



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

Custo-Benefício da Terapia da Fala nos Cuidados de Saúde Primários

Ana Rita Inácio Nunes Duarte

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Gestão de Unidades de Saúde

(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutora Felipa Lopes dos Reis

Covilhã, Outubro de 2011

Ao meu namorado.

Aos meus pais e irmão.

Às minhas avós e falecidos avôs.

Aos meus amigos próximos.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Felipa Lopes dos Reis, pelo seu apoio e orientação. Gostaria, de agradecer, em particular, a confiança por ela depositada no meu trabalho.

À minha família, namorado e amigos pela compreensão, incentivo, ajuda e paciência que tiveram durante todo este percurso.

Às direcções dos agrupamentos de centros de saúde e principalmente aos médicos dos centros de saúde onde decorreu a recolha de dados, pela permissão da aplicação dos questionários e pela colaboração na sua distribuição e recolha. Aos utentes, que participaram no estudo.

Ao Dr. Albertino Figueira e Teresa Sousa pela preciosa ajuda e incentivo.

Ao Sr. José Marinho pela preciosa ajuda na revisão deste trabalho.

O meu profundo agradecimento a todas as pessoas que acreditaram e contribuíram para a concretização desta dissertação, estimulando-me tanto a nível intelectual como emocional.

RESUMO

O Sistema Nacional de Saúde encontra-se em remodelações quanto à sua estrutura organizacional, reestruturando os Cuidados de Saúde Primários. Estes centros estão vocacionados para proporcionar um primeiro contacto com a comunidade, contudo observamos um aumento das listas de espera nos hospitais para os utentes beneficiarem de Terapia da Fala, devido à falta de contratação destes técnicos nos centros de saúde. A análise de custo-benefício é um instrumento útil para a tomada de decisões de uma instituição. Assim, consegue-se apurar os custos e os benefícios de determinado projecto para uma escolha mais acertada.

Este estudo de caso, exploratório e descritivo, pretende identificar: as necessidades reais dos utentes que necessitem de tratamento em Terapia da Fala nos Cuidados de Saúde Primários da área da grande Lisboa; verificar a capacidade de resposta do Sistema Nacional de Saúde a estes serviços; quais os locais de encaminhamento; identificar os custos e os benefícios na contratação de Terapeutas da Fala para os centros de saúde; analisar a relação custo-benefício desta contratação e comparar os custos para o utente destes tratamentos nos cuidados de saúde primários e no privado. A amostra recolhida através da aplicação de um questionário foi de 77 utentes nos Agrupamentos de Centros de Saúde de Loures, Odivelas e Vila Franca de Xira.

Após análise dos dados e de ser efectuada uma estimativa de cálculos, observou-se, que não se conseguiu verificar a significância estatística da amostra e que o Sistema Nacional de Saúde não consegue dar uma resposta adequada nos Cuidados de Saúde Primários, uma vez que encaminhou os utentes para clínicas convencionadas, sendo estas, Fundação CEBI, Centro de Fisioterapia da Póvoa de Santo Adrião, Fundação Carlos Larroudé, Segurança Social, Clínica Novas Luzes, Instituto de Surdos Mudos Imaculada Conceição e Hospital do Mar; contudo alguns doentes foram encaminhados para os próprios Centro de Saúde de Nampula - Saúde Escolar e Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde da Pontinha. No que respeita aos custos identificados para a contratação de um Terapeuta da Fala para os Centros de Saúde, observaram-se custos directos com o pessoal - remuneração base, contribuições para a segurança social, subsídio de alimentação, de férias e natal, seguro de acidentes de trabalho - prestação de serviços ao utente, transporte de ambulância e material de desgaste. Como custos indirectos apurou-se a electricidade e a água. No que respeita aos benefícios apurados, verificou-se que estes existem apenas através do pagamento de taxas moderadoras. No que respeita à relação de custo-benefício da contratação destes técnicos para os Cuidados de Saúde Primários, observou-se que esta os custos são mais elevados que os benefícios, na medida em que o rácio desta análise é de aproximadamente 0,04. Relativamente à comparação da estimativa de custos suportados pelos utentes nos tratamentos nos centros de saúde esta é de aproximadamente entre 94% e 97% mais barato no Sistema Nacional de Saúde do que no privado, dependendo do número semanal de tratamentos.

Este estudo permitiu perceber que, devido ao financiamento do Sistema Nacional de Saúde ser efectuada através do orçamento do estado, o retorno de benefícios não é tão visível se o valor da prestação de cuidados de saúde fosse suportado pelo utente, ou por uma outra entidade co-financiadora. Permitiu ainda conhecer, a realidade da pouca oferta relativamente a clínicas

convencionadas com o Sistema Nacional de Saúde. Observou-se, também, que os utentes beneficiariam muito, relativamente a custos suportados, em ter Terapia da Fala nos Cuidados de Saúde Primários, pois são muito mais elevados se forem efectuados particularmente.

Palavras - chave: análise custo-benefício, cuidados de saúde primários, Sistema Nacional de Saúde, Terapia da Fala.

ABSTRACT

The National Health System is under renovation as to its organizational structure, restructuring the Primary Health Care. These centers are geared to provide a first contact with the community, yet we observe an increase in waiting lists in hospitals for the users benefit from Speech Therapy for lack of hiring these technicians in health centers. The cost-benefit analysis is a useful tool for making decisions of an institution. Thus it is possible to determine the costs and benefits of particular project for a most suitable choice.

This case study, exploratory and descriptive, aims to identify the real needs of users who require treatment in Speech Therapy in Primary Health Care in the Greater Lisbon area, check the responsiveness of the National Health System to these services, which the local referral, identify the costs and benefits in hiring Speech Therapists for the health centers, analyze the cost-benefit of hiring and compare the costs to the user of these treatments into primary care and in private.

The sample collected by applying a questionnaire was 77 users on Clusters of Health Centers Loures, Odivelas and Vila Franca de Xira.

After analyzing the data and to make an estimate of calculations showed that it was not possible to verify the statistical significance of the sample and the National Health System cannot provide an adequate response in Primary Health Care, as referred users clinics agreed to these being Fundação CEBI, Centro de Fisioterapia da Póvoa de Santo Adrião, Fundação Carlos Larroudé, Segurança Social, Clínica Novas Luzes, Instituto de Surdos Mudos Imaculada Conceição and Hospital do Mar. However, some patients were referred to the very center Nampula Health - School Health and Community Care Unit in the Centro de Saúde da Pontinha.

With regard to the identified costs to hire a speech therapist for health centers, there were direct costs with staff - basic remuneration, contributions to social security, food allowance, holiday and Christmas, accident insurance work - services to the patient, ambulance transport and material wear. Found as indirect costs to electricity and water. With regard to benefits calculated it was found that these are only through the payment of fees. Regarding the cost-benefit of hiring these technicians for Primary Health Care observed that the costs are higher than the benefits, to the extent that this analysis is the ratio of approximately 0.04. For the comparison of the estimated costs incurred by users in treatment in health centers that is approximately between 94% and 97% cheaper in the National Health Service than in private, depending on the number of weekly treatments.

This study allowed us to realize that due to funding the National Health Service be made through the state budget, the return of benefits is not as visible as if the value of health care would be supported by the user or by another party co-financing . Also allowed to know the reality of short supply for clinical agreed with the National Health System was also observed that users would greatly benefit, in respect of costs incurred in having Speech Therapy in Primary Health Care, they are much higher particularly if carried privately.

KEYWORDS: cost-benefit analysis, primary health care, National Health System, Speech Therapy.

ÍNDICE

Capítulo I	22
1. Introdução.....	22
1.1 - Justificação do Tema	23
1.2 - Objectivos da Investigação	24
1.3 - Questões de Investigação	26
1.4. Conteúdo e esquema conceptual do trabalho	26
2. Revisão da Literatura.....	28
2.1 - Serviço Nacional de Saúde	28
2.1.1 - Cuidados de Saúde Primários	29
2.2 - Terapia da Fala	32
2.3. Custo-Benefício	33
2.4 - Gestão Organizacional e Recursos Humanos.....	40
Capítulo III	42
3. Metodologia de Investigação	42
3.1 - Tipo de estudo.....	42
3.2. Contexto organizacional do estudo.....	43
3.3 - Variáveis do estudo:	44
3.3.1. Variável atributo:	44
3.4. Hipóteses	44
3.5. Instrumento de recolha de dados.....	45
3.5.1 Apresentação do modelo do questionário	46
3.5.2. Pré-teste	47
3.6. Caracterização da população e amostra.....	48
3.7 Procedimentos éticos e legais na recolha de dados.....	49
3.8. Tratamento dos dados.....	50

Capítulo IV	52
4 - Apresentação e Análise dos Resultados.....	52
4.1. Análise quantitativa e qualitativa dos dados	52
4.2. Caracterização socio-demográfica da amostra e estimativa de cálculos	52
CAPÍTULO V	66
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES.....	66
5.1. Discussão dos resultados.....	66
5.2. Sugestões para pesquisas futuras, perspectivas futuras e limitações do estudo.....	70
5.3. Conclusões finais	71
BIBLIOGRAFIA	74
ANEXOS.....	82
Anexo I - Instrumento de recolha de dados.....	83
Anexo 2 - Pedido de autorização à Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo.....	85
Anexo 3 - Pedidos de autorização aos Agrupamentos de Centros de Saúde	89
Anexo 4 - Consentimento informado.....	92
Anexo 5 - Carta de informação do estudo	95

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo o género.....	53
Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo o estado civil.....	53
Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo a idade.....	53
Gráfico 4 - Distribuição de utentes inquiridos por ACES.....	54
Gráfico 5 - Distribuição da amostra por transporte em ambulância.....	55
Gráfico 6 - Distribuição da amostra por etiologia.....	57
Gráfico 7 - Distribuição da amostra por quem encaminha.....	59
Gráfico 8 - Distribuição da amostra por tempo de resposta.....	61
Gráfico 9 - Distribuição da amostra por tempo de resposta.....	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Códigos dos procedimentos da Tabela de Medicina Física e de Reabilitação...	39
Tabela 2 - Utentes inscritos nas ACES da Grande Lisboa.....	44
Tabela 3 - Distribuição dos utentes por ACES e respectivos Centros de Saúde.....	54
Tabela 4 - Distribuição das alterações observadas.....	55
Tabela 5 - Distribuição da amostra por freguesia de residência.....	56
Tabela 6 - Distribuição da amostra por diagnóstico clínico.....	57
Tabela 7 - Distribuição das alterações observadas pela categoria de idade.....	58
Tabela 8 - Distribuição da amostra por local de encaminhamento.....	59
Tabela 9 - Distribuição da amostra por transporte em ambulância, ACES, Centro de Saúde, freguesia de residência e local de encaminhamento e quilómetros.....	60
Tabela 10 - Provisão de cálculo dos utentes de necessitam de transporte de ambulância.....	60
Tabela 11 - Provisão de cálculo de custos e benefícios de uma semana na prestação de serviços aos utentes dos CSP.....	62
Tabela 12 - Provisão de cálculo de custos e benefícios de um semestre na prestação de serviços aos utentes dos CSP.....	63
Tabela 13 - Provisão de cálculo de custos e benefícios de um ano na prestação de serviços aos utentes dos CSP.....	63
Tabela 14 - Estimativa anual de custos e benefícios pela contratação de um Terapeuta da Fala nos CSP.....	64
Tabela 15 - Cálculo da relação custo-benefício.....	64
Tabela 16 - Comparação de gastos pelo utente com tratamentos em Terapia da Fala nos CSP e no privado.....	65

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACB - Análise Custo-Benefício

ACES - Agrupamento de Centro de Saúde

ACSS - Autoridade

AESST - Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

APTF - Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala

ARS - Administração Regional de Saúde

ASHA - American Speech-Language-Hearing Association

C.C. - Cuidados Continuados

CPLOL - Comité Permanente de Ligação dos Terapeutas da Fala da União Europeia

CSP - Cuidados de Saúde Primários

C.S - Centro de Saúde

DGPRCE - Direcção - Geral da Política Regional da Comissão Europeia

Ed. - Edição

Ex. - Exemplo

GDA - Grupo de Diagnóstico em Ambulatório

GDH - Grupo de Diagnóstico Homogéneo

JI - Jardim-de-infância

MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários

N - Frequência

n. - Número

NJEIS - New Jersey Early Intervention System

OCDE - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económicos

OMS - Organização Mundial de Saúde

PEPAC - Programa de Estágios Profissionais da Administração Central

pp. - Página

SNIPi - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Science

TDT - Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

Tx. - Taxa

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

V. - Volume

Capítulo I

1. Introdução

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) fazem parte integrante do sistema de saúde do qual constituem o centro, assim como do desenvolvimento social e económico global da comunidade. Proporcionam o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade, permitindo a aproximação da assistência de saúde, o mais perto possível dos locais onde a população vive e trabalha e constituem o primeiro elemento de um processo permanente de assistência de saúde.

O nosso Sistema Nacional de Saúde está, actualmente, em reformulações quanto à sua estrutura organizacional, dando também importância à reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários.

Muitas vezes os hospitais têm grandes listas de espera para algumas especialidades, devido à inexistência desses profissionais/especialistas em Centros de Saúde. Isso fez-me pensar se o custo - benefício da contratação destes técnicos/especialistas não seria uma mais-valia para os Agrupamentos de Centros de Saúde, na medida em que o tempo de espera iria diminuir, o acesso a esses cuidados e a qualidade de vida das pessoas melhoraria. Assim, surgiu o interesse de estudar a necessidade da existência de um Terapeuta da Fala na área da Grande Lisboa.

Com este estudo, pretendo mostrar os custos e os benefícios inerentes à contratação de Terapeutas da fala nos centros de saúde da Grande Lisboa, a fim de poder mostrar as possíveis lacunas existentes nos Cuidados de Saúde Primários, nesta área de intervenção e possibilitar a criação de novos postos de trabalho nestas unidades.

O presente trabalho está estruturado em cinco capítulos, contudo dividido em 2 partes mais importantes. Uma primeira parte em que é composta pelo Capítulo I e II. No Capítulo I, é apresentada a justificação do tema, os objectivos e a questão da investigação. No Capítulo II, é efectuada a revisão da literatura, em que é feita uma abordagem ao Sistema Nacional de Saúde a fim de contextualizar os Cuidados de Saúde Primários. Ainda, neste ponto é feita referência ao custo-benefício na saúde e um enquadramento da gestão organizacional e recursos humanos.

Na segunda parte do trabalho é efectuada a descrição da metodologia de investigação, onde se identifica o problema, o desenho de investigação que engloba o tipo de estudo, o seu contexto organizacional, as variáveis, as hipóteses, o instrumento de recolha de dados, a caracterização da população alvo e amostra, procedimentos éticos e legais na recolha da amostra e tratamento estatístico dos dados.

Por último, é feita a análise, interpretação dos resultados, discussão e são apresentadas as principais proposições, sugestões para futuras pesquisas, limitações do estudo e as conclusões.

1.1 - Justificação do Tema

Uma das razões do meu interesse pelo estudo sobre a necessidade da existência de Terapia da Fala em Cuidados de Saúde Primários na área da Grande Lisboa, deve-se ao facto de analisar as suas necessidades reais nos Centros de Saúde, se existem benefícios na contratação destes técnicos tendo em conta os custos associados.

Com este trabalho pretendo, posteriormente, contribuir para a criação de novos postos de trabalho.

A resposta aos desafios de mudança, por parte do sector da saúde e das sociedades, tem sido lenta e inadequada.

Desde os anos 80, a maioria dos países da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económicos (OCDE) tenta reduzir a sua subordinação nos especialistas e tecnologias dos hospitais e garantir o controlo dos custos. Efectuaram-no através da intervenção na oferta disponível, compreendendo a redução de camas nos hospitais, transferindo os cuidados hospitalares para domiciliários, racionalização de equipamentos médicos e um elevado número de estímulos e desincentivos financeiros para impulsionar a eficiência ao nível micro. Estes esforços têm tido diferentes resultados, contudo a constante evolução das tecnologias desenvolvem a mudança da prestação de cuidados hospitalares especializados para os cuidados de saúde primários. Isto indica que uma melhoria dos resultados demonstrados é combinada com um progresso indicativo de satisfação, por parte dos utentes. Esta mudança ocorreu no sentido de uma abrangência de cobertura universal, implementando mais direitos dos utentes ao acesso e à protecção social. Estes processos são muito parecidos aos que aconteceram na Malásia e em Portugal, no que respeita ao direito ao acesso, protecção social e um equilíbrio superior entre a subordinação nos hospitais e nos cuidados de saúde primários generalistas, abrangendo a prevenção e promoção de saúde. (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2008).

Nos países industrializados, os serviços de saúde prestados podem ser mais orientados para as pessoas, que traz uma maior eficácia e criação de um ambiente mais recompensador, ao

contrário dos países em desenvolvimento. A orientação para as pessoas é uma urgência que cuida dos mais pobres, diminuindo a exclusão social.

A Declaração de Alma-Ata (1978), veio definir a saúde como um bem-estar bio-psico-social e não somente a ausência de doença ou de enfermidade. Esta declaração permitiu o desenvolvimento de uma promoção e protecção da saúde que contribui para uma melhor qualidade de vida, para a paz mundial e para a diminuição das desigualdades dos povos. Esta declaração assinala, igualmente, a responsabilidade dos governos no que respeita à adequação das medidas sanitárias e sociais; assim, poderá promover o desenvolvimento dos CSP e o espírito da justiça social. Esta declaração era considerada como radical.

Actualmente os valores de equidade, orientação para as pessoas, participação da comunidade e auto-determinação tornaram-se expectativas da sociedade. Este desenvolvimento de princípios éticos formais para as expectativas sociais generalizadas, abre portas para se gerar um movimento social e político com a finalidade de orientar os sistemas de saúde em direcções desejadas pelas pessoas.

Desde 2005 que o Sistema Nacional de Saúde (SNS) tem sofrido alterações, tendo em vista a melhoria da qualidade dos serviços prestados, assim como abriu portas para outras especialidades nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). A criação de novos postos de trabalho para Terapeutas da fala nestas unidades de saúde, já é uma realidade em alguns pontos do país, porém, a sua abrangência ainda não foi estendida às grandes cidades onde a sua necessidade é muita, levando muitas pessoas a recorrer aos hospitais públicos e, quando têm possibilidade, recorrem a instituições privadas para o tratamento do seu problema de saúde, no sentido de conseguirem um atendimento precoce.

1.2 - Objectivos da Investigação

O Ministério da Saúde é visto como o órgão máximo do sistema de saúde. A mudança faz parte de uma empresa, assim como os seus clientes, funcionários e mercado. Em virtude da alteração do ambiente, a empresa necessita de se adaptar, de forma gradual, para sobreviver a um ambiente complexo, tendo em conta as suas exigências e expectativas do momento, seja através de mudanças estruturais, de produto ou serviços, de rotinas e de procedimentos, de estilos de gestão ou de estratégia.

