfeito	11	7,9
Satisfeito	51	36,4
Insatisfeito	46	32,9
Muito insatisfeito	30	21,4
Total	138	98,6
S/Resposta	2	1,4
Total	140	100,0

Tempo de Espera para obter as informações clínicas – utente falecido

Pareceu-nos também interessante saber o tempo de espera para obter informações clínicas relativas a familiar falecido. Verificamos através da Tabela nº 8 que o tempo de espera tem um máximo de 365 dias e um mínimo de 15 dias.

Tabela nº 8 – Tempo Espera Informações clínicas - utente falecido

Foram respondidos 7 inquéritos no âmbito de informações sobre utente falecido	Tempo Espera (dias)
	15
	30
	90
	180
	120
	90
	365

As seguradoras, e/ou entidade responsável, ou mesmo familiares solicitam informação clínica às unidades prestadoras de cuidados de saúde normalmente para avaliar o grau de sinistro, ou causa da morte. As leis 360/71 e 143/99 possuem princípios para assegurar um tratamento eficaz (é necessário disponibilizar documentação clínica e MCDT) das vítimas de acidentes. A informação de saúde é trocada entre estas entidades através de um profissional de saúde mediador que tem por base o código deontológico e o sigilo médico.

Os tribunais terão também acesso à informação de saúde de que necessitam pois o artigo 33º do DL 143/99 explicita o “Dever de Colaboração” de que necessitam para efeitos de exame médico em processos de acidente de trabalho. Mas por vezes a burocracia associada a este tipo de procedimento origina que seja moroso o acesso à informação clínica pretendida.

Análise tempo de espera (em dias) de acordo com Serviço Urgência ou Especialidade

Na análise do Tempo de Espera em dias (tabela nº 9) verificou-se um tempo de espera que se situa entre uma resposta dada no próprio dia e uma demora de 547 dias.

A média do Tempo de Espera de todas as Especialidades, mostra-nos que a especialidade mais rápida na sua resposta é Gastroenterologia (em média no prazo de 16 dias), e que a especialidade que tem um maior tempo de espera é Ortopedia (média de 136 dias).

Fazendo uma análise mais atenta à Tabela nº 9 verifica-se que, os inquiridos apresentaram uma maior satisfação com o atendimento prestado pelo Serviço de Urgência e uma maior insatisfação com as especialidades de Ortopedia, Cirurgia e Neurologia.

Como justificação para esta maior satisfação com o Serviço de Urgência²⁶ referimos a rapidez na resposta ao utente. Pode-se mencionar como justificação para esta maior rapidez, o facto já referido anteriormente, o Serviço de Urgência ter implementado um Sistema de Registo Clínico próprio e uniforme, onde é compilada toda a informação clínica dos diversos profissionais, ou seja torna-se mais fácil aceder a toda a informação e fornecê-la ao utente caso este a solicite.

²⁶ Prazo médio de resposta de 22 dias

Tabela nº 9 - Tempo de Espera (em dias) - Serviço Urgência/Especialidade

Ortopedia	Média	136,5161	ORL	Média	56,2500
	Mínimo	8,00		Mínimo	30,00
	Máximo	390,00		Máximo	90,00
Serviço de Urgência	Média	22,0952	Pneumologia	Média	40,0000
	Mínimo	1,00		Mínimo	1,00
	Máximo	90,00		Máximo	60,00
Urologia	Média	25,3333	Oftalmologia	Média	115,0000
	Mínimo	1,00		Mínimo	30,00
	Máximo	60,00		Máximo	510,00
Gastroenterologia	Média	16,8000	Cirurgia	Média	87,6522
	Mínimo	1,00		Mínimo	1,00
	Máximo	30,00		Máximo	365,00
Endocrinologia	Média	19,0000	Neurologia	Média	86,8846
	Mínimo	8,00		Mínimo	7,00
	Máximo	30,00		Máximo	547,00

No sentido de averiguar a associação entre o tempo de espera e a satisfação, e sendo este um dos nossos objectivos, procedeu-se a uma análise Correlacional de Pearson. Valores elevados (mais próximos de 1) e positivos significam que na realidade o grau de satisfação com o atendimento prestado está realmente correlacionado com o tempo de espera.