A estrutura do sistema de saúde é constituída, no seu núcleo, pelos CPS, assim como do desenvolvimento social e económico total da sociedade. Propicia o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade, possibilitando o acesso da assistência de saúde, o mais perto possível, dos locais onde a população vive.

O Terapeuta da Fala actua na prevenção, avaliação, diagnóstico e tratamento nas áreas: voz, linguagem, fala, motricidade oro facial e disfagia (alterações da deglutição). Tem também o dever de fazer acções de formação e de sensibilizar a população para os problemas.

Os hospitais da Grande Lisboa possuem grandes listas de espera para o atendimento em Terapia da Fala, onde os recursos são escassos para tamanha necessidade. Contudo, supostamente, os serviços de saúde prestados nas unidades hospitalares deveriam ser para situações agudas de doenças (acidentes vasculares cerebrais, traumatismos craneo-encefálicos, prematuridade), o que não é a realidade, visto que atendem, muitas vezes, situações crónicas que necessitam de longos períodos de reabilitação. Na instituição hospitalar onde exerço funções (na região norte do país), esta é a realidade. Isto acontece devido à inexistência de técnicos de Terapia da Fala nos centros de saúde, tendo em vista o atendimento de situações que não são tão urgentes, são mais crónicas e até mesmo para a intervenção precoce em crianças que ainda não entraram para o primeiro ciclo.

A nova legislação em vigor (Decreto - Lei nº 281/2009), vem criar um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), na sequência dos princípios vertidos na Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e no âmbito do Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006-2009; tendo como objectivo garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas actividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento. A intervenção precoce deverá assentar na universalidade do acesso, na responsabilização dos técnicos e dos organismos públicos e na correspondente capacidade de resposta, instituindo-se três níveis de processos de acompanhamento e avaliação do desenvolvimento da criança e da adequação do plano individual para cada caso, ou seja, o nível local das equipas multidisciplinares com base em parcerias institucionais, o nível regional de coordenação e o nível nacional de articulação de todo o sistema.

Esta situação ainda não está implementada na sua totalidade, contudo, alguns centros de saúde já começam a ter essa preocupação e já possuem Terapeutas da Fala a trabalhar nos aspectos acima referidos, como é o caso dos centros de saúde de Bragança, Faro, Loulé e Portimão.

Assim com este estudo pretendo efectuar um diagnóstico de situação sobre esta temática na área da Grande Lisboa a fim de poder mostrar as lacunas existentes nos Cuidados de Saúde Primários nesta área de intervenção e possibilitar a criação de novos postos de trabalho nestas unidades.

Este trabalho tem como objectivo geral verificar o custo benefício do Terapeuta da Fala nos Cuidados de Saúde Primários. Como objectivos específicos temos:

- ✓ Identificar as necessidades reais dos utentes que necessitam de tratamentos de Terapia da fala nos CSP da área da Grande Lisboa.
- ✓ Identificar quais os locais de encaminhamento dos utentes com necessidade de frequência de Terapia da fala.
- ✓ Identificar as capacidades de resposta do Serviço Nacional de Saúde para dar resposta aos utentes que necessitam de Terapia da fala.
- ✓ Identificar os custos da contratação de Terapeutas da fala nos CSP.
- ✓ Identificar os benefícios da contratação de Terapeutas da fala nos CSP.
- ✓ Comparar os custos e benefícios da contratação de um Terapeuta da Fala para os CSP.
- ✓ Analisar a relação custo-benefício da contratação de um Terapeuta da Fala para os CSP.
- ✓ Comparar os custos dos tratamentos de Terapia para o utente nos CSP e no privado.

Os objectivos devem ser claros e concisos, indicando o que o investigador pretende obter com a sua pesquisa; tendem a ser uma continuação da enunciação do problema ou da revisão da literatura e é enunciado de forma declarativa (Fortin, 2009; Sampieri et al, 2006 citados por Martins, 2009; Reis, 2010; Ribeiro, 1999).

Segundo Reis (2010) o objectivo geral é o resumo do que se quer desenvolver, dos resultados que se ambiciona alcançar e do contributo que a investigação irá oferecer. Acrescenta ainda que os objectivos específicos são aqueles que desenvolvem os pormenores do objectivo geral e descrevem os diversos itens a serem abordados com vista a certificar as hipóteses.

1.3 - Questões de Investigação

A questão de partida é uma declaração em forma interrogativa clara e objectiva que especifica as palavras-chave, assim como a população alvo e indica uma investigação empírica, que a sua pesquisa tende a resolver ou fornecer a solução para o problema (Fortin, 2009; Polit et al, 2004 citados por Martins, 2009; Polit e Hungler, 1993; Polit et al, 1995 citados por Pontinha, 2008; Reis, 2010; Quivy & Campenhoudt, 2005 citados por Torcato, 2009)

Tendo em conta que o tema deste trabalho é “Quais os custos e benefícios de um Terapeuta da Fala nos cuidados de saúde primários?”, e, baseado nos pressupostos acima descritos, propõem-se investigar se existem benefícios na contratação dos Terapeutas da Fala nos CSP da Grande Lisboa, quais os custos associados a esta contratação e quais as necessidades reais destes utentes.

1.4. Conteúdo e esquema conceptual do trabalho

A presente dissertação é constituída por seis capítulos que se desenvolvem à volta do tema principal da mesma: o custo - benefício da terapia da fala nos cuidados de saúde primários.

No presente capítulo é efectuada a menção à questão de investigação, sua relevância e delimitação; são definidos os objectivos do estudo e a metodologia a utilizar na mesma; e descreve-se, também, a sua estrutura.

O capítulo II advém da revisão da literatura mais pertinente sobre os temas em estudo: uma pequena referência ao sistema nacional de saúde, enquadrando os cuidados de saúde primários, uma breve descrição da função do terapeuta da fala, análise custo-benefício e gestão organizacional e recursos humanos.

No capítulo III é desenvolvida a metodologia de investigação. Visto que parte da recolha de dados se efectuou através de questionários, vão ser enumeradas as etapas de construção e validação do instrumento. Numa primeira fase, em função dos objectivos e da revisão bibliográfica foram definidos os itens para a elaboração do questionário. Numa segunda fase, esta bateria de itens foi sujeita a um pré-teste junto dos médicos que participaram, enquanto indivíduos que aplicavam o questionário de recolha de dados.

Do pré-teste resultou a versão final do questionário que foi aplicado, numa terceira fase pelos médicos aos utentes pertencentes aos 12 centros de saúde dos 3 ACES da Grande Lisboa que participaram no estudo.

No capítulo IV são apresentados e analisados os resultados do estudo, nomeadamente o número de utentes que necessitam de Terapia da Fala nos Cuidados de Saúde Primários, a capacidade de resposta por parte do Sistema Nacional de Saúde, na prestação daqueles cuidados de saúde e os locais de encaminhamento, para poder responder de forma adequada às necessidades. Os resultados revelaram que o Sistema Nacional de Saúde, através dos Cuidados de Saúde Primários, não consegue dar resposta, sendo necessário recorrer a clínicas convencionadas para a prestação de serviços de saúde, sendo estas muito poucas. Foram igualmente estudados os custos e os benefícios da contratação de um Terapeuta da Fala para os Cuidados de Saúde Primários, assim como a sua análise do rácio custo-benefício. Deste modo, obtivemos custos directos e indirectos superiores aos benefícios deste programa, observando um rácio de 0,04 que indica que o projecto não é viável. Foram também estimados os custos que os utentes teriam de suportar no privado e nos centros de saúde para frequência de Terapia da Fala, onde se constatou ser muito mais económico a possibilidade de gozo destes serviços no sector público.

No capítulo V efectua-se a interpretação e discussão dos resultados obtidos no capítulo anterior, à luz das considerações teóricas estabelecidas no capítulo II.

No último capítulo são referidos as principais contribuições do estudo, em particular com os custos e benefícios da contratação de um Terapeuta da Fala para os cuidados de saúde primários da Grande Lisboa, expondo-se as limitações mais relevantes intrínsecas ao mesmo, sugerindo-se algumas pistas para futuros estudos e finalmente conclusões finais.

Capítulo II

2. Revisão da Literatura

2.1 - Serviço Nacional de Saúde

Quando a Declaração de Alma-Ata deu importância aos princípios de equidade em saúde, centrados nas pessoas e um papel central para as comunidades de saúde em actuação, foram considerados radicais. A investigação social indica, que estes valores estão a ficar decisivos em sociedades actualizadas, onde a maneira como as pessoas olham para a saúde e ao que elas aguardam dos seus sistemas de saúde. Isto deve ser encarado então como uma forma de impulsionar as reformas nos CSP (OMS, 2008).

A estrutura dos serviços de saúde tem vindo a sofrer reestruturações ao longo dos tempos pela influência dos conceitos religiosos, políticos e sociais de cada época, conseguindo-se assim resposta ao aparecimento das doenças. Até à criação do SNS a protecção de saúde ficava a cargo das famílias, das instituições privadas e dos serviços de assistência médico-sociais da Previdência.

Em 1899 é iniciada a organização de serviços de saúde pública pelo Dr. Ricardo Jorge, mas só em 1903 é que entra em vigor a organização; todavia, a prestação de serviços de saúde era tendencialmente privada, ficando a cargo do Estado a prestação desses mesmos serviços aos mais pobres.

Portugal, no início dos anos 70, apresentava um nível sócio-económico e de saúde muito adversos no contexto da Europa Ocidental, o sistema de saúde Português estava muito fragmentado, alguns grandes hospitais do Estado, uma extensa rede de hospitais das Misericórdias, postos médicos dos Serviços Médico Sociais da Previdência; Serviços de Saúde Pública (centros de saúde, a partir de 1971); médicos municipais; serviços especializados para a saúde materno-infantil, tuberculose e as doenças psiquiátricas; sector privado, especialmente desenvolvido na área do ambulatório. Após vários anos de trabalho para melhorar o sistema de saúde, é em 1971 que surge o primeiro esquema do SNS.

Em 1976 é aprovada a nova Constituição da República onde se distingue no artigo 64º o direito à protecção da saúde, no qual refere ser um SNS geral, universal e gratuito.

Na segunda revisão da Constituição realizada em 1989, o número 2 do artigo 64º sofreu alteração, na medida em que o direito à protecção da saúde é efectuado através do SNS e é reformulada como sendo universal, geral e tendencialmente gratuito, de acordo com as condições económicas e sociais dos utentes.

Em 1990 ficou estabelecido no Decreto-lei n.º 54/92, de 11 de Abril, o pagamento de taxas moderadoras e isenções para o acesso a serviços de urgência, consultas de meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime de ambulatório (Baganha, Ribeiro & Pires, 2002; Constituição da Republica Portuguesa, 2005; Ferreira, 2008; Ministério da Saúde, 2010; Rede de investigadores da OPSS, 2003; Simões, Barros & Pereira, 2007; Simões, 2010).

Embora não haja, em teoria, serviços claramente excluídos da protecção do SNS, alguns desses apresentam fraca cobertura e a acessibilidade a alguns tipos de cuidados de saúde encontram-se condicionados, tal como se podem observar por tempos médios de espera elevados por uma consulta externa (Barros & Simões, 2007).

Tal como Simões (2010) refere, é importante salientar que tem havido muitos esforços nestes últimos anos, na medida em que os números de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) nos Centros de Saúde e Hospitais têm progredido substancialmente, tendo em conta que desde 1979 a 2007 houve um aumento de 99,6% destes técnicos nas unidades de saúde.

Por outro lado, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2011, 2011a) refere possuir acordos com várias Entidades privadas para prestação de cuidados de saúde no distrito de Lisboa, para dar resposta às necessidades dos utentes, entre eles, Terapia da Fala.

2.1.1 - Cuidados de Saúde Primários

A criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi vista como a resposta mais adequada à necessidade de uma cobertura, mais extensa e equitativa, de serviços de saúde. A alteração à nova constituição estabelecia que todas as pessoas tinham direito à protecção da saúde independentemente da sua condição sócio-económica, que se realizaria pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito, onde o financiamento provinha do Orçamento Geral do Estado. Estas evoluções trouxeram a necessidade de uma alteração de gestão e da organização para alcançar uma maior efectividade e eficiência do nosso sistema de saúde. Ao longo das últimas décadas, os centros de saúde têm sido uma infra-estrutura essencial para a prestação de cuidados de saúde primários, cobrindo toda a área geográfica de Portugal (Branco e Ramos, 2001; OMS, 2008; Simões, 2010).

Desde 1971 que os centros de saúde têm sido reformulados, tendo em conta a evolução da sociedade. De acordo com o Despacho Normativo n.º 54/83, já em 1983, foram gerados os centros de saúde “ de segunda geração”, possibilitando uma maior racionalidade na prestação de serviços de saúde e um melhor rendimento dos recursos usados. Porém esta reestruturação

não melhorou a acessibilidade nem conseguiu progredir com os objectivos de saúde estabelecidos (Ferreira, 2008; Simões, 2010).

Foi deliberado, segundo o Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio, um outro regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, também conhecidos de centros de terceira geração, autorizando uma fonte de organização com base na unidade de saúde familiar (Decreto-Lei n.º 157/99; Ferreira, 2008; Simões, 2010).

Fundada uma nova rede de CSP, segundo o Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de Abril, cujos princípios eram: liberdade de escolha e diversidade de oferta para certificar e fomentar a avaliação de cuidados, onde a rede do SNS poderia ter integradas entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos que fornecessem aos utentes cuidados de saúde primários, indo de acordo aos contratos celebrados (Decreto-Lei n.º 60/2003; Simões, 2010).

Em 2005, segundo a Resolução de Conselho de Ministros n.º 157/2005, foi criada a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) tendo como objectivos a implementação de um projecto global de lançamento, direcção e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e a implementação das unidades de saúde familiares (USF). A racionalização de estruturas e recursos, a simplificação e aperfeiçoamento da qualidade que encaminham a reforma da administração pública, vieram terminar com as sub-regiões de saúde e a reconfiguração dos centros de saúde existentes.

Esta reforma, pretende permitir um aumento da qualidade dos serviços existentes, criando condições estruturais e manutenção as ligações culturais com a população existentes nos centros de saúde. A pensar no futuro, permitiu, também, pensar na defesa da acessibilidade e equidade aos cuidados de saúde perto da população, tendo em conta aspectos como racionalidade, eficácia e inovação.

A nova gestão trouxe critérios para a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), dado que estes têm de ter entre 50 a 200 mil pessoas e ter em conta a acessibilidade geográfica, densidade demográfica, índice de concentração urbana, índice de envelhecimento, acessibilidade das pessoas a cuidados hospitalares e a divisões administrativas do território.

Estes agrupamentos permitem uma organização de recursos especializados, possibilitando também a realização de novos investimentos em estruturas, recursos humanos ou sistemas, uma vez que permite a criação destes agrupamentos, identificar as necessidades de saúde das comunidades, apresentando propostas, à Administração Regional de Saúde (ARS) de atribuição de recursos apontando ganhos de saúde para a população (Decreto Lei n.28/2008; Ferreira, 2008; MCSP, 2007; Simões, 2010).

O ACES oferece uma rede de unidades funcionais de prestação de serviços de saúde:

- Unidade de Saúde Familiar (USF) - “consiste numa pequena unidade funcional multiprofissional (médicos, enfermeiros e administrativos), com autonomia funcional e técnica, que presta cuidados de saúde primários personalizados, num quadro de contratualização interna, envolvendo objectivos de acessibilidade, adequação, efectividade, eficiência e qualidade. Configura um modelo organizacional leve e flexível e devem estar integradas em rede com as outras unidades funcionais do centro de saúde”. (MCSP, 2007; Portaria n.º 1368/2007)
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) - Tem estrutura semelhante à USF e tem por missão a prestação de cuidados de saúde de forma personalizada, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. Da equipa multidisciplinar constam enfermeiros, médicos e administrativos não integrados em USF. (Decreto Lei n.28/2008; MCSP, 2007)
- Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) - “A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio á família e na implementação de unidades móveis de intervenção”. (Decreto Lei n.28/2008; MCSP, 2007). A equipa multidisciplinar é constituída por: assistentes sociais, enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas da fala, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas entre outros técnicos que participem na actividade da unidade funcional, tendo em conta a disponibilidade de recursos. (MCSP, 2009)
- Unidade de Saúde Pública (USP) - responsável pelo observatório de saúde da área geodemográfica de influência do seu ACES, tendo como competências:
 - Identificar as carências de saúde dos habitantes e o controle do seu estado de saúde e factores determinantes.
 - Avaliar o impacto, sobre o estado de saúde, das várias intervenções.
 - Vigiar a epidemiologia.
 - Supervisionar e gerir os programas e projectos de intervenção no âmbito da defesa, promoção e protecção da saúde do povo ou de grupos destes.
 - Colaborar no exercício de funções de autoridade de saúde, de acordo com a legislação em vigor. (Decreto Lei n.28/2008; MCSP, 2007)
- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) - é uma unidade funcional que incorpora uma equipa multidisciplinar titular de especialidades como por exemplo:

medicina dentária, terapia da fala, fisioterapia, entre outros profissionais que não estejam a exercer funções em horário completo noutras unidades funcionais. Estes recursos podem estar concentrados ou distribuídos pelos centros de saúde, sendo partilhados pelo ACES. (Decreto Lei n.28/2008; MCSP, 2007)

2.2 - Terapia da Fala

O terapeuta da fala, como profissional da área da saúde, é responsável pela prevenção, avaliação, tratamento e estudo científico da comunicação humana e das perturbações associadas. Assim, a comunicação humana abrange todos os processos associados com a compreensão e produção da linguagem oral e escrita, assim como as formas apropriadas de comunicação não verbal. As perturbações remetem-se à fala e à linguagem, que são dois aspectos complexos e desenvolvidos do funcionamento cerebral, assim como no funcionamento auditivo, visual, cognitivo - incluindo aprendizagem - musculatura oral, respiratório, vocal e da deglutição.

O terapeuta da fala tem também o dever de fazer acções de formação e de sensibilizar a população para os problemas (Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala [APTF], 2004; Comité Permanente de Ligação dos Terapeutas da Fala da União Europeia [CPLOL], 1997; Portaria n.º 256-A/86).

A terapia pode ser directa, contactando-se pessoalmente com o utente, ou indirecta se for centrada no aconselhamento e orientação a outros técnicos, familiares e elaboração de planos de intervenção, de relatórios (APTF, 2004; ASHA, 2004; New Jersey Early Intervention System [NJEIS], 2007).

Na área da prevenção, o terapeuta da fala actua a qualquer nível no sentido de prevenir a ocorrência ou agravamento de perturbações da comunicação, através do ensino, da informação, do rastreio para despiste precoce de perturbações na criança e/ou adulto e de outras acções apropriadas para os pacientes e seu meio.

A intervenção tem por objectivo levar o paciente, de acordo com as suas possibilidades, ao nível óptimo de funcionamento e de comunicação que corresponda ao seu meio-social, educacional e profissional, no sentido de alcançar ou manter a autonomia.

A intervenção precoce trata-se de uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família, através de acções de cariz preventivo / habilitativo e reabilitativo, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da acção social. A Intervenção Precoce destina-se a crianças até aos 6 anos de idade, especialmente dos 0 aos 3 anos, que apresentam deficiência ou risco de atraso grave do desenvolvimento. Este tipo de intervenção tem como principais objectivos assegurar que todas as crianças portadoras de algum tipo de deficiência ou em risco de atraso grave do desenvolvimento, recebam condições facilitadoras do seu

desenvolvimento global; criar condições para que num futuro próximo estas crianças possam sentir-se autónomas e elementos integrantes de uma sociedade / comunidade; promover o envolvimento efectivo da família na vida da criança, esclarecendo dúvidas, dando a conhecer as causas e as consequências das problemáticas, minimizando as suas angústias e valorizando as suas atitudes, no fundo, ajudar num processo de aceitação; promover a integração da criança em Creche, Jardim-de-infância e Primeiro Ciclo; envolver a comunidade no processo de intervenção, de forma contínua e articulada, otimizando os recursos existentes e as redes formais e informais de inter-ajuda (Decreto - Lei nº 281/2009).

Segundo Enderby e Davies (1989), a terapia regular e directa com o utente tem a duração de 45 minutos por um período de 16 semanas. Contudo o Conselho Federal de Fonoaudiologia (2009) estabelece, como parâmetros para a duração que diferem nas diversas patologias, por exemplo: na intervenção em voz e motricidade oro-facial é estimada uma duração entre o curto e o médio prazo. A duração de intervenção em linguagem oral poderá prolongar-se de curto a longo prazo de 6 a mais de 23 meses, a já terapia da linguagem escrita e leitura pode decorrer entre o médio e o longo prazo. Na fluência, a sua intervenção poderá ser de médio prazo. Assim, e de acordo com os autores os prazos são definidos da seguinte forma: o curto prazo, é até 6 meses, médio prazo, vai de 7 a 23 meses e, finalmente, o longo prazo será mais de 23 meses.

Os Terapeutas da Fala no sector da saúde encontram-se em vários tipos de entidades, algumas delas com parcerias com o Serviço Nacional de Saúde, como é o caso da Rede Nacional de Cuidados Continuados onde estes se encontram inseridos. Esta rede resulta de uma parceria entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e o da Saúde promovendo a continuidade da prestação de cuidados de saúde e apoio social a todos os utentes que necessitem de apoios devido ao seu compromisso de saúde (Instituto de Segurança Social (2010), Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCC] (s.d.)).

Em 2010 o governo lançou um programa de estágios profissionais na administração pública (PEPAC) que visa oferecer uma oportunidade a jovens à procura do primeiro emprego, indivíduos licenciados em situação de desemprego e a pessoas que apesar de estarem a trabalhar, não se encontrem a exercer funções na sua área de formação e nível de qualificação. Isto origina numa aposta na promoção da empregabilidade, enaltecendo as qualificações e capacidades dos jovens licenciados. Estas medidas permitem uma modernização dos serviços da Administração Pública e uma melhoria da qualidade do serviço prestado à população e empresas (Decreto-Lei n.º 18/2010).

2.3. Custo-Benefício

O mundo modificou a sua dinâmica e trouxe alterações precisas e profundas no sistema de saúde. Decisões, prioridades e opções, tendo em conta as alternativas de uso de recursos

limitados são uma constante na saúde. A economia da saúde consagra a estrutura e os instrumentos para estudar essas opções, racionalizar e otimizar a alocação desses recursos. A especificidade e desenvolvimento do sector, com o aumento excessivo das despesas e dificuldades de gestão na área da saúde, a todos os níveis, fundamentam completamente os esforços de introduzir as avaliações económicas, na lista da agenda da saúde (Frederico, 2000, Spindel, 2008).

A análise custo-benefício é analisada como uma forma de gerar o tipo de resultados que são concebidos pelo mercado competitivo ideal e esta pode ser aplicada em situações de falha de mercado, os resultados são Pareto-Eficientes (Sugden, 2005).

A ACB usa dados a fim de chegar a conclusões sobre o bem-estar social. A estratégia da escolha do público visualiza a intenção da ACB para identificar decisões que advêm de um processo político idealizado. (Binmore, 1999 cit. por Sugden, 2005).

Na saúde as informações sobre os custos e os benefícios são um pouco inconstantes e imperfeitas, contudo uma visão mais organizada consegue efectuar o enquadramento vantajoso para organizar informação especializada para ajudar os gestores na delineação de políticas concisas.

A avaliação económica é benéfica quando os recursos são escassos, quando existe mais de uma opção e se quer maximizar o benefício por unidade de custo. Este instrumento permite uma adequada avaliação da alteração estrutural que possa levar á melhorias dos serviços, a custos mais baixos.

Esta avaliação económica destaca-se, especialmente, entre economistas e gestores, na medida em que na sua realidade consegue englobar todos os aspectos da eficiência alocativa. É realçado também que o seu cariz único (unidades monetárias) permite comparar os custos e os benefícios de qualquer projecto desenvolvido. Todos os custos e benefícios devem ser incluídos. Os efeitos desta análise são apresentados em benefícios líquidos (benefícios de uma intervenção menos os custos de uma intervenção). Contudo os benefícios são dificilmente quantificáveis em unidades monetárias e até mesmo a transposição de um benefício clínico para unidades monetárias. Os resultados destes tipos de estudo mostram se um determinado plano se dirige para o ganho líquido ou perda líquida. Este tipo de informação é precioso para ajudar na tomada de decisões. Haddix e outros (2003, cit. por Abreu, 2008) referem que o estudo do custo-benefício tem sido menos usado devido a todas essas questões metodológicas (Abreu, 2008; Cunningham, 2001; Freitas, 2005).

Segundo Barati e Tziner (2000) referem que uma análise custo-benefício possibilita aos empregadores, relativamente à utilidade económica, uma estimativa da contribuição de um método particular de intervenção.

O factor mais importante na tomada de decisões é a análise de custo-benefício, quando temos em conta os custos e as implicações das receitas. A avaliação da contribuição é, efectivamente, uma forma de análise marginal ou custo-benefício que é utilizado quando é deparado com opções, como seleccionar, quais os produtos, o que se deve fazer se houver escassez de recursos, ou determinar aceitar ou não uma ordem de venda. Isto significa que temos de considerar os custos e os benefícios directos e indirectos, tanto a preços de mercado como preços sociais. A avaliação financeira de um projecto, pesquisa o retorno dos investimentos tendo em conta a valorização dos custos e dos benefícios a preços do mercado. Assim, são examinados os custos todos (de investimento e operacionais) e receitas, estimados a partir dos preços de mercado, incluindo impostos e subsídios. Por ser uma análise de investimento que envolve um horizonte temporal, os preços devem ser referidos em termos reais. A análise de custo-benefício calcula o benefício social líquido de uma actividade, a preços de mercado, e a sua decisão é bastante precisa na medida em que só é implementado o projecto, se o benefício social líquido deste for maior que zero.

Na sua generalidade, se os benefícios de fazer algo excederem os custos, a deliberação deve seguir em frente e efectuá-lo, contudo muitos benefícios e custos são difíceis de quantificar. Temos o exemplo das horas extraordinárias, que nos custam abdicar de tempo de lazer mas que são feitas para ganhar mais algum dinheiro, contudo é mais complicado quantificar o benefício, menos tangível, de ter o trabalho feito tendo em conta o custo que é sentir-se cansado (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (AESST), 2008; Campos, 2007; Dobes & Bennett, 2009; Drummond, O'Brien, Stoddart & Torrance, 2005; Dutra, 1999; Frederico, 2000; French et al., 2002; Ian, 2009; Siqueira, 1990; Vanni et al., 2009).

O ponto de partida de uma avaliação passa por identificar os custos e a sua quantificação em unidades monetárias. Para a avaliação de custos deve-se ter em conta a especificação dos recursos utilizados, contabilizar as unidades de cada bem ou serviço, conferir valores aos custos.

Esses custos podem ser de vários tipos: custos directos, indirectos, variáveis e intangíveis.

Os custos directos são os pagamentos são efectuados por recursos ou serviços gastos e pagos na execução de determinada operação (ex. salários de pessoal, testes de diagnóstico). Nos custos directos está contemplado o salário dos Terapeutas da Fala - Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) que em início de carreira estão na categoria de Técnicos de 2ª classe que pertencem ao índice 114, cujo valor é 1020,06€ (Circular n.º 1347) a desempenhar funções 35 horas semanais.

Na contratação de qualquer funcionário, o processo trás muitas despesas inerentes a este procedimento, isto é, acarreta despesas com vencimento, descontos para a segurança social e IRS, seguros de acidentes em trabalho, subsídios (alimentação, natal e férias).

Segundo o Decreto-Lei n.º 199/99 de 8 de Junho, a taxa contributiva global do regime geral completa os constituintes que correspondem a cada contingência, estabelecidas, nos termos de legislação própria, por referência ao custo de protecção social de cada uma das casualidades, tendo em consideração as partes que compõem aquele custo: custos técnicos das prestações, administração, solidariedade laboral e políticas activas de emprego e valorização profissional. A taxa contributiva global do regime geral, integra no seu âmbito material contingências de: doença, maternidade, doença profissional, desemprego, invalidez, velhice, morte e encargos familiares. Assim, a taxa contributiva global de regime geral, correspondente às eventualidades acima descritas é de 34,75%, em que 23,75% é efectuada pela entidade patronal e 11% é efectuada pelo trabalhador beneficiário.

Quanto às taxas de retenção na fonte de IRS relativas a 2011, segundo o Despacho n.º 2517-A/2011 do Ministério das Finanças um Terapeuta da Fala, solteiro sem filhos, com uma remuneração ilíquida de 1109,73€ (1020,06 - remuneração base; 89,67€ - Subsídio de almoço a 21 dias) terá de descontar 11% sobre 1020,06€. Quanto ao seguro de acidentes de trabalho este é obrigatório segundo a Lei nº 100/97, de 13 de Setembro de 1997 que estabelece o Regime Jurídico dos Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, posteriormente regulamentada pelo D.L. nº 143/99, de 30 de Abril de 1999, que prevê a reparação dos danos emergentes dos acidentes de trabalho, que segundo uma simulação na seguradora Império Bonança (em 7 de Junho de 2011) um seguro anual é de 168,81 para um técnico de diagnóstico e terapêutica.

O material inicial necessário para a criação de condições mínimas como material de intervenção, cadeiras, mesa, espelho, armário, farda, computador, impressora. Como custos teria também o material de desgaste: luvas, espátulas, espessante, resma, canetas, borracha, lápis, 1 afia, desinfetante, creme, toner, zaragatoas, dossiers, furador, agrafador, agrafos, lápis de cor, que se estimam por um valor aproximado de 5000€ (Cunningham, 2001; Freitas, 2005; Ribau & Rosário, 2001; Souza & Scatena, 2010; Vanni et al, 2009).

Os custos indirectos são recursos perdidos ou ganhos relativos a uma intervenção (ex. os dias de faltas ao serviço, água, electricidade). A electricidade e a água também devem entrar nesta categoria, na medida em que para a electricidade, após um cálculo no simulador da EDP (em 7 de Maio de 2011) onde constavam como consumíveis de energia o computador, impressora, aquecimento eléctrico, electricidade a 100watts, a previsão de consumo é de 20,17€ (149,7Kwh) por mês. Já a água a previsão a utilização de uma média de 8 metros cúbicos (água do lavatório e do autoclismo) o valor do encargo com a água é de 6€ por mês (em 7 de Maio de 2011) (Cunningham, 2001; Freitas, 2005; Ribau & Rosário, 2001; Souza & Scatena, 2010; Vanni et al, 2009).

Os custos de capital são valores suportados por exemplo com investimentos em edifícios.

Os custos intangíveis referem-se a algo que não pode ser vendidos/comprados (ex. o custo da dor). (Cunningham, 2001; Ferreira, 2005; Freitas, 2005; Vanni et al., 2009)

A Direcção - Geral da Política Regional da Comissão Europeia [DGPRCE] (2003) e Ehrlich (1977, cit. por Dutra, 1999) apresentam a relação custo-benefício da seguinte forma:

$$B/C = VA(A) / VA(C)$$

B = Benefícios

C = Custos

VA = Valor actual

Se $C/B > 1$, o projecto é apetecível, dado os benefícios, medidos pelo valor actual dos totais dos benefícios, são maiores que os custos, que são avaliados pelo valor actual dos custos totais. Assim de um modo geral a relação custo-benefício é uma forma interessante de classificar os projectos.

O custo-benefício pretende avaliar a viabilidade económica de projectos sociais dos quais são exemplo os programas de saúde. A análise de custo-benefício de programas sociais consiste na implementação destes com investimento em capital humano, tendo assim como objectivo mostrar que existe relação entre custos totais de cada programa e os benefícios directos e indirectos obtidos.

Nesta análise dos programas de saúde, o custo e o benefício são medidos em termos monetários, possibilitando assim avaliar directamente se os benefícios ultrapassam ou não os custos.

Hirschfeld (1992, cit por. Dutra, 1999) assegura que as características intangíveis das opções de investimentos devem ser tidas em conta para uma avaliação apropriada. A quantificação dessas características não é fácil de se fazer, mas necessária para uma escolha mais justa das opções existentes.

O método de análise custo-benefício tem em conta dois conceitos: a “eficiência técnica” e a “eficiência alocativa”. A primeira aceita como fixo um dado objectivo e apenas se preocupa em atingi-lo com um custo menor. A segunda é servida pela técnica de custo-benefício dos recursos disponíveis, não sendo os seus objectivos pré-determinados porque cada objectivo para ser atingido tem de competir com os outros (AESST, 2008; Dobes & Bennett, 2009; Frederico, 2000; Ian, 2009; Vanni et al., 2009).

O passo inicial da análise custo-benefício consiste na identificação dos custos associados podendo assim encontrar três tipos com determinada decisão médica: custos médicos directos, custos não médicos directos e custos indirectos.

Os primeiros (custos médicos directos) dizem respeito a todos os custos de prestadores de cuidados médicos, estando neles incluídos: análises, exames, o custo de tratamento propriamente dito, os custos do tratamento da rotina e posteriores acompanhamentos.

No que diz respeito aos custos directos não médicos podemos incluir os custos monetários que não estão associados com o pessoal médico tais como: entre outros, os transportes, comida especial.

Finalmente, os custos indirectos são todos os custos não monetários dos tratamentos tais como o tempo gasto e o seu valor.

A concepção de custos da doença remete directamente para a função do sujeito na sociedade. Esta função tem um custo e coloca o problema universal do possível preço da vida humana (Barros, 2005; Serralva, 2000).

Por exemplo, tal como Barros (2005, pp.365) refere “ninguém pensa seriamente em realizar uma análise custo-benefício para determinar o número (e o tipo) de camisas vendidas numa sociedade. Essa decisão é deixada ao “mercado”. O mercado não é uma entidade mágica que resolve tudo, mas um acumular de decisões individuais que origina uma determinada afectação de recursos. No caso das camisas, cada pessoa avalia o benefício (marginal) de comprar uma camisa, compara-o com o custo (marginal) de adquirir, e decidir ou não comprá-la. Qualquer análise de custo-benefício adicional seria desperdício de tempo”.

Oxenburgh (1997, cit. Por Dutra, 1999) assegura que a análise custo-benefício (ACB) pode ser aplicada para descrever, em termos financeiros, os benefícios da saúde, da produtividade e da qualidade oferecidos por boas condições de trabalho. A análise pode ser utilizada para mostrar os benefícios após a execução das alterações nas condições de trabalho ou para fundamentar os gastos com as mudanças. A ACB pode ser usada também como análise de sensibilidade para encontrar custos altos com acidentes ou com baixa produtividade.

No que respeita aos custos obtidos da prestação de serviços estes podem ser obtidos através dos Grupos de Diagnóstico Homogénios (GDH), que são um sistema de codificação de doentes agudos internados que possibilita descrever, funcionalmente, os produtos em hospitais. Foram implementados em 1984, através de um estudo piloto a fim de medir a produção hospitalar do internamento. Como o resultado do estudo foi positivo, decidiram implementar este sistema em todos os hospitais de agudos do SNS. Através da aplicação dos GDH foi possível, em Portugal, o desenvolvimento de financiamento prospectivo, através do qual os hospitais obtêm a informação sobre o valor orçamental que irão receber com base numa previsão de

doentes a serem tratados. Desde que se começou a utilizar os GDH efectua-se relatórios de retorno anuais para os hospitais, cuja informação disponível auxilia a avaliação de desempenho sistemática do hospital. Em 2008, segundo Semana Médica (2010), os ACSS pretendiam alargar os GDH aos centros de saúde, contudo, teriam de efectuar, primeiro, estudos para saber se esta aplicação é a adequada. Na prática a adopção deste tipo de codificação são os meios existentes para mostrar os benefícios/productividade dos técnicos. Os GDH têm sofrido quase que anualmente uma reformulação/reestruturação/revisão dos procedimentos incluídos na legislação. A tabela de procedimentos dos GDH em vigor é a Portaria n.º 839-A/2009 de 31 de Julho de 2009, onde constam os códigos utilizados em Terapia da Fala, na tabela de Medicina Física e de Reabilitação - Tabela 1 com o respectivo preço de utilização.

Tabela 1 - Códigos dos procedimentos da Tabela de Medicina Física e de Reabilitação

Código	Designação	Preço (euros)
Terapia da Fala		
61061	Terapia da fala	8,90
61190	Reeducação da linguagem	8,90
61191	Reeducação da articulação verbal	8,90
61192	Reeducação da fonação	8,90
61061	Qualquer dos códigos de terapia da fala em grupo	4,70

Fonte: Portaria n.º 839-A/2009 de 31 de Julho de 2009

Comparando os preços praticados no SNS relativamente à prática clínica em instituições privadas, neste último sector as tabelas de valores recomendadas pela Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (s.d.) para sessões de Terapia da Fala são mais elevadas situando-se entre os 35€ e os 45€ por sessão.