Tabela nº 10 – Relação entre a Satisfação e o Tempo de Espera

		Tempo de espera
Satisfação	Pearson Correlation	,463**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	134

Como se pode constatar através da tabela nº 10 a um maior tempo de espera corresponde uma maior insatisfação por parte dos utentes.

2.5 – Críticas e Sugestões ao atendimento

No questionário aplicado o seu último item permitia ao utente manifestar de forma aberta a sua opinião, crítica ou sugestão sobre o atendimento. Da análise das respostas as transcrições mais significativas e expressivas.

Tabela nº 11 - Críticas e Sugestões

CRÍTICAS mais frequentes	SUGESTÕES mais frequentes:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>O relatório não tem escrito o meu problema;</i> ✓ <i>Muito tempo para entrega do documento solicitado;</i> ✓ <i>Não há muito carinho por parte dos profissionais;</i> ✓ <i>Demorou muito tempo;</i> ✓ <i>Serviço de atendimento rápido e excelente, foi tudo excelente;</i> ✓ <i>Mais rápidos na solução dos problemas das pessoas;</i> ✓ <i>Falta de motivação, consideração, cultura e responsabilidade;</i> ✓ <i>É ridícula a burocracia para ter um documento e o tempo que demora;</i> ✓ <i>Complicam tudo;</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Serem mais rápidos a passar os pedidos;</i> ✓ <i>Colocar pessoal mais qualificado;</i> ✓ <i>Melhorar a qualidade do arquivo;</i> ✓ <i>Mais informação menos burocracia;</i> ✓ <i>Facilitarem o acesso à informação clínica de familiares falecidos;</i> ✓ <i>Ser mais prestáveis quando se telefona a pedir informações;</i> ✓ <i>Maior organização e cooperação entre os serviços;</i> ✓ <i>Simplificar a maneira de obter a informação pretendida pelo utente;</i> ✓ <i>Melhorar os procedimentos;</i>

Como se pode ver foram várias as Críticas /Sugestões expressas pelos utentes. Algumas das sugestões e críticas mencionados vão de encontro aos dados obtidos através das questões fechadas nomeadamente no que diz respeito ao tempo de espera e a burocracia. É de salientar que as críticas apresentadas foram sobretudo negativas embora se saliente como positiva “*Serviço de atendimento rápido e excelente, foi tudo excelente*”.

3 - Conclusões e Perspectivas Futuras

Conclusões e perspectivas futuras

Apresentado o estudo, cabe agora fazer uma análise retrospectiva do trabalho desenvolvido e em jeito de conclusão apresentam-se algumas reflexões e sugestões, que resultam deste percurso e que, ao serem partilhadas, podem conduzir à adopção de medidas que visem a melhoria dos cuidados e informações prestadas.

Hoje, e não só na área da saúde, os cidadãos exigem que o estado proceda cada vez mais a uma melhor alocação dos recursos disponíveis. No entanto, quando se fala em gestão pública, ela vem normalmente associada a desperdício e burocracia, em contraponto com a gestão privada, a que geralmente associamos a eficiência, a qualidade e a produtividade.

O presente estudo foi orientado para a análise do acesso à informação clínica e satisfação por parte dos utentes e que tem subjacentes dois direitos fundamentais dos cidadãos, direitos esses que se apresentam frequentemente em colisão: o direito à informação e o direito à protecção da intimidade da vida privada.

Julgamos ser este tema vital nos nossos dias, em face do grande relevo que tais direitos inegavelmente revestem. O direito à informação vem ganhando, nas últimas décadas, uma força normativa sempre crescente, particularmente quando analisado em face da Administração Pública. No que toca à protecção da privacidade, é este um valor e um direito cada vez mais reclamado pelos cidadãos, tanto do ponto de vista individual como colectivo, sendo sem dúvida um pressuposto básico para a vida na sociedade actual em condições dignas e respeitadoras da dignidade da pessoa humana.