Contudo, é importante salientar que na realidade os GDH foram criados para codificações de procedimentos ao nível de internamento e os cuidados prestados nos CSP são serviços de ambulatório, mas como ainda não existe legislação em vigor sobre a utilização dos Grupos de Doentes em Ambulatório (GDA) em Portugal. Os cuidados em ambulatório estabelecem hoje um papel relevante nos cuidados de saúde, onde o desenvolvimento de sistemas de classificação de doentes e de avaliação da produção ainda estão numa etapa inicial.

Actualmente, os GDA permitem uma forma funcional de expor os produtos do ambulatório, pois possibilita a descrição de todos os serviços prestados aos doentes, tendo um número limitado de serviços, num total de 297 tipos. (Bentes e Urbano, 1992; Tribunal de contas e Lopes, 2000).

A aplicação de taxas moderadoras é uma forma de racionalizar e regular o acesso aos cuidados de saúde, possibilitando também a utilização do princípio da justiça social no SNS e neste estudo são vistas como benefícios (Lei n.º 40/1990). Estas são revistas anualmente e segundo a Portaria n.º 34/2009 de 15 de Janeiro a taxa moderadora a ser paga pelos serviços

de técnicas de diagnóstico, em medicina física e de reabilitação é de 1,10€ (código 107). Contudo é de salientar os Decreto-Lei n.º 173/2003 de 1 de Agosto, n.º 201/2007 de 24 de Maio e o n.º 38/2010 de 20 de Abril vieram regular as isenções no pagamento destas taxas, como por exemplo: crianças até aos 12 anos inclusive; trabalhadores por conta de outrem que recebam rendimento mensal, não superior ao salário mínimo, seus cônjuges e descendentes menores, desde que dependentes; insuficientes renais crónicos, diabéticos, parkinsónicos entre outros. Estas taxas recolhidas pelas unidades de saúde são lucros para a entidade que presta o serviço.

Muitos utentes, devido à incapacidade de resposta dos centros de saúde em certas especialidades, necessitam de se deslocar para unidades hospitalares ou clínicas convencionadas, para poderem usufruir desses serviços, nomeadamente de reabilitação. Assim, os custos de transporte (de ambulância), quando os utentes têm incapacidade de se deslocar autonomamente para essas unidades, ficam a cargo do centro de saúde. Segundo o Despacho n.º 6303/2010 de 31 de Março de 2010 o preço por quilómetro estabelecido é de 0,48€, começando a ser contabilizado a partir do momento que a ambulância sai do quartel dos bombeiros para efectuar o serviço.

2.4 - Gestão Organizacional e Recursos Humanos

A mudança organizacional é um conjunto de medidas necessárias adoptadas para a melhoria do estado da organização para um suporte ao desenvolvimento estratégico da mesma. Esta possui uma missão e uma identidade adequada face ao exterior.

Estas mudanças podem significar alterações de raiz ou superficiais, na medida em que podem ser efectuadas apenas pequenas melhorias a fim de aprimorar o sistema actual, tornando-o mais racional, ou pode introduzir novas soluções, tendo em conta as lacunas, no contexto organizacional concreto (Neves, 2002).

As abordagens clássicas têm, ainda hoje, uma grande influência na forma como as organizações actuam. Com o objectivo de melhorar a produtividade, essas abordagens burocráticas dividem o trabalho. Uma das mais relevantes abordagem é a administração científica de Taylor (Almeida 2005; Caravantes, 1998; Fernandes, 1999; Gonçalves, 1998; Paladini, 1998; Neves, 2002) no qual tem o ideal de dar um carácter científico à nova forma de agir da organização.

Segundo Hall (1984), nessas organizações a fragmentação do trabalho é rigorosa e especializada. As organizações pretendem manter a eficácia e aumentar a eficiência, apertando a liberdade de actuação dos trabalhadores através da fiscalização de actividades pelos seus supervisores. O tributo social mais relevante a essa teoria foi elaborado por Max Weber (Almeida, 2005; Cavarantes, 1998) que observou os paralelos entre a mecanização da indústria e proliferação de formas burocráticas de organização.

A Administração Pública necessita fortemente de uma adaptação recorrente das suas organizações devido às exigências e críticas constantes da sociedade, obrigando a um funcionamento eficaz, rápido e eficiente, capaz de resolver os problemas e não complicar a vida dos utentes.

Os projectos de melhoria podem ter diferentes focagens mediante o objecto de actuação e o seu âmbito. Eles podem recair sobre uma dimensão organizacional, um processo de trabalho ou um serviço, consoante as dificuldades encontradas ou causas dos mesmos (Neves, 2002).

Londoño et al. (2000) dizem que as necessidades de pessoal nas organizações são visíveis, tendo em conta os pedidos insistentes dos chefes de diferentes departamentos. Contudo afirmam ser necessário estabelecer prioridades de necessidades de pessoal, as funções que devem realizar, a sua qualificação e as suas características individuais para não comprometer o seu trabalho. A melhor forma de recrutamento, baseia-se na racionalização e na experiência de especialistas na matéria, sendo necessária a prévia caracterização do perfil do candidato para o desempenho dessas funções.

A previsão das necessidades de recrutamento de pessoal possibilita um maior tempo para a procura de um funcionário para esse cargo.

De acordo com as empresas, o nível de iniciativa para criação de novos postos de trabalho é, razoavelmente, descentralizado. A análise da pertinência do pedido de recrutamento é efectuada pela Direcção de Recursos Humanos ou por um serviço de controlo de gestão (Peretti, 2004).

Na realidade, e actualmente, conclui-se que o modelo de gestão empresarial é o que mais progrediu na sociedade ocidental e as principais razões são as seguintes:

- Elevada flexibilidade que permite a utilização de diferentes tipos de organização (ex: centralizada e descentralizada).
- Modelos de decisão pouco condicionados (nem dogmas, nem ideais).
- Objectivos e resultados como factores de dinamização (Almeida, 2005).

Capítulo III

3. Metodologia de Investigação

A metodologia é um método característico da aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas às questões (Rodrigues, 2005 citado por Lavaredas, 2010).

Bervin et al. (1996 citado por Pontinha, 2008) afirma que a metodologia é um conjunto de passos a investigar e dos instrumentos que conduzem aos resultados, sendo assim a maneira como se elabora um trabalho em função dos objectivos que se pretendem alcançar.

Para Almeida e Pinto (1995 citados por Almeida, 2002) são conjuntos de procedimentos bem delimitados e transmissíveis, decididos para uma determinada obtenção de resultados na recolha e tratamento da informação pretendida pelo acto de investigação. Para cada investigação específica será necessário escolher as técnicas ajustadas, controlar a sua aplicação e integrar os resultados obtidos. A metodologia será então a estrutura crítica das práticas de investigação.

Após a fundamentação teórica, que permitiu uma compreensão do tema em estudo, desenvolvimento do conhecimento, apresenta-se neste capítulo o estudo empírico relativamente à problemática em questão, o qual inclui a conceptualização, a formulação de hipóteses e variáveis, a amostra, o instrumento de recolha de informação, os procedimentos de recolha, o tratamento e a análise dos dados. Apresenta-se e analisa-se, ainda, a caracterização da amostra, testes e análise de hipóteses.

3.1 - Tipo de estudo

O estudo efectuado é um estudo de caso, com metodologia quantitativa.

O estudo de caso resume-se a uma investigação de uma organização ou de um agregado a fim de responder às pesquisas sobre um determinado facto ou caso e usado para fornecer informação sobre os factos de uma determinada entidade. São complementares as diversas fontes de recolha de informação. No estudo de caso quanto maior for o número de pesquisa, mais enriquecida fica a investigação (Barañano, 2008; Reis, 2010). Neste trabalho, o caso em estudo são os Agrupamentos de Centros de Saúde da Grande Lisboa, mais propriamente, os de Loures, Vila Franca de Xira e Odivelas.

Este estudo também é descritivo-exploratório na medida em que se descobrem e ilustram conceitos em que existe pouca informação bibliográfica (Fortin, 1999).

Segundo Fortin (2009), o estudo é descritivo porque descreve uma situação e/ou contexto real sobre uma determinada organização que, na presente investigação, são os centros de saúde. É exploratório na medida em que não existe nenhum estudo sobre esta temática.

Fortin (1999) refere que a maioria dos estudos descritivos resume-se a caracterizar factos pelos interesses de alguém. O estudo de caso é algo que tenta pesquisar algo mais profundo sobre uma organização. Este tipo de estudo permite aumentar o conhecimento sobre determinado tema e pode ter como principais finalidades a elaboração de novas hipóteses ou servir para estudar o efeito de uma mudança numa organização (Bogdan & Biklen, 1994; Robert, 1998 cit. por Fortin, 1999). Fortin (2009) refere que o estudo de caso baseia-se no exame pormenorizado e completo de um facto ligado a uma entidade social. Refere ainda que é apropriado quando se tem poucas informações sobre o acontecimento ou fenómeno considerado (Yin, 2003 citado por Fortin, 2009).

Este estudo é quantitativo na medida em que pretende saber os custos e benefícios que posteriormente poderão ser apresentados com a ajuda de quadros e de gráficos para permitir uma melhor leitura visual (Fortin, 1999).

Este estudo é transversal porque o fenómeno em pesquisa (sinalização de utentes que necessitem de terapia da fala) foi obtido durante um período de colheita de dados, mais especificamente durante o período de 4 de Abril a 30 de Maio. Segundo Fortin (2009) o estudo transversal baseia-se no exame simultâneo de um ou vários cohortes da população num tempo estabelecido, possuindo correspondência com um facto presente no momento da investigação.

3.2. Contexto organizacional do estudo

Segundo a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2009) na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo foram criados 22 Agrupamentos dispostos por 5 sub-regiões: Grande Lisboa, Península de Setúbal, Oeste, Médio Tejo e Lezíria do Tejo. A população abrangida por cada ACES tem correspondência com a densidade populacional e outros factores demográficos, onde é maior em regiões de maior densidade e vice-versa.

O estudo em questão centra-se nos ACES da Grande Lisboa, dos quais fazem parte 12 agrupamentos, que são: Lisboa Norte, Lisboa Oriental, Lisboa Central, Sintra - Mafra, Cacém - Queluz, Cascais, Loures, Oeiras, Odivelas, Algueirão - Rio de Mouro, Vila Franca e Amadora. Desses 12 agrupamentos fazem parte 38 centros de saúde (extensões). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2010), a densidade populacional na Grande Lisboa, em 2009, era de 1477,8 habitantes por quilómetro quadrado.

Assim, em 30 de Novembro de 2010 existiam 2.376.649 utentes inscritos nos ACES da grande Lisboa, estando distribuídos da seguinte forma:

Tabela 2 - Utentes inscritos nas ACES da Grande Lisboa

	ACES	Utentes Inscritos a 30-11-2010
I	Lisboa Norte	269.402
II	Lisboa Oriental	211.843
III	Lisboa Central	234.490
IV	Oeiras	211.774
V	Odivelas	167858
VI	Loures	222.014
VII	Amadora	206.553
VIII	Sintra - Mafra	147.890
IX	Algueirão - Rio de Mouro	121.753
X	Cacém - Queluz	211.111
XI	Cascais	230.076
XII	Vila Franca de Xira	141.885
	TOTAL	2.376.649

Fonte: ARSLVT (2010)

3.3 - Variáveis do estudo:

As variáveis de estudo podem ser classificadas de acordo com a investigação (Fortin, 2009). São atributos, propriedades ou especificidades de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação (Fortin, 1999). Sampieri et al. (2006 citado por Torcato, 2009) refere que as variáveis são uma propriedade que pode ser medida ou observada.

3.3.1. Variável atributo:

As variáveis de investigação do estudo são os utentes dos agrupamentos de centros de saúde da grande Lisboa que necessitem de Terapia da Fala. As variáveis de atributo são características pré-existentes dos indivíduos que participam no estudo, onde os seus dados demográficos são analisados no fim do estudo a fim de ser traçado um perfil demográfico das características da amostra (Fortin, 2009).

3.4. Hipóteses

Para enunciar hipóteses para serem aferidas pela execução, é necessário que os instrumentos estejam apropriados e validados tendo em conta questões de pesquisa-acção, na pesquisa do presente sistema de saúde (Esteve, 1989 citado por Aperta, 2009). Segundo Polit et al. (2004, citado por Torcato, 2009), uma hipótese é uma conjectura do investigador da relação que espera deparar, prevendo como as variáveis se vão relacionar. Fortin (2009) acrescenta que as hipóteses são passíveis de uma confirmação empírica. Estas devem ser formuladas de forma clara, aferíveis, aceitáveis e que assentem em pressupostos teóricos. Para Sampieri et

al. (2006, citado por Franganito, 2010) as hipóteses são orientações para uma investigação, que apontam o que estamos a tentar demonstrar e definem-se como ensaios de justificações do fenómeno pesquisado, formuladas como proposições. As hipóteses são o centro, o núcleo ou a essência do método dedutivo quantitativo.

De acordo com o problema em estudo, enunciámos as seguintes hipóteses:

H(1): Existe um grande número de utentes que necessitam de tratamentos de Terapia da fala nos CSP da área da Grande Lisboa.

H(2) : Os encaminhamentos dos utentes para convencionados para tratamentos em Terapia da Fala são elevados.

H(3): Os custos da contratação Terapeutas da fala pelo SNS são compensados positivamente pelos benefícios.

H(4): Os benefícios de usufruir de Terapia da Fala nos CSP são maiores para os utentes do que para o SNS.

A formulação de hipóteses possibilitou-nos inter-relacionar as variáveis, aprofundando o estudo sobre o custo-benefício do Terapeuta da Fala nos Cuidados de Saúde Primários. Neste contexto, foi necessário recorrer a técnicas de inferência estatística, que apresentaremos mais à frente.

3.5. Instrumento de recolha de dados

Barañano (2008), Dutra (1999) e Fortin (1999) indicam que o estudo de caso baseia-se em documentos (processos clínicos), questionários e entrevistas. Este tipo de estudos propõem-se apreender, o mais possível, sobre o assunto em estudo para poder difundir toda a sua complexidade de uma forma descritiva.

Segundo Fortin (2009), no instante da escolha do método de recolha da amostra é necessário procurar um instrumento que vá de encontro com as definições conceptuais das variáveis que são parte integrante do quadro conceptual e teórico.

As informações de uma investigação, segundo Polit et al. (2004, citado por Martins, 2009) são dados alcançados durante um estudo. No caso do estudo quantitativo, o investigador identifica as variáveis de interesse, incrementa as definições operacionais destas e, posteriormente, recolhe os dados importantes dos indivíduos. As variáveis podem adoptar diferentes valores, visto que podem variar.

Deste modo, tendo por base os propósitos atrás referidos, foi elaborado um questionário constituído por 2 partes, que visam facultar todas as informações pertinentes para o nosso estudo e que passamos a descrever.

3.5.1 Apresentação do modelo do questionário

Tal como Hill e Hill (2005) referem, a opção do instrumento tem em conta as variáveis e a sua operacionalização, visando determinados factores, sobretudo os objectivos do estudo quer a nível de conhecimentos que o pesquisador tem sobre as variáveis, como da oportunidade de obter medidas adequadas às descrições conceptuais, da fidelidade e da validade dos instrumentos de medida.

Para este estudo e tendo em conta a heterogeneidade da população, as vantagens e desvantagens dos possíveis instrumentos, permitindo o anonimato e diminuição de desperdício de tempo, a nossa selecção recaiu pelo questionário.

Para Fortin (2009) o questionário é uma ferramenta de recolha de dados que impõe ao participante respostas escritas a um conjunto de questões. O questionário, tem por objectivo recolher informação sobre factos de determinados casos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões. Os questionários podem ser construídos por perguntas abertas e fechadas, como é o caso do instrumento deste estudo.

Foi elaborado um questionário com uma parte de caracterização da amostra e outra com questões para levantamento de dados importantes para o estudo, tendo por base os seus objectivos.

O instrumento de recolha de dados deste estudo (anexo I) foi feito tendo em conta a natureza das variáveis e as características dos indivíduos da amostra.

No questionário, são recolhidos alguns dados que auxiliam na caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra, respectivamente: Centro de saúde, género, data de nascimento, estado civil, freguesia de residência, etiologia da doença, diagnóstico clínico, alterações observadas, quem encaminhou, local de encaminhamento, tempo e tipo de resposta.

A avaliação das informações foi efectuada através da colocação de 12 questões de resposta aberta e fechada, operacionalizadas da seguinte forma:

- Centro de saúde - pergunta aberta que pretende saber qual a proveniência do utente relativamente à unidade de saúde a que pertence.
- Género - pergunta fechada, dicotómica com duas hipóteses de resposta: feminino e masculino.
- Data de nascimento - pergunta aberta, definida em dia, mês e ano.
- Estado civil - pergunta fechada, múltipla, com opções de resposta: solteiro, casado, união de facto, viúvo, divorciado.

- Freguesia de residência - pergunta aberta, em que se pretende descrever as freguesias dos utentes dos centros de saúde.
- Etiologia - pergunta aberta, para tentar perceber quais os factores que podem levar às alterações apresentadas pelos utentes.
- Diagnóstico clínico - pergunta aberta, para tentar perceber as alterações observadas e o tipo de utente que aparece.
- Alterações observadas - perguntas mistas, múltipla, com opções de resposta: voz, fala, linguagem, deglutição, fluência, comunicação e outros, em que se pretendia que assinalassem todas as alterações observadas nos utentes. Poderiam ser escolhidas mais que uma resposta nesta pergunta.
- Quem encaminha - pergunta aberta, em que se pretende saber quem encaminha o utente para Terapia da Fala.
- Local de encaminhamento - pergunta aberta, em que se pretende saber o local exacto do encaminhamento, para se cruzar com a variável no caso de ter transporte de ambulância afim de saber os quilómetros pagos pela Administração Regional de Saúde.
- Tempo de resposta - pergunta aberta, em que se pretende saber o tempo de resposta do Serviço Nacional de Saúde para o utente usufruir de Terapia da Fala.
- Tipo de resposta - pergunta aberta, em que se pretende saber se foi dada a resposta positiva ou não ao utente.

3.5.2. Pré-teste

Foi efectuado um pré-teste de forma a medir a validade de construção e conteúdo, isto é, confirmar na prática se as perguntas elaboradas produziam respostas que iam de encontro aos objectivos do estudo. O pré-teste é normalmente definido como uma versão mais sucinta do estudo (Burns & Grove, 1993 citados por Ferreira, 2005), sendo uma simulação preliminar, com o objectivo de mostrar o maior número de aspectos susceptíveis de inferir na validade dos resultados da investigação ou na possibilidade de enfiamento.

Para esse feito foram realizadas 4 entrevistas a médicos de família dos ACES da Grande Lisboa, sendo o tipo de amostra por conveniência. A abordagem aos participantes foi directa e pessoal, não tendo sido utilizada carta de apresentação. Quanto ao tempo dispendido para responder ao questionário pode constatar-se que a média do mesmo se situou em 2 minutos o que se achou considerável e concluiu-se que o instrumento estava correctamente elaborado e compreensível, podendo-se assim avançar com os questionários.

Segundo Lopes (2011), a construção do questionário deve ser feita com base na definição do problema e no quadro teórico de referência, tendo de compreender as seguintes etapas: pormenorização dos dados a recolher, definição do conteúdo e contexto das perguntas, definição da forma de resposta, aplicação de um questionário em pré-teste a uma pequena amostra, o trabalho de campo e a análise e apresentação de resultados.

3.6. Caracterização da população e amostra

Dado que anteriormente já foi definido o problema em estudo e depois de ter sido fundamentado pela literatura prossegue-se à caracterização da população, estabelecendo critérios de inclusão para o estudo, elege-se a amostra e propõe-se o seu tamanho.

Segundo Hill e Hill (2008) chama-se população ou universo ao conjunto total dos acontecimentos sobre os quais se deseja extrair conclusões.

Fortin (2009) e Sampieri et al. (2006 citado por Martins, 2009) distinguem população alvo da acessível. A população alvo é constituída por elementos que satisfazem os critérios de apuramento definidos previamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações. A população acessível é estabelecida pela parcela de população alvo a que o investigador consegue chegar, apresentando diferenças no que diz respeito a uma ou várias características e normalmente é limitada a uma região, hospital, entre outros. A população alvo, não é fácil estar acessível no seu todo pelo que a população acessível deve ser representativa desta.

Segundo Hicks (2006), a amostra tem que ser representativa da população da qual é retirada, caso contrário, vai condicionar a generalização ao resto da população, o que pode influenciar os resultados obtidos.

A população foi constituída pelos os utentes dos Agrupamentos de Centros de Saúde da Grande Lisboa.

A amostra do estudo foi recolhida a partir de dados relativos a 77 utentes dos Agrupamentos de Centros de Saúde da Grande Lisboa (Odivelas, Loures e Vila Franca de Xira), mais propriamente dos Centros de saúde de: Unidade Funcional de Nampula e da Pontinha; Unidade de Saúde Familiar (USF) Loures Saudável, USF Parque da Cidade, USF ARS Médica, Extensões de saúde de Lousa e de Bucelas, Extensão de Saúde do Prior Velho, de Sacavém, Unidade de Saúde Familiar Travessa da Saúde; Unidade de Saúde de Alverca do Ribatejo.

A técnica de amostragem deste estudo é não probabilística, por conveniência na medida em que o local de recolha de amostra foi escolhido devido à sua localização geográfica, com critérios de inclusão.

A amostra, por conveniência, é composta por indivíduos que são de fácil acesso e que respondam a critérios de inclusão precisos (Carmo & Ferreira, 1998; Fortin, 2009). Polit et al.

(2004, citado por Franganito, 2010) refere que este tipo de amostragem possibilita ao investigador escolher, intencionalmente, uma panóplia de possíveis respondentes maior, ou pode também escolher os indivíduos com características da população em questão, ou principalmente perito nas questões que estão a ser estudadas.

3.7 Procedimentos éticos e legais na recolha de dados

Segundo Serrano (1996), “o material é tudo o que se utiliza para concretizar uma investigação. O método é o modo de como é usado o material ao longo do processo de investigação. (...) A metodologia é geralmente apresentada pela ordem cronológica da sua aplicação”.

Foi efectuada uma pesquisa bibliográfica em várias bases de dados (Proquest, Springlink, Social Science Electronic Publishing, Pubmed, B-on, google académicos, Sielo, Informaworld, Lilacs, Sienccedirect, Doaj), tendo em vista recolher informações sobre as temáticas em estudo com as seguintes palavras-chave: custo-benefício, custo-benefício na saúde, análise económica, análise custo-benefício, cost-benefit, cost-benefit in health, primary health care, cost-benefit analysis, cuidados de saúde primários, teoria organizacional, recursos humanos, terapia da fala.

Após este estudo ser autorizado pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (Anexo 2), onde previamente se explica os objectivos, métodos e benefícios do estudo para a sociedade, foram efectuados os mesmos procedimentos dirigidos aos Directores executivos dos Agrupamentos de Centros de saúde (Anexo 3).

De entre os pedidos de autorização efectuados 12 ACES da Grande Lisboa, quer por carta quer entregue pessoalmente, quatro responderam negativamente (Sintra-Mafra, Algueirão-Rio de Mouro, Oeiras e Lisboa Norte), três responderam positivamente (Vila Franca de Xira, Loures e Odivelas) e cinco não deram resposta ao mesmo (Lisboa Ocidental, Lisboa Central, Amadora, Cacém-Queluz e Cascais).

O pedido de autorização para aplicação do instrumento de recolha de informação, que permitisse a realização do estudo foi feito no ACES de Loures antes da sua aprovação, tendo sido realizada uma entrevista prévia com a Directora Clínica, durante a qual foram transmitidos os objectivos e motivação para a execução deste estudo, solicitando a sua cooperação na divulgação pelos colegas. Assumiu-se, também, neste contacto o compromisso de garantia de anonimato dos inquiridos, confidencialidade das respostas e disponibilização dos resultados.

O estudo decorreu nos centros de saúde de Alverca, Odivelas, Lousa, Bucelas, Tojal, Santa Iria da Azóia, Camarate, Sacavém, Apelação, Unhos, São João da Talha, Prior Velho, USF ARS médica, Loures Saudável, Parque da Cidade, USF Tejo.

Inicialmente entrou-se em contacto, pessoalmente, com os médicos coordenadores dos centros de saúde onde se explicou os objectivos do estudo e procedimentos do mesmo. Pediu-se também a colaboração dos médicos de família, para aplicação do questionário e do consentimento informado (Anexo 4) a cada utente que necessitasse de Terapia da Fala, entregando a estes, pastas que continham a carta de apresentação do estudo (Anexo 5), os questionários e o consentimento informado.

De entre os Centros de Saúde acima referidos, apenas conseguimos recolher amostra das unidades de: Camarate, USF Tejo, Prior Velho, USF Loures Saudável, USF Parque da Cidade, USF ARS Médica, Lousa, Bucelas Alverca e Odivelas. Nos restantes centros de saúde, as pastas recolhidas não vinham preenchidas por não terem aparecido utentes que necessitassem de Terapia da Fala no período de recolha da amostra, ou pela falta de colaboração dos médicos.

Posteriormente, foram recolhidas as respectivas pastas com a amostra, junto dos coordenadores de cada centro de saúde.

A recolha da amostra foi efectuada entre dia 1 de Abril a 31 de Maio de 2011.

Os dados foram codificados, de forma a garantir o anonimato de todos os participantes do estudo e posteriormente inseridos na base de dados.

3.8. Tratamento dos dados

Como tratamento estatístico, escolheu-se um método misto para a análise dos resultados, com duas componentes distintas: uma componente quantitativa e uma qualitativa.

Na componente quantitativa, após a recolha, organização, codificação dos dados, foram inseridos no Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 17.0 para o Windows, para ser possível afirmar a existência de significância estatística na amostra e também uma análise de estatística descritiva: moda, dado que as variáveis são de carácter nominal.

Segundo Fortin (2009) a análise descritiva dos dados é o modo como o pesquisador sintetiza um conjunto de dados brutos com o auxílio de testes estatísticos. Esta tem como objectivo descrever as características da amostra e responder aos objectos de investigação. Todos os estudos utilizam sempre a estatística descritiva, para descrever características da amostra recolhida. Os dados podem ser classificados de três maneiras: as distribuições, as medidas de tendência central e as medidas de dispersão.

Quanto à componente qualitativa, apresenta-se uma possível leitura das tendências e análise possível das respostas apresentadas. Esta vertente qualitativa destina-se, sobretudo, a analisar as perguntas abertas e a orientação predominante para a sua justificação. Após a recolha dos dados, procurou-se reuni-los em classes tendo como objectivo estabelecer relações entre os componentes em estudo. A análise de conteúdo das perguntas abertas,

efectuou-se através da criação de uma grelha (idealizada para o tratamento destes dados), onde foram identificados os conteúdos relatados pelos sujeitos, criando assim categorias. A análise de conteúdo, tem como primeiro objectivo dar, por síntese, uma representação simplificada de informação em bruto, tendo alguns princípios básicos que devem ser tidos em conta como: a exclusão mútua, a homogeneidade, a pertinência, a objectividade e a fidelidade e, por fim, a produtividade (Bardin, 2008).

Posteriormente, calculou-se os benefícios e custos decorrentes dos dados recolhidos pelo questionário, que serão apresentados através de estimativas de cálculos financeiros.

Capítulo IV

4 - Apresentação e Análise dos Resultados

4.1. Análise quantitativa e qualitativa dos dados

A análise dos dados deste estudo é efectuada com base em métodos de estatística descritiva (medidas de localização, de dispersão).

Com recurso à análise descritiva, pretendemos identificar: características sócio-económicas dos utentes dos ACES da Grande Lisboa; número de utentes sinalizados para Terapia da Fala, nas extensões de centros de saúde; as alterações mais observadas nos utentes que necessitam de Terapia da Fala e número de utentes que beneficiam de transporte de ambulância.

Relativamente à análise qualitativa, esta pretende analisar os dados do questionário que correspondam às perguntas abertas; para analisar tais questões foi necessário recorrer-se à análise de conteúdo.

4.2. Caracterização socio-demográfica da amostra e estimativa de cálculos

Após a colheita da informação, com recurso ao questionário, torna-se imprescindível apresentar e analisar os dados obtidos e discuti-los. Para tal, recorreu-se a quadros e gráficos para que a informação disponível se torne mais perceptível e de fácil leitura.

Da análise efectuada começou-se por apresentar os resultados que permite caracterizar sócio-demográfica da nossa amostra.

Neste estudo descritivo, como podemos constatar, a amostra acessível foi apenas de 77 utentes que necessitam de Terapia da Fala nos CSP da área da Grande Lisboa. É de salientar que devido ao facto da amostra ser tão pequena, estes dados são meramente indicativos, pelo que este resultado não foi alvo de análise estatística.

Assim, conforme podemos aferir no gráfico 1, existe uma ligeira assimetria na distribuição da amostra conforme o género; 47 dos inquiridos são do sexo masculino e 30 do sexo feminino.

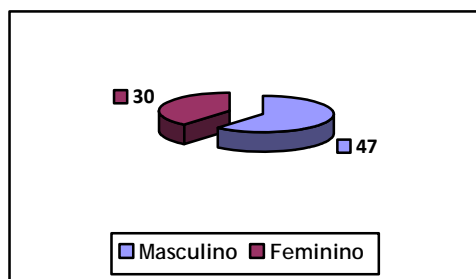


Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo o género.

Fonte: Elaboração efectuada pela própria (2011)

Quanto ao estado civil da amostra deste estudo a maioria dos inquiridos (81%) é solteiro, seguido de 13% de indivíduos casados, 5% viúvos e apenas 1% vive em união de facto, tal como se pode constatar no gráfico 2.

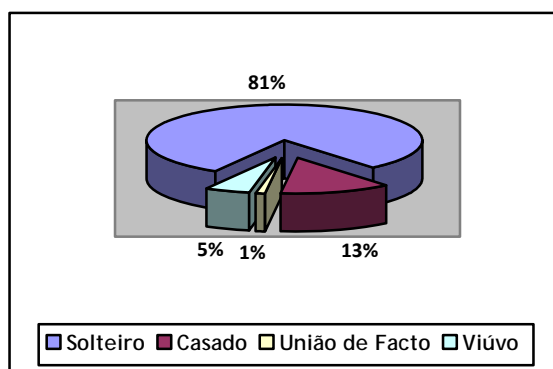


Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo o estado civil

Fonte: Elaboração efectuada pela própria (2011)

No que respeita a idade dos indivíduos, esta distribui-se entre os 3 e os 88 anos de idade, sendo que a média de idades é de aproximadamente 20 anos (20,35) e o desvio padrão, próximo dos 27 anos (26,568). De forma a ilustrar, mais claramente esta variável é apresentado o gráfico 3, em que optámos por criar várias categorias ou intervalos de idade definindo de 12 em 12 anos.

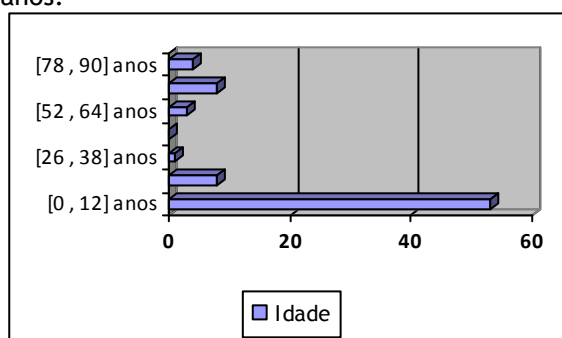


Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo a idade

Fonte: Elaboração efectuada pela própria (2011)

Como podemos verificar no gráfico 4, no que respeita à sinalização de utentes que necessitem de terapia da fala, a maioria dos inquiridos provém do Agrupamento de Centros de Saúde de Loures (43%).

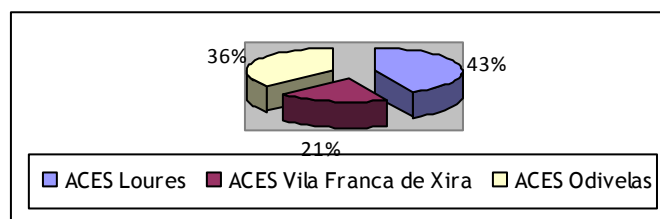


Gráfico 4 - Distribuição de utentes inquiridos por ACES

Fonte: Elaboração efectuada pela própria (2011)

No que respeita ao cruzamento de dados entre ACES e as suas unidades de saúde, podemos constatar através da tabela 1 que se encontram distribuídos no ACES de Vila Franca somente pela Unidade de Saúde de Alverca (20,8%), no ACES Odivelas pela U.F. Nampula (26%) e pela U.F. Pontinha (10,4%), no ACES de Loures pela USF Travessa da Saúde (14,5%), pela USF Loures Saudável (9,1%), pela USF Tejo (5,2%) assim como pela USF Parque da cidade (5,2%), pela U.S. Bucelas (3,9%), pela E.S. Prior Velho (2,6%), pela E.S. Lousa (1,3%) e pela USF ARS Médica (1,3%), conforme pode ser observado pela tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos utentes por ACES e respectivos Centros de Saúde

Centros de Saúde	ACES Vila Franca de Xira		ACES Odivelas		ACES Loures	
	N	%	N	%	N	%
U. S. Alverca do Ribatejo	16	20,8	-	-	-	-
U.F. Nampula	-	-	20	26	-	-
U.F. Pontinha	-	-	8	10,4	-	-
USF Loures Saudável	-	-	-	-	7	9,1
USF Parque da Cidade	-	-	-	-	4	5,2
E.S. Bucelas	-	-	-	-	3	3,9
E.S. Lousa	-	-	-	-	1	1,3
E.S. Prior Velho	-	-	-	-	2	2,6
USF Travessa da Saúde	-	-	-	-	11	14,3
USF Tejo	-	-	-	-	4	5,2
USF ARS Médica	-	-	-	-	1	1,3
Total Parcial	16	20,8	28	36,4	33	42,9
Total	N = 77; % = 100					

Fonte: Elaboração efectuada pela própria (2011)

No que respeita às alterações observadas na amostra a moda é de os utentes terem alterações na somente linguagem, na articulação, ou na linguagem e articulação, conforme podemos observar na tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição das alterações observadas

Alterações Observadas	N	%
Linguagem e articulação	17	22,1
Linguagem	16	20,8
Articulação	13	16,9
Linguagem e comunicação	4	5,2
Comunicação	3	3,9
Articulação e fluência	3	3,9
Fluência	2	2,6
Articulação, linguagem, fluência e comunicação	2	2,6
Articulação e voz	2	2,6
Articulação, fluência e linguagem	2	2,6
Voz	2	2,6
Voz, linguagem e comunicação	2	2,6
Voz, articulação e deglutição	2	2,6
Articulação, deglutição, linguagem, comunicação e fluência	1	1,3
Linguagem e deglutição	1	1,3
Linguagem, articulação, deglutição e voz	1	1,3
Voz, articulação, deglutição e comunicação	1	1,3
Articulação, linguagem e comunicação	1	1,3
Comunicação e fluência	1	1,3
Linguagem, comunicação e fluência	1	1,3
Total	77	100

Fonte: Elaboração efectuada pela própria (2011)

Quanto ao direito de transporte em ambulância para efectuar o tratamento nas clínicas convencionadas, apenas 6 utentes usufruem do mesmo através do SNS, sendo que os restantes 71 têm de se deslocar pelos seus próprios meios, tal como pode ser observado no gráfico 5.

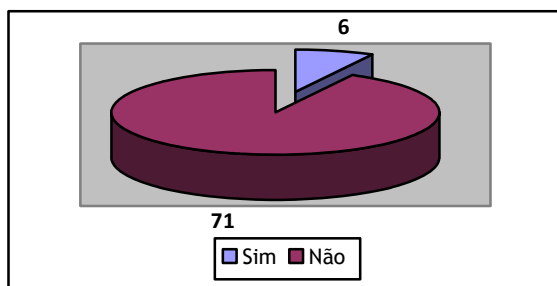


Gráfico 5 - Distribuição da amostra por transporte em ambulância

Fonte: Elaboração efectuada pela própria (2011)

Relativamente à componente qualitativa do questionário pode-se observar que 33 dos inquiridos não respondeu à questão da freguesia de residência, 15 residiam na freguesia de Alverca, 8 em Loures, 3 em Moscavide, 2 no Prior Velho, 2 em Odivelas, 2 em Camarate, 2 em Santo Antão do Tojal, 2 em Bucelas, e, respectivamente 1 no Forte da Casa, Santiago dos Velhos, Campo Grande, Carnaxide, Santo António dos Cavaleiros e Sobralinho, tal como se pode observar na tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição da amostra por freguesia de residência

Freguesia de residência	N
Não responderam	33
Alverca	15
Loures	8
Moscavide	3
Prior Velho	2
Odivelas	2
Bucelas	2
Santo Antão do Tojal	2
Camarate	2
Campo Grande	1
Santiago dos Velhos	1
Carnaxide	1
Forte da Casa	1
Sobralinho	1
Pontinha	1
Santo António dos Cavaleiro	1
Total	77

Fonte: Elaboração efectuada pela própria (2011)

No que respeita à etiologia da doença e como podemos constatar no gráfico 6, que 31 dos inquiridos não responderam a esta questão, 20 referem imaturidade, 15 relatam acidente vascular cerebral (AVC), 4 desconhecem a etiologia, 2 mencionam falta de estimulação, e referem respectivamente 1 atraso no desenvolvimento da fala, grande prematuridade, disфонia por esforço, perturbação da linguagem e estimulação familiar/ambiental.