Da discussão e análise dos dados emergiu um conjunto de resultados/conclusões que passamos a apresentar tendo por base os objectivos:

- **O documento mais solicitado é relatórios clínicos e que os pedidos recaem mais sobre a especialidade de Ortopedia.**
- **Apesar da ULSAM, EPE dispor de vias de comunicação diversificadas verificou-se que os utentes inquiridos se dirigiram pessoalmente ao hospital para solicitar a informação/documentação desejada.**
- **Apesar de existir uma relativa Satisfação com o global do atendimento prestado, na especificidade dos itens avaliados o mesmo não se verifica. A Sinalética é um dos itens em que apesar da maioria dos inquiridos evidenciar satisfação, o que é certo é que 34,3% (Tabela nº2) dos inquiridos que se deslocaram pessoalmente à ULSAM, EPE**

para solicitar a informação clínica pretendida, tiveram de se deslocar a vários serviços até chegar ao SAU.

Relativamente à Sinalética é uma situação já verificada em estudos da qualidade realizados anteriormente, e que já tem sido evidenciado ao Conselho de Administração no sentido da sua reestruturação. O presente estudo vem mais uma vez salientar esta necessidade, no sentido de realmente se proceder à reestruturação/substituição da Sinalética existente actualmente.

Relembramos que uma das razões que nos levou a enveredar neste estudo foi a percepção que durante a actividade profissional adquirimos e que adveio da manifestação dos utentes relativamente ao acesso à informação clínica que a consideravam demasiado morosa e burocrática.

- O tempo de espera para obtenção da informação clínica pretendida é realmente elevado. Quanto ao aspecto da burocracia, analisando a satisfação relativa ao nº de documentos a preencher esta verifica-se satisfatória, o que nos leva a opinar que a burocracia manifestada pelos utentes, se refere mais propriamente a todos os tramites necessários para obtenção da informação clínica pretendida, após a sua solicitação.

O que no momento acontece relativamente aos procedimentos a ter para solicitar uma informação clínica é que deve ser preenchido um documento e entregue no SAU, que por sua vez é entregue ao Médico Responsável (através de uma assistente operacional que distribui o correio interno) este por sua vez requisita o Processo Clínico ao Arquivo e só emite a Declaração após ter analisado todo o Processo Clínico existente em suporte papel e toda a informação que está nos diferentes programas informáticos.

Esta estrutura de funcionamento da ULSAM, EPE recorda-me o que nos dizia Araújo (2002) que “a estrutura e funcionamento das unidades prestadoras do serviço público, nomeadamente os serviços centralizados de atendimento ao cidadão que representam uma tentativa de modernização administrativa, continuam em larga medida embrenhadas no modelo burocrático tradicional institucionalizado em Portugal e, conseqüentemente, nas ineficiências de que este modelo sofre”.

Relembrámos que das sugestões manifestadas pelos utentes fazem parte: *Simplificar a maneira de obter a informação pretendida pelo utente, Melhorar os procedimentos.*

A informática trouxe uma panóplia de potencialidades e facilidades que representam uma infinidade de oportunidades novas para os indivíduos, mas também um não menos extenso rol de riscos, subjectivos e objectivos, quer para os mesmos indivíduos, quer para a sociedade em geral.

Essas oportunidades repercutem-se no direito à informação de forma verdadeiramente revolucionária, pois permitem aos indivíduos aceder directa e imediatamente à quase totalidade da informação de quase todos os sectores da vida humana.

No que respeita ao acesso à informação clínica por parte dos utentes, as TIC têm no presente uma função muito importante pois torna-a mais acessível, e acessível apenas aos profissionais aptos e autorizados para a sua consulta e a possibilidade de se responder ao utente mais rapidamente. A evolução para cenários de troca segura de mensagens electrónicas mesmo entre instituições induz ganhos significativos de produtividade e optimização dos processos de prestação de cuidados de saúde. Assim como a colaboração entre instituições pode ser suportada por tecnologias de informação, também os cuidados médicos beneficiam de uma integração dos sistemas e processos. O processo clínico deve então evoluir para um formato electrónico e ser entendido já não só como uma memória escrita da prestação de cuidados, mas como um contexto de colaboração entre múltiplos serviços e profissionais, intra-instituição e inter-instituições. O registo clínico electrónico, para além de conter informação clínica do utente, deve mostrá-la de forma integrada.

No que toca à privacidade, a informática e a Internet acarretaram sérios riscos, riscos imponderados e incalculáveis, quer pela capacidade de armazenamento de dados e de informação pessoais, quer pela viabilidade de cruzamento e interconexão de dados e informações pessoais, quer ainda pela possibilidade ilimitada de acesso, divulgação ou difusão de dados e informações.

No caso da ULSAM, EPE existem vários Sistemas Informáticos para registo de informação clínica implementados, mas se por um lado não estão a ser utilizados pelo universo de profissionais, por outro apenas um o Alert - Sistema informático a ser utilizado no Serviço de Urgência, permite um registo único por parte dos diferentes profissionais envolvidos, promovendo a recolha da informação de diversas fontes num registo clínico único centrado no utente. Mas esta aplicação apenas é utilizada no Serviço de Urgência, nos restantes Serviços, Consulta Externa, Internamentos existem outras aplicações informáticas mas nenhuma delas é de registo comum aos diferentes profissionais, por exemplo para os médicos o SAM para os enfermeiros o SAPE, se todos os registos médicos, enfermagem ou seja clínicos fossem registados informaticamente numa aplicação única, seria mais fácil fornecer, por exemplo, uma declaração médica a um utente que a solicite. Para além de que ainda existem muitos profissionais adeptos apenas do registo em suporte papel o denominada “Processo Clínico” e que se encontra arquivado num arquivo central da ULSAM, EPE.

O desempenho dos nossos hospitais está hoje ligado ao nível de acesso e organização da informação clínica. A resistência cultural aos sistemas informáticos dentro do sector da saúde continua a ser um desafio, mas o problema da informação estar dispersa por muitas bases de dados diferentes dificulta a partilha de informação entre médicos e outros técnicos de saúde dentro do hospital. Neste contexto o processo clínico informatizado pode melhorar e facilitar o trabalho diário nos serviços, tornando os registos acessíveis em qualquer altura, tempos de espera reduzidos, para além de que é uma poderosa ferramenta de gestão.

Segundo Fragata (2006), “é fundamental organizar bases de dados sobre grandes números de doentes e procedimentos para estabelecer associações entre elementos de risco tais como idade, estado clínico e incidentes observados”. Fragata (2006), refere ainda “a necessidade de se desenvolverem modelos estatísticos para determinação dos *scores* de risco”. A diminuição do risco clínico está intrinsecamente ligada a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Formuladas e analisadas as conclusões emergem sugestões a nível da organização e da investigação que podem contribuir para novas práticas no âmbito da informação clínica.

Em concreto a ULSAM, EPE necessita, na nossa perspectiva, de um software único centralizado no utente e que compile toda a informação dos diferentes sistemas informáticos existentes no momento. Podemos referir apenas como exemplo o Hospital de S. João que tendo adoptado um Registo Clínico Virtual que integra o máximo de informação proveniente dos diferentes programas informáticos já existentes e que já obteve dois reconhecimentos externos – dois prémios nacionais.

Com a implementação/obrigatoriedade do registo informático por parte de todos os profissionais de saúde e aplicação de um Registo Clínico Único, em termos de recursos económicos seriam diminuídas as despesas com material dito de escritório, diminuindo os recursos humanos que estão afectos ao arquivo e tornando a gestão do hospital mais eficaz.

Ao se optar por um Registo Clínico Único e dadas as características da ULSAM, EPE e a sua junção aos Centros de Saúde actualmente, seria de ponderar optar por uma plataforma que permitisse a interligação entre Hospital e Centros de Saúde.