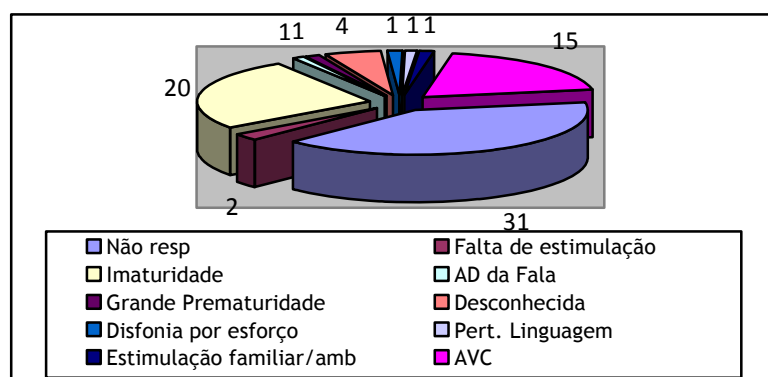


Gráfico 6 - Distribuição da amostra por etiologia

Fonte: Elaboração efectuada pela própria (2011)

Relativamente ao diagnóstico clínico, 31 dos inquiridos não responderam, 8 apresentam diagnóstico de dificuldades articulatórias, 11 de, 4 de perturbações da linguagem, 4 de afasia, 3 de afasia com disartria, 2 de disartria e disfagia, 2 de perturbação articulatória e dislexia, 2 de disartria, 1 de atraso do desenvolvimento global, 1 de atraso global do desenvolvimento e surdez moderada, 1 de hipoacúsia, 1 de traqueostomia, 1 de belfo, 1 de afasia com disartria e disfagia, 1 de má colocação da voz e respiração, 1 de dificuldades articulatórias, fluência e voz, 1 de afasia e disfagia e finalmente 1 com gaguez e dificuldades articulatórias, como podemos observar mais claramente na tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição da amostra por diagnóstico clínico

Diagnóstico Clínico	N
Não resposta	31
Atraso de linguagem	11
Dificuldades articulatórias	8
Afasia	4
Perturbações da linguagem	4
Afasia com disartria	3
Disartria e disfagia	2
Perturbação articulatória e dislexia	2
Disartria	2
Atraso do desenvolvimento global	1
Atraso global do desenvolvimento e surdez moderada	1
Hipoacúsia	1
Traqueostomia	1
Belfo	1
Afasia com disartria e disfagia	1
Má colocação da voz e respiração	1
Dificuldades articulatórias, fluência e voz	1
Afasia e disfagia	1
Gaguez e dificuldades articulatórias	1

Total	77
-------	----

Fonte: Elaboração efectuada pela própria (2011)

Cruzaram-se as variáveis categoria idade (constituída para esta análise) e as alterações observadas e constatou-se que 15 utentes, com idade menor ou igual a doze, apresentam alterações de linguagem e articulação, 13 de articulação, 11 de linguagem, 3 de comunicação, 2 de articulação e fluência, 1 utente apresentava alterações na fluência, 1 na articulação, linguagem, fluência e comunicação, 1 na articulação, fluência e linguagem, 1 na voz, 1 na articulação, linguagem e comunicação, 1 na comunicação e fluência, e 1 na linguagem, comunicação e fluência. Nos utentes com idades superiores a doze anos, verificou-se que 5 utentes apresentavam alterações na linguagem, 2 apresentavam, respectivamente, alterações na linguagem e articulação, 2 na linguagem e comunicação, 2 na voz e articulação, 2 na voz, linguagem e comunicação, 2 na voz, articulação e deglutição, tal como pode ser observado na tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição das alterações observadas pela categoria de idade

Alterações Observadas	Categoria Idade		Total
	Idade <=12	Idade > 12	
Linguagem	11	5	16
Linguagem e articulação	15	2	17
Articulação	13	0	13
Linguagem e comunicação	2	2	4
Comunicação	3	0	3
Articulação e fluência	2	1	3
Fluência	1	1	2
Articulação, linguagem, fluência e comunicação	1	1	2
Articulação e voz	0	2	2
Articulação, fluência e linguagem	1	1	2
Voz	1	1	2
Voz, linguagem e comunicação	0	2	2
Voz, articulação e deglutição	0	2	2
Articulação, deglutição, linguagem, comunicação e fluência	0	1	1
Linguagem e deglutição	0	1	1
Linguagem, articulação, deglutição e voz	0	1	1
Voz, articulação, deglutição e comunicação	0	1	1
Articulação, linguagem e comunicação	1	0	1
Comunicação e fluência	1	0	1
Linguagem, comunicação e fluência	1	0	1
Total	53	24	77

Fonte: Elaboração efectuada pela própria (2011)

Quanto à questão sobre quem encaminha os utentes, 44 foram encaminhados pelo médico de família, 21 pela educadora, 7 pela fisiatra do hospital, 3 pela enfermeira dos cuidados continuados (C.C.) e 2 pela psicóloga do centro de saúde (C.S.), como se pode aferir no gráfico 7.

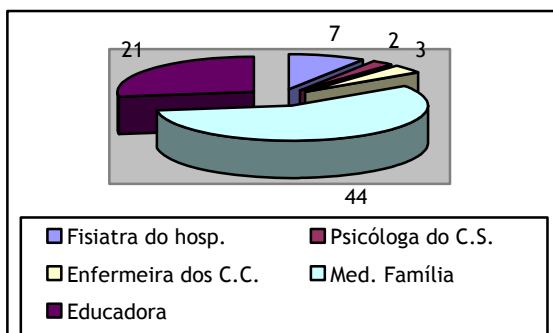


Gráfico 7 - Distribuição da amostra por quem encaminha

Fonte: Elaboração efectuada pela própria (2011)

No que respeita ao local de encaminhamento, 19 foram encaminhados para a Fundação CEBI, 17 para o Centro de Fisioterapia da Póvoa de Santo Adrião, 14 para o Centro de Saúde de Nampula - Saúde Escolar (JI), 9 para a Fundação Carlos Larroudé, 8 para Unidade de Cuidados Continuados da Pontinha, 6 para a segurança social através do Jardim de Infância (JI), 2 para a Clínica Novas Luzes, 1 para o Instituto de Surdos Mudos Imaculada Conceição e 1 para o Hospital do Mar, como podemos conferir na tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição da amostra por local de encaminhamento

Local de encaminhamento	N
Fundação Cebi	19
Centro de Fisioterapia da Póvoa de Santo Adrião	17
Centro de Saúde de Nampula - Saúde Escolar (JI)	14
Fundação Carlos Larroudé	9
Unidade de Cuidados na Comunidade do C.S. Pontinha	8
Segurança Social (JI)	6
Clínica Novas Luzes	2
Instituto de Surdos Mudos Imaculada Conceição	1
Hospital do Mar	1
Total	77

Fonte: Elaboração efectuada pela própria (2011)

No que respeita ao cruzamento de dados quanto ao local de encaminhamento, a freguesia de residência e ao benefício de transporte em ambulância para os tratamentos em Terapia da Fala, como podemos verificar na tabela 5, 2 utentes pertencem ao USF Parque da Cidade;

ambos foram encaminhados para o Centro de Fisioterapia da Póvoa de Santo Adrião, contudo um indivíduo é da freguesia de Loures e outro é de Santo Antão do Tojal. Dos inquiridos que pertencem à Extensão de Saúde do Prior Velho, são da freguesia do Prior Velho, mas um inquirido foi encaminhado para o Colégio Imaculada Conceição de Lisboa e outro para a Clínica Novas Luzes. Os outros 2 utentes são da USF Loures Saudável, ambos residem em Loures e foram encaminhados para a Clínica de Fisioterapia da Póvoa de Santo Adrião. É de referir que todos os utentes que beneficiam de transporte em ambulância financiado pelo SNS são do Agrupamento de Centros de Saúde de Loures, tal como se pode verificar na tabela 9. Tendo em conta a distância entre a freguesia de residência e o local de encaminhamento para tratamento, pode-se apurar um total de 150 quilómetros (Km's).

Tabela 9 - Distribuição da amostra por transporte em ambulância, ACES, Centro de Saúde, freguesia de residência e local de encaminhamento e quilómetros

ACES	Centro de Saúde	Freguesia Residência	Local Encaminhamento	N	Km's	
ACES Loures	USF Parque da Cidade	St. Antão do Tojal	Centro de Fisioterapia da Póvoa de St. Adrião	1	20	
		Loures		1	15	
	USF Loures Saudável	Loures		1	38	
				1	30	
	Extensão de Saúde do Prior Velho	Prior Velho		Instituto de Surdos Mudos Imaculada Conceição	1	32
				Clínica Novas Luzes	1	15
Total				6	150	

Fonte: Elaboração efectuada pela própria (2011)

Quanto aos custos associados ao transporte de ambulância, como apenas 6 dos utentes beneficiam de transporte de ambulância num total de 150 quilómetros podemos estimar que indo estes utentes duas vezes por semana, ao fim de 1 semestre (duração prevista para alta) o SNS irá gastar 3456€ em transporte destes utentes, como podemos ver na tabela 10.

Tabela 10 - Provisão de cálculo dos utentes de necessitam de transporte de ambulância

	Quilómetros	Custos
Transporte preço unitário	1	0,48€
Transporte 1x/sem 6 utentes	150	72 €
Transporte 2x/sem 6 utentes	300	144 €
Transporte 2x/sem 6 utentes durante 6 meses	7200	3.456 €

Fonte: Elaboração efectuada pela própria (2011)

Relativamente ao tempo de resposta da Terapia da Fala nos centros convencionados, 33 indivíduos referiram ter sido imediata, 22 disseram que demorou 2 semanas (0,5 meses), 9 mencionaram 1 mês para serem chamados, em 6 inquiridos é desconhecida tal informação, 4

demoraram 3 meses até ao atendimento, 1 pessoa não respondeu à questão (NR), 1 referiu 1 mês e por fim 1 relatou que demorou 4 meses, tal como se pode observar no gráfico 8.

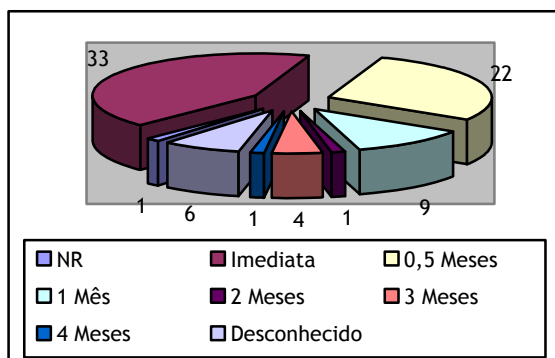


Gráfico 8 - Distribuição da amostra por tempo de resposta

Fonte: Elaboração efectuada pela própria (2011)

No que respeita ao tipo de resposta dada pelo SNS, 70 inquiridos beneficiaram de Terapia da Fala, 6 indivíduos referiram não saber e 1 pessoa não respondeu, como podemos observar no gráfico 9.

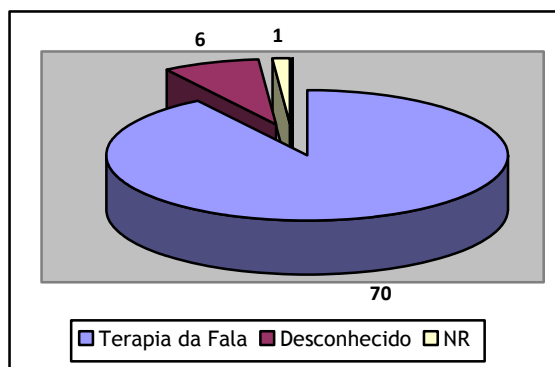


Gráfico 9 - Distribuição da amostra por tempo de resposta

Fonte: Elaboração efectuada pela própria (2011)

É de referir que a intervenção directa com o utente tem a duração de 45 minutos. Assim um Terapeuta da Fala que trabalhe 35 horas semanais poderá ter intervenção directa em 24 utentes, sendo que 16 são bissemanais (em utentes com alterações moderadas a grave) e 8 semanais (em utentes com alterações somente na articulação e/ou fluência). As restantes 5 horas foram estabelecidas para intervenção indirecta, isto é, orientação aos pais e educadores, elaboração de relatórios e registo de sessões. Uma vez que estes utentes são de ambulatório e possuem alterações que não são agudas, não se efectuaram os cálculos com sazonalidade, contudo devido ao elevado número de utentes, repartimos 48 dos 77 utentes por ano, em que 24 seriam seguidos no 1º semestre e outros 24 utentes seriam seguidos no 2º semestre.

É de referir que estipulou-se que para os utentes que apresentem mais do que uma alteração apenas são taxados 2 procedimentos terapêuticos por cada sessão. Nessa perspectiva, tendo em conta a amostra obtida apresenta-se a prospecção dos cálculos financeiros para a duração de um ano. Tendo em conta o pagamento e o não pagamento da taxa moderadora (tx. moderadora) optou-se por seleccionar metade da amostra isenta de pagar a taxa moderadora (12) e a outra metade não isenta (12), distribuindo-se estes de acordo com a sua gravidade de 1 a 2 vezes por semana. Assim, pode-se observar que é aplicado apenas 1 procedimento terapêutico cujo valor é 8,90€ a 8 utentes com idade menor ou igual que 12 anos cuja frequência fixámos em semanal, uma vez que as alterações articulatórias normalmente são uma vez por semana. No que respeita aos restantes utentes com a mesma idade (3 indivíduos), foram taxados com 2 procedimentos terapêuticos, bissemanalmente. Já nos 12 adultos devido à distribuição pelas alterações observadas, constatou-se que a maioria possuía mais do que um transtorno, sendo taxados assim 2 procedimentos terapêuticos tendo sessões bissemanais. Apurou-se os custos semanais desses utentes. Verificou-se que por semana os serviços prestados têm um custo de 640,8€ e um benefício de 52,8€, apresentando a sua diferença um custo para o SNS de 588€ por semana, como se pode observar na tabela 11.

Tabela 11 - Cálculo prospectivo de custos e benefícios de uma semana na prestação de serviços aos utentes dos CSP.

	Utentes menores ou iguais de 12 anos (1x/semana)	Utentes menores ou iguais de 12 anos (2x/semana)	Utentes maiores 12 anos (2x/semana)	Total dos custos /benefícios
Semana	- 8,90€	- 35,60€	- 35,60€	
Tx moderadora	0	0	+ 4,40€	
Nº de atendimentos	8	4	12	
Subtotal semana	- 71,2€	- 142,4€	- 427,2€	- 640,8€
Subtotal tx moderadora	0	0	+ 52,8€	+ 52,8€
Total	- 71,2€	- 142,2€	-374,4€	- 588€

Fonte: Elaboração efectuada pela própria (2011)

Pode-se então dizer que semestralmente o atendimento dos utentes no SNS tem um benefício de 1267,2€ e um custo de 15379,2€, sendo que a diferença entre os custos e os benefícios é - 14112€, tal como podemos observar na tabela 12.

Tabela 12 - Provisão de cálculo de custos e benefícios de um semestre na prestação de serviços aos utentes dos CSP.

	Utentes ≤ 12 anos (1x/semana)	Utentes ≤ 12 anos (2x/semana)	Utentes > 12 anos (2x/semana)	Total dos custos /benefícios
Semestre	- 213,6€	- 854,4€	- 854,4€	
Tx mododeradora	0	0	+ 105,6€	
Nº de atendimentos	8	4	12	
Subtotal semestre	- 1708,8€	- 3417,6€	- 10252,8€	- 15379,2€
Subtotal tx moderadora	0	0	+ 1267,2€	+ 1267,2€
Total	- 1708,8€	- 3417,6€	- 8985,6€	- 14112€

Fonte: Elaboração efectuada pela própria (2011)

Finalmente e de acordo com os cálculos efectuados pode-se afirmar que anualmente os serviços prestados têm um custo de 30758,4€, um benefício de 2534,4€ em que a diferença entre ambos para o SNS é de -28224€, tal como podemos observar na tabela 13.

Tabela 13 - Provisão de cálculo de custos e benefícios de um ano na prestação de serviços aos utentes dos CSP.

	Utentes ≤ 12 anos (1x/semana)	Utentes ≤ 12 anos (2x/semana)	Utentes > 12 anos (2x/semana)	Total dos custos /benefícios
Ano	- 427,2€	- 1708,8€	- 1708,8€	
Tx mododeradora	0	0	+ 211,2€	
Nº de atendimentos	8	4	12	
Subtotal semestre	- 3417,6€	- 6835,2€	- 20505,6€	- 30758,4€
Subtotal tx moderadora	0	0	+ 2534,4€	+ 2534,4€
Total	- 3417,6€	- 6835,2€	- 17971,2€	- 28224€

Fonte: Elaboração efectuada pela própria (2011)

Tendo em conta os custos acima calculados, apresentar-se-á uma estimativa dos custos anuais da contratação de um Terapeuta da Fala nos centros de saúde tendo em conta as suas receitas, através das taxas moderadoras, no valor de 2.534,40€. Quanto às despesas, que incluem material de desgaste, luz, transporte de ambulância, remuneração base, descontos para a segurança social, prestação de serviços ao utente e seguro de acidentes de trabalho, estas perfazem um custo de 58.356,16€. Pode-se referir que o resultado entre as receitas e as despesas resulta num custo de 55.821,76€, como se pode observar na tabela 14.

Tabela 14 - Estimativa anual de custos e benefícios pela contratação de um Terapeuta da Fala nos CSP

Receitas	
Taxas moderadoras	2.534,40
Sub-total	2.534,40
Despesas	
Material de desgaste	- 5.000,00
Luz/ano	- 314,04
Transporte de ambulância	- 3.456,00
Remuneração base+ Subsídio de Férias e Natal	- 14.280,84
Subsídio de almoço	- 986,17
Contribuições para a segurança social	- 3.391,70
Prestações serviços ao utente	- 30.758,40
Seguro de Acidentes de Trabalho	- 168,81
Sub-total	- 58.356,16
Resultado	- 55.821,76

Fonte: Elaboração efectuada pela própria (2011)

No que respeita à relação dos custos benefícios esta é de 0,04, tal como podemos observar na tabela 15.

Tabela 15 - Cálculo da relação custo-benefício.

Benefícios / Custos	2.534,40 / 58.356,16
Relação custo-benefício	0,04

Fonte: Elaboração efectuada pela própria (2011)

Comparando os custos suportados pelos utentes entre o SNS e o sector privado, os utentes não isentos de taxas moderadoras que necessitem, somente de uma vez por semana, de terapia com duração de 6 meses de tratamentos, gastam no SNS, um total de 26,4€; comparando com o privado despendem 840€. Os utentes que necessitem de Terapia da Fala, bissemanalmente, com duração de 6 meses de tratamentos, gastam no SNS 105,6€, comparado com o privado que desembolsam 1680€, como se pode observar na tabela 16.