A opção por um Registo Clínico Único, não é um tema que já não tenha sido debatido na ULSAM, EPE, mas por várias razões, às quais somos alheios, se tem adiado a sua implementação. Este estudo vem assim contribuir para mostrar a real necessidade e as suas vantagens na sua adesão.

Como reflexão e após a análise e conclusões pareceu-nos pertinente relembrar o que nos diz Garvin (1987), cujo nome está associado ao aparecimento da gestão estratégica da qualidade,

que identificou oito dimensões na avaliação da qualidade dos serviços prestados, apesar de a satisfação não ser o tema principal em estudo, podemos relacionar a sua opinião com as nossas conclusões, nomeadamente:

O desempenho, que se refere às características operacionais do produto; as características, entendidas como os aspectos que complementam as funções básicas do produto; a confiança, que está relacionada com a probabilidade do produto falhar num determinado período de tempo; a conformidade, que consiste no grau de correspondência das características do produto ao requisitos pré-estabelecidos; a durabilidade, entendida como o tempo de vida do produto; a assistência, caracterizada pela rapidez, competência e cortesia no serviço pós-venda; a estética, que é a dimensão subjectiva da qualidade; e a qualidade percebida, que consiste na ideia que o consumidor tem sobre a marca e sobre o produto.

O serviço público de saúde necessita de diversidade, concorrência, rapidez de resposta e o conhecimento sistemático dos custos e principalmente das necessidades da população, uma vez que a resposta das organizações tendem a orientar-se mais pelas questões financeiras e comerciais e menos pelos valores sociais.

A nível da investigação considerámos que podia ser uma mais-valia:

- ✓ A aplicação deste estudo a outros hospitais públicos, comparando os resultados agora obtidos com os que entretanto se recolhessem;
- ✓ A repetição deste estudo, ou outros semelhantes, num hospital privado, tentando avaliar se as percepções dos utentes acerca do acesso à informação clínica são substancialmente diferentes das dos utentes de uma instituição pública;
- ✓ Estudar os sistemas de controlo interno implementados nos hospitais, no domínio do acesso à informação clínica.

Apesar das limitações /dificuldades deste estudo acreditamos acima de tudo que este foi, um percurso de aprendizagem e que as sugestões darão origem a mudanças práticas e novos projectos de investigação.

Um trabalho neste âmbito nunca está completo, muito fica por dizer.

4 - BIBLIOGRAFIA

Araújo, J. F. (2002), “*Gestão Pública em Portugal: mudança e persistência institucional*”. Coimbra: Quarteto Editora.

BARROS, Pedro Pita. (2008), “*Os modelos de financiamento da saúde e as formas de pagamento aos hospitais: em busca da eficiência e da sustentabilidade*”. 3ª Conferência de Gestão Hospitalar dos Países de Língua Portuguesa.

Bell, J (1997), “*Como realizar um projecto de investigação: um guia para a pesquisa em Ciências Sociais e da educação*”. Lisboa, Gradiva.

Belmont, 1978, “*Princípios e Directrizes Éticas Para a Protecção de Seres Humanos em Pesquisas*”, EUA.

CAMPOS, António Correia (2001) “*A batalha da Qualidade*” in *Qualidade em Saúde*, nº. 5, Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde

Campos F. e Acúrcio F. (1990) “*Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas*”. *Cadernos de Saúde Pública* 6 (1): 50-61

CARAPINHEIRO, Graça (1998) “*Saberes e Poderes no Hospital*”, Porto: Edições Afrontamento, Lda.

Carmo, H. & Ferreira, M. (1998), “*Metodologia da Investigação: Guia para Auto-aprendizagem*”, Lisboa: Universidade Aberta.

CFR.LAUFS/UHLENBRUCK, *Handbuch des Arztrechts*, Munchen, Beck, 2002, 99.481-482 (Artigo Publicado na Revista Portuguesa do Dano Corporal 2006)

Delgado, Manuel, (2002), “*Cenários, problemas e soluções*” in *Cadernos de Economia*, Outubro.

Fragata, José & Martins, Luís 2006, *O Erro em Medicina*, Almedina, Coimbra.

Fragata, José et al. 2006, “*Risco Clínico*”, Almedina, Coimbra.

Fortin, M. (1999), “O Processo de Investigação: da concepção à realização”. Loures: Lusociência.

Garvin, D. A. 1987. “Competing on the Eight Dimensions of Quality”. Harvard Business Review. November-December: 101-109.

GIL, A., (1995), “Métodos e Técnicas de Pesquisa Social”, 5.ª Edição, São Paulo Editora Atlas.

Gomes, Mário (2006), *O Código da Privacidade e da Protecção de Dados Pessoais*, Centro Atlântico.

Graça, L (2000), “*História da Saúde no Trabalho*”, online em <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/texto17.html>, consultado em 2010/06/14

Hayes, B. E. (2001) “*Medindo a Satisfação do Cliente: Desenvolvimento e Uso de Questionários*”, Rio de Janeiro: Qualitymark.

Instituto Nacional de Estatística: <http://www.ine.pt>

LOPES, D. I. M & PINTO, L. F. C. A. (2003), “*Princípios e valores: reflexão para um sistema de saúde*”, In Nunes, Rui “*Política de saúde*. Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique.

McINTYRE, Teresa Mendonça; PEREIRA, Maria da Graça; SILVA, Natália Sofia; FERNANDES, Susana; CORREIA, Maria José; McINTYRE, Scott Elmes (2002) “*A Satisfação dos Utentes dos Serviços de Saúde na Região Norte: Avaliação e Divulgação*”, Porto: Edição Ministério das Cidades, *Estudo da Satisfação dos Utentes do Hospital Espírito Santo de Évora E.P.E.*

Ministério da Saúde (2009). “*Unidades de Saúde Familiar: Metodologia de Contratualização*”.

NEVES, Arminda (2002) *Gestão na Administração Pública*, Cascais: Editora Pergaminho, Lda.

NUNES, R. (2005), “*Regulação da saúde*”, Porto: Vida Económica.

Plano Estratégico 2008-2010, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE.

Portal da Saúde: <http://www.portaldasaude.pt/portal>

PORTUGAL.DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2005) “*Centros de Saúde e Hospitais: Recursos e Produção do SNS: Ano de 2003*”, Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Direcção de Serviços de Informação e Análise.

Proposta Regulamento Interno da ULSAM EPE

Polit, D. & Hungler, B. (1995), “*Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*”, (3ª ed.).Portalegre: Artes Médicas.

QUIVY, R.,& CAMPENHOUDT, L., (1992), “*Manual de Investigação em Ciências Sociais*”, 1.ª Edição, Lisboa, Gradiva Publicações.

QUEIRÓS, A., (2001), “*Ética e Enfermagem*”, Quarteto, Coimbra.

Revista Medicina Interna , Pontos de Vista sobre Processo Clínico Informatizado, consultado em: www.spmi.pt/revista/vol10/vol10-n4-227-230.pdf

Simões, Jorge (2010), “*30 Anos do Serviço Nacional de Saúde*”: Editora Almedina

SERRÃO, DE. (2006), “*Reflexão sobre a saúde – recomendações para uma reforma estrutural*”, Lisboa.

Santos António Carlos & Gonçalves Maria Eduarda, (2004), “*Direito Económico*”, Almedina, Coimbra.

Silva, J. O. (2000), “*Qualidade, Cidadania e Modernização Administrativa*”. Revista Portuguesa de Administração e Políticas Públicas.

Silva & Pinto (1995). “*Metodologia das Ciências Sociais*”, Porto 6ª Edição Afrontamento.

TRIVIÑOS, A. (1995) –“ *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*”, São Paulo: Atlas.

Van Lang, (1997): “*Dictionnaire de droit administrative*”, Armand Colin, Paris, França.

ANEXOS

ANEXO I

Questionário

ANEXO II

Autorização ULSAM, EPE

ANEXO III

RSF

ANEXO IV

Carimbo

ANEXO V

E-Mail