Tabela 16 - Comparação de gastos pelo utente com tratamentos em Terapia da Fala nos CSP e no privado

	Utentes 1x/sem (Não isentos de Tx. Moderadoras)		Utentes 1x/sem (Isentos de Tx. Moderadoras)		Utentes 2x/sem (Não isentos de Tx. Moderadoras)		Utentes 2x/sem (Isentos de Tx. Moderadoras)	
	SNS	Privado	SNS	Privado	SNS	Privado	SNS	Privado
Valor da consulta	8,9 €		8,9 €		17,8 €	35 €	17,8 €	35 €
Custo cobrado ao utente	1,1 €	35 €		35 €	2,2 €			
Custo total por semana para o utente	1,1€				4,4€	70€		70€
Custo total por mês para o utente	4,4€	140€	0 €	140€	17,6€	280€	0 €	280€
Custo total por semestre para o utente	26,4 €	840 €		840 €	105,6 €	1680 €		1680 €
Custo total por ano para o utente	52,8 €	1680 €	0€	1680 €	211,2 €	3360 €	0 €	3360 €

Fonte: Elaboração efectuada pela própria (2011)

CAPÍTULO V

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

5.1. Discussão dos resultados

Apesar da reconhecida importância de Terapeutas da Fala mais junto da população para prestar uma melhor qualidade de serviços prestados, o mesmo não se tem observado na área da grande Lisboa.

Seguidamente iremos proceder à interpretação e discussão dos resultados consequentes da aplicação dos questionários aos indivíduos e às estimativas de cálculos efectuadas. Pretendemos abordar as variáveis que nos determinamos estudar a fim de permitir um maior conhecimento da temática em análise, de acordo com os objectivos inicialmente traçados.

O presente estudo examinou as necessidades dos utentes que carecem de Terapia da Fala nos Cuidados de Saúde Primários, investigou os locais para onde estes são encaminhados; estudou a capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde para dar resposta aos utentes que necessitam de Terapia da fala; analisou os custos e os benefícios da contratação destes técnicos; comparando os custos para o utente nestes tratamentos nos CSP e no privado. Por último comparou os benefícios da Terapia da Fala para os CSP e utentes.

Com base num questionário que apresentava os pontos acima descritos e procedendo à caracterização da amostra e sua análise, obteve-se que 77 utentes necessitam de Terapia da Fala nos Cuidados de Saúde Primários. De acordo com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2010) o número de utentes inscritos nos Agrupamentos de Centros de Saúde da Grande Lisboa participantes neste estudo é 531757. Deste modo, apenas 77 desses utentes foram sinalizados durante o período de recolha da amostra. Esta enorme diferença numérica fez com que não fosse possível proceder à verificação da significância estatística, uma vez que quando efectuados os cálculos da distribuição normal, os dados eram insuficientes porque formavam dois pontos distintos numa recta. Seria importante no momento de recolha da amostra ter recolhido também informações relativamente ao número de utentes observados pelos médicos, que não necessitassem de tratamentos em Terapia da fala. As razões que podem ter levado a esta grande diferença numérica são devido à pouca adesão por parte dos médicos em identificar os pacientes com estas necessidades e ao tempo limitado para a recolha da amostra tendo em conta os tempos para desenvolvimento do trabalho. Uma vez que este projecto demonstrou a necessidade de Terapia da Fala nos Cuidados de Saúde Primários, seria de elevado interesse prosseguir com este estudo de forma

a ter uma resposta mais evidente desta interessante observação. Para tal, seria requerido mais tempo e mais médicos na identificação de doentes com estas necessidades. Assim não foi possível testar a hipótese 1 devido à insuficiência de dados.

No que respeita à identificação dos locais de encaminhamento dos utentes que necessitem de beneficiar de Terapia da Fala observou-se que 47 utentes foram encaminhados para locais convencionados com o Sistema Nacional de Saúde, sendo estes a Fundação CEBI, Clínica de Fisioterapia de Santo Adrião, Fundação Carlos Larroudé, Clínica Novas Luzes indo de encontro ao que se encontra estabelecido pela Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo (2011a, 2011b) referente às entidades privadas para prestação de serviços no Distrito de Lisboa. Apenas um dos utentes foi encaminhado para o Hospital do Mar, entidade privada integrante da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que visa promover a continuidade da prestação de cuidados de saúde e apoio social, cuja responsabilidade de intervenção é do Serviço Nacional de Saúde e do Sistema de Segurança Social (Despacho n.º 3730/2011; Instituto de Segurança Social, 2010; Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, s.d.). No que respeita aos 22 utentes que foram encaminhados para os próprios Cuidados de Saúde Primários, possuindo estas unidades, Técnicos de Terapia da Fala ao abrigo do Programa de Estágios Profissionais na Administração Central, que permite para além de da valorização profissional dos jovens, dar resposta às necessidades existentes (Decreto-Lei n.º 18/2010). Os 6 utentes encaminhados para a segurança social e um para o Colégio Nossa Senhora da Conceição, estes recebem apoio através de subsídios para apoio individual em Terapia da Fala e para frequência de estabelecimentos particulares de ensino especial ou regular respectivamente, que vai de encontro ao que refere o Instituto de Segurança Social (2010a).

Podemos então constatar que apesar de haver poucos encaminhamentos, 55 utentes foram para as clínicas convencionadas e outras instituições ou entidades com acordo com o Serviço Nacional de Saúde, os restantes 22 foram efectuados para o próprio centro de saúde que possui uma Terapeuta da Fala em regime de estágio profissional. Podemos então concluir que mais de 71% dos utentes foram encaminhados para clínicas convencionadas pelo que aceitamos a hipótese 2.

Com a elaboração da hipótese 2 pretende-se evidenciar que o Sistema Nacional de Saúde, uma vez que, não possui Terapia da Fala nos cuidados de saúde primários, tem de encaminhar os utentes para entidades privadas convencionadas, para a segurança social ou para clínicas particulares.

No que respeita à identificação de custos e de benefícios da contratação de um Terapeuta da Fala para os cuidados de saúde primários, observou-se na estimativa de custos tendo em conta a amostra recolhida, que se tem custos directos com material de desgaste no valor de 5000€, transporte de ambulância de 3456€, prestação de serviços aos utentes de 30758,40€;

custos fixos com remuneração base anual de 14280,84€, subsídio de alimentação de 986,37€, contribuições para a segurança social de 3391,70€ e seguro de acidentes de trabalho de 168,81€; como custos indirectos verificamos as despesas referentes à electricidade e água no valor de 343,04€ anuais. Todas estas despesas estimadas vão de encontro ao que a literatura refere quanto aos custos directos relativos aos pagamentos na execução de um tratamento, encargos com o pessoal, material de consumo e serviço de terceiros tal como Cunningham (2001), Ribau & Rosário (2001), Souza & Scatena (2010), Vanni et al (2009) referem. Os mesmos autores referem igualmente que os custos indirectos são recursos perdidos, correspondente da intervenção, considerando-se o custo com a energia e água.

Relativamente à análise dos custos com os benefícios da contratação de um Terapeuta da Fala nos cuidados de saúde primários observou-se que a estimativa das despesas, onde inclui o material de desgaste, luz, água, remuneração, subsídio de alimentação, encargos com transporte de ambulância para utentes, contribuições para a segurança social, seguro de acidentes de trabalho e prestação de serviços aos utentes a cargo do serviço nacional de saúde, são superiores às receitas obtidas, através do pagamento das taxas moderadoras. Pôde-se estimar custos de 58356,16€ e benefícios de 2534,40€, cuja diferença entre mais-valias e despesas é um gasto de 55821,76€. Segundo Freitas (2005), Pereira (2009), Messonier & Meltzer (2003, citado por Verbeek, Marjo & Eila, 2009), Ehrlich (1977, citado por Dutra, 1999) referem que para encontrar quais as alternativas se efectua o cálculo da diferença e se esta for maior que zero resulta na aceitação do projecto. Contudo não é o que acontece uma vez que o saldo é negativo, o que significa que o programa não é benéfico. Ao se efectuar a relação custo benefício observou-se que esta é de aproximadamente 0,04, o que reforça ainda mais que este projecto não é desejável, pois segundo Abreu (2009), DGPRCE (2003), Ehrlich (1997, citado por Dutra, 1999), Messonier & Meltzer (2003, citado por Verbeek, Marjo & Eila, 2009) e Pereira (2009) afirmam se a relação custo/benefício > 1 , o programa é desejável, uma vez que os benefícios são maiores do que os custos, o que não se verifica neste caso. Tendo em conta os resultados obtidos rejeitamos a hipótese 3.

Isto pode ser explicado devido ao facto do Serviço Nacional de Saúde ser tendencialmente gratuito e ser financiado pelo orçamento de estado para a saúde, uma vez que o pagamento dos serviços prestados pelos técnicos dos cuidados de saúde primários é suportados por esse orçamento. Isto vai de encontro aos estatutos do Sistema Nacional de Saúde (s.d. citado por Baganha, Ribeiro & Pires, 2002) refere ser responsabilidade do Estado os encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS. Como receitas e como refere a Lei n.º 40/1990 estas são obtidas através do pagamento de taxas moderadoras que regulam o uso dos serviços de saúde.

Com a formulação da hipótese 3 pretende-se demonstrar uma estimativa dos aspectos financeiros de um projecto antes que tenha sido realizado. Neste estudo de caso as estimativas apontam para uns elevados encargos para o Sistema Nacional de Saúde e

consequentemente para o Estado na contratação de Terapeutas da Fala para os cuidados de saúde primários.

Contudo pretende-se realçar que existem situações que não podem ser contabilizadas como benefícios pois estes não são quantificáveis em termos de unidades monetárias, como é o caso do aumento de qualidade de vida dos utentes que possam usufruir de Terapia da Fala nos centros de saúde, na medida em que é próximo da sua residência, diminuição dos tempos de espera para beneficiarem destes tratamentos, entre outras mais-valias que não podem ser contabilizados em termos monetários.

No que respeita à comparação de custos dos tratamentos de Terapia da Fala para os utentes nos CSP e no sector privado pode-se observar que é muito mais dispendioso aos utentes frequentarem entidades privadas. Nos Cuidados de Saúde Primários sendo isento de pagar taxas moderadoras os utentes não têm custos com os tratamentos em Terapia da Fala, ao contrário de se forem ao sector privado estes semestralmente por uma vez por semana pagam um valor total de 1680€. Já os utentes que não estão isentos do pagamento das taxas despendem de 52,80€ semestralmente por tratamentos semanais. No que respeita aos utentes que necessitem de tratamentos bissemanais, não isentos de pagar taxas moderadoras nos CSP desembolsam 105,60€, e no privado despendem 3360€. Esta diferença é significativamente, na medida em que a diferença de pagamentos entre os CSP e o privado é, aproximadamente, entre 94% e 97% mais barato no Sistema Nacional de Saúde, dependendo do número semanal de tratamentos. Com estes resultados podemos aceitar a hipótese 4.

Isto pode ser explicado de acordo com as tabelas em vigor de pagamento das taxas moderadoras no SNS e dos honorários dos Terapeutas da Fala em Clínica Privada de acordo com a Portaria n.º 839-A/2009, Portaria n.º 34/2009, Lei n.º 40/1990 e APTF (s.d.), em que os preços apresentados para usufruto deste tipo de assistência são bastante superiores no sector privado.

Com a apresentação da hipótese 4 pretende-se mostrar a mais-valia para os utentes de poderem usufruir de Terapia da Fala nos Cuidados de Saúde Primários na sua vertente monetária, para não falar igualmente no lado social e de qualidade de vida para estes.

Por fim salienta-se que os resultados apresentados baseiam-se em estimativas de custo, calculadas a partir dos dados recolhidos da amostra, pelo que são referentes somente aos resultados obtidos no contexto deste trabalho.

5.2. Sugestões para pesquisas futuras, perspectivas futuras e limitações do estudo

A análise do custo-benefício, é uma ferramenta que fornece informações sobre os custos e os benefícios de uma política governamental ou acção a partir da perspectiva da sociedade como um todo.

Assim uma avaliação económica mais aprofundada sobre esta temática seria importante, uma vez que alguns factores são intangíveis, difíceis de quantificar em termos monetários. Além disso, seria interessante verificar se os resultados deste estudo convergem ou divergem quanto a instituições de saúde do mesmo cariz de outras zonas do país onde já estivessem implementados os serviços de Terapia da Fala, na medida em que se poderia aprofundar melhor os benefícios tangíveis e intangíveis; apurar e comparar informações referentes a esses serviços.

Outra sugestão para futuras investigações, será aumentar para além do tempo de recolha da amostra, ampliar a área geográfica abrangendo todos os Agrupamentos de Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, uma vez que no total são 22 e a população deste estudo recaiu somente sobre 12 ACES.

Seria interessante confrontar os custos e benefícios estimados com a opinião dos gestores sobre a contratação de Terapeutas da Fala nos centros de saúde para ver se as convergências ou divergências relativamente às estimativas.

É importante, igualmente, chamar à atenção para algumas limitações que foram observadas durante o desenvolvimento do estudo. Importa lembrar que, por se tratar de um estudo transversal, ou seja, o facto de se ter investigado num só momento, e o tamanho limitado da amostra, por não haver respostas por parte dos Agrupamentos de Centros de Saúde contactados ou pela falta de colaboração dos médicos para a recolha da amostra, não se pode generalizar os resultados e sugestões que dele foram retiradas, porque para além de ser um estudo de caso em que os resultados são muito específicos para uma dada instituição, é também devido ao presente estudo só contemplar alguns Agrupamentos de Centros de Saúde, num determinado período de tempo.

Salienta-se que, uma das limitações deste estudo é, a quantificação de factos intangíveis como, por exemplo, o aumento da qualidade de vida dos utentes que beneficiam de Terapia da Fala no centro de saúde da sua área de residência.

É relevante assinalar que, o questionário utilizado deveria ter sido mais direccionado para objectivos mais específicos que se foram clarificando ao longo do desenvolvimento desta investigação, como por exemplo saber o número de doentes vistos no seu total em consulta, tanto aqueles que necessitavam de Terapia da Fala como os que não necessitavam, pois assim

poderia efectuar-se a significância estatística da amostra recolhida, isto é, saber se a o número de indivíduos que necessitavam de terapia eram relevantes ou não a população em estudo. Assim lamenta-se o facto de não ter sido possível apurar a aceitação ou não da hipótese 1 referente à significância estatística. Relativamente ao questionário seria essencial recolher a informação precisa dos quilómetros efectuados por transporte de ambulância, uma vez que a contabilização destes é efectuada desde a saída do quartel dos bombeiros até à sua volta.

O facto de ainda não existirem muitos estudos sobre a análise do custo-benefício da contratação de técnicos de saúde para o Serviço Nacional de Saúde foi uma limitação relativamente à revisão bibliográfica e posteriormente na discussão dos resultados, uma vez que se já houvesse estudos deste cariz seria muito interessante comparar e atestar se os valores obtidos neste estudo iam ou não de acordo com o que os autores referiam. Contudo como é um estudo exploratório tem as suas limitações implícitas de tal tipo de estudo.

5.3. Conclusões finais

A realização desta investigação neste determinado contexto da saúde, principalmente em instituições de Cuidados de Saúde Primários, considera-se que se revelou uma mais-valia, além de não terem sido encontrados estudos sobre esta temática.

O Sistema Nacional de Saúde tem vindo ao longo dos anos a sofrer reestruturações, tendo sido por isso os Cuidados de Saúde Primários adaptado às necessidades mais actuais da população.

Após a análise e reflexão sobre a investigação desenvolvida, considera-se que os Cuidados de Saúde Primários não têm capacidade de resposta relativamente á Terapia da Fala, porque verificou-se a certeza da pouca ou quase inexistente oferta relativamente a esses tratamentos, uma vez que a existência destes técnicos nos centros de saúde quando verificada foi somente através de estágios profissionais durante um ano, não havendo continuidade de prestação destes serviços após o término do estágio.

Observou-se também a existência de entidades particulares convencionadas com o Sistema Nacional de Saúde para a prestação de serviços de saúde. Assim verifica-se que o Sistema Nacional de Saúde não é o único a prestar cuidados de saúde, coexistindo também as entidades convencionadas no sistema de saúde Português.

Alguns estudos mostram haver um défice de profissionais nos Cuidados de Saúde Primários, que leva ao aumento da prestação de serviços de saúde e ao co-financiamento por entidades privadas conduzindo a cortes no acesso à protecção da saúde, colocando em causa o princípio de equidade.

O nosso estudo leva a concluir que seria importante para melhorar a capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde aumentando o número de parcerias com estas entidades uma vez que existem poucos centros convencionados que possuam Terapia da Fala.

É importante salientar que, a avaliação económica de projectos e serviços de saúde mostra, hoje, um interesse particular devido às diferenças existentes entre o que a ciência pode oferecer e o que o Estado social consegue desenvolver ou financiar.

Tradicionalmente a análise de custo-benefício desempenha uma posição notória nas avaliações económicas, indicando os seus resultados planos específicos dirigidos para os ganhos líquidos ou as perdas líquidas.

O tema sobre análise de custo-benefício, não sendo algo novo, continua a ser um foco útil para as tomadas de decisões nos projectos, não só para investigadores como também para os gestores.

Assim na análise custo-benefício, os benefícios são directamente comparáveis com os custos, pois estes são medidos em unidades monetárias. Podem ser calculados pela diferença entre os benefícios e os custos ou apresentados sob a forma de rácio, onde é apresentado na razão dos benefícios líquidos sobre os custos líquidos.

A decisão num investimento é muito complexa, envolvendo vários factores na sua ponderação, contudo esta só é efectuada quando existe retorno, caso contrário o projecto não é desenvolvido.

Este trabalho, permitiu compreender que devido ao financiamento do Sistema Nacional de Saúde ser efectuado através do orçamento do Estado, e o mesmo ser tendencialmente gratuito, verificou-se que a única fonte de rendimento do estado são as taxas moderadoras, ficando a seu encargo todas as despesas inerentes à contratação de técnicos, prestação de serviços aos utentes, transportes de ambulância para os dependentes, entre outras coisas. Assim o retorno de benefícios não é tão evidente quanto ao que acontece no privado, em que o valor da prestação de cuidados de saúde é suportado pelo utente ou por uma outra entidade co-financiadora.

A principal dificuldade encontrada na aplicação deste tipo de estudos foi relativo à atribuição de valores monetários do benefício terapêutico. Assim muitos estudos mostram, que devido a obstáculos ao nível metodológico para estimativas do valor monetário da saúde, a análise custo-benefício em saúde tem sido um pouco posta de parte, dando lugar a outro tipo de análise económica.

Averiguou-se igualmente que os utentes seriam favorecidos, em termos de custos suportados para usufruto de Terapia da Fala, nos Cuidados de Saúde Primários pois estes são muito mais elevados se fossem realizados no sector privado.

É relevante referir que o Estado enquanto segurador reúne impostos, ficando a seu cargo a responsabilidade de pagamento das despesas de saúde. Por outro lado, o Estado também é fornecedor de bens e de serviços neste sector.

Os resultados auferidos, comprovaram algumas hipóteses enunciadas, apontando que os encaminhamentos para as entidades privadas são elevados e que os utentes monetariamente beneficiariam de Terapia da Fala nos centros de saúde comparativamente às sessões efectuadas no particular. A hipótese que não foi de encontro ao esperado, foi devido ao facto de, em termos monetários, os custos serem mais elevados que os benefícios, pelo que análise custo-benefício deste estudo mostrou que a contratação de Terapeutas da Fala nos Cuidados de Saúde Primários não ser um projecto desejável. A hipótese da existência de um grande de utentes que necessitassem de tratamento de Terapia da Fala nos Cuidados de Saúde Primários da área da grande Lisboa não foi possível ser testada devido à insuficiência de dados relativos à recolha da amostra.

BIBLIOGRAFIA

1. Abreu, R. (2008). *Avaliação económica em saúde - Desafios para a gestão no sistema único de saúde*. Edição: Ministério da Saúde - Secretariado Executivo da Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Acedido em: 19 de Novembro de 2010. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_economica_desafios_gestao_us.pdf.
2. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT] (2010). *Número de Utentes Inscritos em 30/11/2010*. Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo.
3. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT] (2009). *Relatório de Actividades de 2009*. ARSLVT. Acedido em: 5 de Setembro de 2010. Disponível em: http://www.arslvt.min-saude.pt/ARSLVT/Documents/ARSLVT,%20IP%20-%20Relatório%20de%20Actividades%202009_Final.pdf.
4. Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho [AESST] (2008). *Economia Nacional e Segurança e Saúde no Trabalho*. Revista FACTS. N.76. Acedido em: 5 de Junho de 2010. Disponível em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/76>.
5. Almeida, A. (2002). *A Gestão do Aproveitamento Hospitalar: Estudo dos Hospitais Públicos Portugueses*. Tese de Doutoramento em Gestão. Universidade da Beira Interior - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Covilhã.
6. Almeida, M. (2005). *Aprendendo a gerir as organizações do Sec. XXI*. Áreas Editora.
7. American Speech-Language-Hearing Association [ASHA] (2004). *Preferred Practice Patterns for the Profession of Speech-Language Pathology [Preferred Practice Patterns]*. American Speech-Language-Hearing Association
8. Aperta, J. (2009). *Mudança na Farmácia Hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde. Universidade da Beira Interior - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Covilhã.
9. Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (2004). *A Terapia da Fala em Portugal*. Lisboa, APTF.
10. Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (s.d.). *Tabela de Honorários recomendados*. Lisboa, APTF.
11. Baganha, M; Ribeiro, J; Pires, S (2002). *O sector da saúde em Portugal: Funcionamento do sistema e características sócio-profissionais*. Centro de Estudos Sociais.

12. Baraňano, A. (2008). *Métodos e Técnicas de Investigação em Gestão - Manual de apoio à realização de trabalhos de investigação*. Edições Sílabo
13. Barati, A; Tziner, A. (2000). Cost-Benefit Analysis of Organizational Interventions: The Case of Downsizing. *Journal of Business and Psychology*. Vol.15, Nº 2, Winter 2000. pp. 277 - 286
14. Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
15. Barros, P. (2005). *Economia da saúde: conceitos e comportamentos*. Editora Almedina.
16. Barros, P.; Simões, J. (2007). Portugal: Health system review. *European Observatory of Health Systems*. Vol. 9 N.º 5. Acedido em: 20 de Novembro de 2010. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/107842/E90670.pdf.
17. Bentes, M; Urbano, J (1992). Seminário de Gestão de Serviços de Saúde. Portal de: Codificação e GHD. Acedido em: 30 de Novembro de 2010. Disponível em: http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Os_Grupos_de_Doentes_Ambulat%C3%B3rios_-_GDAs.
18. Branco, A.; Ramos, V. (2001). Cuidados de Saúde Primários em Portugal, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático Cuidados De Saúde Primários. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. pp. 5-12.
19. Bogdan, R.; Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação - Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora.
20. Campos, R. (2007). Avaliação benefício-custo de sistemas de dessalinização de água em comunidades rurais cearenses. *Revista de Economia e Sociologia Rural*. Vol.45. no.4 Brasília Out./Dec. pp. 963 - 984. Acedido em: 5 de Junho de 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/resr/v45n4/a07v45n4.pdf>.
21. Caravantes, G. (1998). *Reengenharia ou Readministração?*. Porto Alegre: AGE
22. Carmo, H.; Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação - Guia para Auto Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
23. Circular Série A n.º 1347 – Processamento de vencimentos, de harmonia com os novos valores dos índices 100 para 2009, nos termos da Portaria n.º 1553 -C/2008, de 31 de Dezembro. Acedido em: 30 de Novembro de 2010. Disponível em: <http://www.dgo.pt/circulares/ca1347.pdf>,
24. Comité Permanente de Ligação dos Terapeutas da Fala da União Europeia [CPLOL] (1997). *Perfil Profissional do Terapeuta da Fala da União Europeia*. CPLOL
25. Comissão Inter Concelhos de Saúde Suplementar (2009). Balizadores de tempo de terapia fonoaudiológica. São Paulo. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Acedido em: 16 de Junho de 2010. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/legislacaoPDF/parecer%20da%20Comissao%20Inter>

[%20Conselhos%20de%20Saude%20Suplementar%20-%20CISS%20-%20No%201,%20de%2027%20de%20junho%202009.pdf](http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf)

26. Constituição da Republica Portuguesa - VII Revisão constitucional (2005). Portugal. Acedido em: 16 de Junho de 2010. Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>
27. Cunningham, S. (2001). Corrent Product and Practice - An Introduction to Economic Evaluation of Health Care. *British Orthodontic Society*. Vol. 28 N.º 3 pp. 246 - 250
28. Declaração Alma-Ata (1978). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Acedido em: 18 de Abril de 2010. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.
29. Decreto-Lei n.º 157/99. Diário da República. 1ª Série. N.º 108. De 10 de Maio de 1999.
30. Decreto-Lei nº 199/1999. Diário da República. 1ª Série. N.º 132. De 8 de Junho de 1999.
31. Decreto-Lei n.º 60/2003. Diário da República. 1ª Série. N.º 77. De 1 de Abril de 2003.
32. Decreto-Lei n.º 173/2003. Diário da República. Série 1 - A. N.º176. De 1 de Agosto de 2003.
33. Decreto-Lei n.º 201/2007. Diário da República. Série 1. N.º100. De 24 de Maio de 2007. No âmbito da Alteração ao Decreto-Lei n.º 173/2003.
34. Decreto - Lei n.º 28/2008. Diário da República. 1ª Série. N.º 38. De 22 de Fevereiro de 2008.
35. Decreto - Lei nº 281/2009. Diário da República. 1ª Série. N.193. De 6 de Outubro de 2009.
36. Decreto - Lei n.º 18/2010. Diário da República. 1ª Série. N. 55. De 19 de Março de 2010.
37. Decreto-Lei n.º 38/2010. Diário da República. 1ª Série. N.º 76. De 20 de Abril de 2010.
38. Despacho n.º 6303/2010. Diário da Republica. 2ª Série. N.º 69. De 31 de Março de 2010.
39. Despacho n.º 2517-A/2011. Diário da Republica. 2ª Série. N.º24. De 3 de Fevereiro de 2011.
40. Despacho n.º 3730/2011. Diário da Republica. 2ª Série. N.º40. De 25 de Fevereiro de 2011.
41. Direcção - Geral da Política Regional da Comissão Europeia [DGPRCE] (2003). Manual de análise de custos e benefícios dos projectos de investimento. *Fundos Estruturais - FEDER, Fundo de Coesão e ISPA*. Acedido em: 5 de Junho de 2010. Disponível em: http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/guides/cost/guide02_pt.pdf.

42. Dobes, L.; Bennett, J. (2009). Multi-Criteria Analysis: "Good Enough" for Government Work?. *Agenda: a Journal of Policy Analysis and Reform*. Vol. 16, n. 3. pp. 7-30.
43. Drummond, M; O'Brien, B; Stoddart, G; Torrance, G. (2005). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford University Press
44. Dutra, A. (1999). *Análise de custo/benefício na transferência de tecnologia: estudo de caso utilizando a abordagem antropotecnológica*. Tese de Doutorado em Engenharia. Universidade Federal de Santa Clara. Florianópolis. Disponível no site: <http://www.eps.ufsc.br/teses99/aguiar/>. Consultado no dia 5 de Junho de 2010.
45. Enderby, P.; Davies, P. (1989). Communication disorders: Planning a service to meet the needs. *British Journal of Disorders of Communication*. Vol 24(3). December. pp.301-331.
46. Fernandes, F.; Bertollo, R. (1999). Avaliação do impacto da Reengenharia nas empresas do Brasil. *Gestão & Produção*. v.6, n.1. Abril. pp. 51-60.
47. Ferreira, L. (2005). Avaliação económica no sector da saúde. *Revista dos Algarves*. n.º 13. 1º Semestre. pp. 43-49.
48. Ferreira, M. (2005). *Empenhamento organizacional de profissionais de saúde em hospitais com diferentes modelos de gestão*. Tese de Doutorado em Ciências Empresariais. Universidade do Minho - Escola de Economia e Gestão. Braga
49. Ferreira, O. (2008). *Continuidade de cuidados: Uma prática em parceria estratégias de parceria entre centro de referência em oncologia pediátrica do Norte - IPO e os cuidados de saúde primários - ARS Norte*. Dissertação de Mestrado em Oncologia. Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto
50. Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
51. Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
52. Frederico, M. (2000). *Princípios da economia em saúde*. Coimbra: Formasau Editora.
53. Franganito, P. (2010). *Influência das auditorias na tomada de decisão no âmbito da gestão da qualidade das organizações*. Dissertação de Mestrado em Gestão. Universidade Aberta. Lisboa
54. Freitas, M. (2005). *Avaliação Económica em Saúde*. Portal da Saúde. Acedido em: 25 de Setembro de 2010. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/01-Administracao/011-Economia/EconomiaSaude_MarioFreitas.htm.
55. French et al. (2002). Benefit-Cost Analysis of Addiction Treatment: Methodological Guidelines and Empirical Application Using the DATCAP and ASI. *Health Services Research*. 37:2. April. pp. 433 - 455.

56. Gonçalves, J.(1998). A necessidade de reinventar as empresas. *Revista de Administração de empresas*. V.38, n.2, Abril/Junho, pp. 6-17.
57. Hall, R (1984). *Organizações - Estrutura e Processos*. Rio de Janeiro. Prentice-Hall do Brasil.
58. Hicks, C. (2006). *Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos: concepção de projectos de aplicação e análise*. Loures: Lusociência.
59. Hill, M; Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo
60. Ian, J. (2010). Performance Management. *Financial Management*. London: Mar. pp. 46-47
61. Instituto Nacional de Estatística (2010). *Anuário Estatístico da Região de Lisboa 2009*. Instituto Nacional de Estatística
62. Instituto de Segurança Social (2010). *Guia Prático - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Instituto de Segurança Social.
63. Instituto de Segurança Social (2010a). *Guia Prático - Subsídio por frequência de estabelecimento de ensino especial*. Instituto de Segurança Social
64. Lavaredas, R. (2010). *A internet como meio de promoção turística na região de Lisboa: o sector público*. Dissertação de Mestrado em Gestão. Universidade Aberta. Lisboa
65. Lei n.º 40/1990. Diário da República. 1ª Série. N.º195. De 24 de Agosto de 1990.
66. Londoño, M.; Morera, G.; Laverde, P. (2000). *Administração Hospitalar*. Editora Guanabara Koogan.
67. Martins, C. (2009). *As percepções de justiça organizacional na avaliação de desempenho de enfermagem*. Dissertação de Mestrado Gestão de Unidades de Saúde. Universidade da Beira Interior - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Covilhã.
68. Ministério da Saúde (2010). História do Sistema Nacional de Saúde. Portal da Saúde. Acedido em: 20 de Novembro de 2010. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>.
69. Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007). *Proposta para a reconfiguração dos Centros de Saúde - Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde*. Acedido em: 5 de Maio de 2010. Disponível em: http://mcsp.lvengine.com/lmgs/content/page_10/Proposta_Reconfiguracao_CS.pdf
70. Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2009). *Documento de Suporte à implementação das UCC*. Acedido em: 25 de Abril de 2010. Disponível em:

http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_95/doc_suporte_de_ucc_9_setembro2009.pdf

71. Neves, A. (2002). *Administração pública*. Editora Pregaminho.
72. New Jersey Early Intervention System (2007). Service Guidelines for speech therapy in early intervention. New Jersey Department of Health and Senior Services. Acedido em: 25 de Abril de 2010. Disponível em: http://nj.gov/health/fhs/eis/documents/speech_therapy_guideline.pdf
73. Organização Mundial de Saúde (2008). *Relatório Mundial de Saúde - Cuidados de Saúde Primários agora mais que nunca*. Alto Comissariado da Saúde. Acedido em: 1 de Maio 2010. Disponível em: http://www.acs.min-saude.pt/files/2009/06/rms08_agoramaisquenunca.pdf
74. Paladdini, E. (1998). Bases históricas da gestão da qualidade: A abordagem clássica da administração e seu impacto na moderna gestão da qualidade. *Gestão & Produção*, v.5, n.3, pp. 168-186, Dez.
75. Peretti, J. (2004). *Recursos Humanos*. Lisboa: Editora Sílabo Gestão.
76. Polit, D.; Hungler, B.(1993). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul
77. Pontinha, C. (2008). *Qualidade de vida do doente oncológico e suas determinantes*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde. Universidade da Beira Interior - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Covilhã.
78. Portaria n.º 256-A/86, Diário da República n.º122, Série I de 28 de Maio. Acedido em: 20 de Outubro de 2010. Disponível em: http://www.ers.pt/legislacao_atualizada/outros-diplomas/ambito-da-saude/824357.pdf/view
79. Portaria n.º 839-A/2009. Diário da República. Série I. N.º 147. De 31 de Julho de 2009. Acedido em: 30 de Novembro de 2010. Disponível em: <http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/6/65/Portaria839A-2009.pdf>
80. Portaria n.º 1368/2007, Diário da República. Série I. N.º 201. De 18 de Outubro. Acedido em: 25 de Abril de 2010, em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/FAE52EF8-8364-47B1-BDE2-A7840096D071/0/0765507659.pdf>
81. Portaria n.º 34/2009. Diário da República. Série I. N.º 10. De 15 de Janeiro de 2009. Acedido em: 30 de Novembro de 2010. Disponível em: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/D68B7D23-09F8-48EB-B9F4-9EE927DDF449/0/Portaria34_2009TXmoderadoras.pdf

82. Rede de investigadores da OPSS (2003). *Evolução do Sistema Nacional de Saúde. Observatório Português dos Sistemas de Saúde.*
83. Reis, F. (2010). *Como elaborar uma dissertação de mestrado segundo Bolonha.* Editorial PACTOR.
84. Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005. Diário da República. Série 1 - B. N.º 196. De 12 de Outubro. Acedido em: 24 de Abril de 2010. Disponível em: http://mcsplvengine.com/lmgs/content/page_106/Resolucao_Conselho_Ministros_157_2005.pdf
85. Ribau, L; Rosário, J (2001). Avaliação económica e funcional dos cuidados de saúde: Principais questões e procedimentos. *Revista Medicina Física e de Reabilitação.* N.º 2. Vol. 9. pp. 13-22.
86. Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em psicologia da Saúde.* Climepsi. Lisboa.
87. Semana Médica (2010). ACSS quer alargar GDH aos Cuidados Primários. *Revista Semana Médica.* N.º 574. Fev. Acedido em: 30 de Novembro de 2010. Disponível em: <http://www.semanamedica.com/conteudo.php?ACBRbVBk=AD5RY1B3WmJXZ1A7ATpXVFEwAmQPdgFgVGoAZ1NI&ADlRaAtela9Xr1tela9Xr1=AGJRP1A7WjwAtela9Xr1&ADlRaFBcWnhXYVax=AGZRPgtela9Xr1tela9Xr1&ADVraFBqWmhXZVA9AQRxaFE7AnMPcAFkVGgAe1NI=AGhROAtela9Xr1tela9Xr1>
88. Serralva, M. (2000). As despesas com a saúde. *Boletim do Hospital de São Marcos.* XVI, 2, pp. 65-69.
89. Serrano, P. (1996). *Redacção e apresentação de trabalhos científicos.* Lisboa: Relógio de Água Editores.
90. Simões, J. (2010). *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - Um percurso comentado.* Editora Almedina.
91. Simões, J; Barros, P; Pereira, J (2007). Relatório final da comissão para a sustentabilidade do financiamento do Sistema Nacional de Saúde. Secretaria-geral do Ministério da Saúde.
92. Siqueira, M. (1990). Eficácia da administração pública: imposição democrática. *Revista de Administração de Empresas.* N. 30 (1). Jan/Mar. pp. 65-72. Acedido em: 5 Junho de 2010. Disponível em: <http://www16.fgv.br/rae/artigos/878.pdf>
93. Sousa, A. (2005). *Investigação em educação.* Lisboa: Livros Horizonte.
94. Souza, P; Scatena, J (2010). É economicamente viável regionalizar a actuação de um hospital público de médio porte? *Physis Revista de Saúde Colectiva.* N.º 20. Vol. 2. pp. 571-590.

95. Sugden, R. (2005). Coping with Preference Anomalies in Cost-Benefit Analysis: A Market-Simulation Approach. *Environmental & Resource Economics* n. 32: pp.129-160
96. Spindel, R. (2008). Custo x Benefícios. *Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein: Educação Contínua Saúde*. 6. pp. 80-82. Acedido em: 5 Junho de 2010. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/891-EC%20v6n2p80-2.pdf>
97. Tribunal de Contas e Lopes (2000). Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT). Acedido em: 20 de Novembro de 2010. Disponível em: [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Meios_Complementares_de_Diagn%C3%B3stico_e_Terap%C3%AAutica_\(MCDT\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Meios_Complementares_de_Diagn%C3%B3stico_e_Terap%C3%AAutica_(MCDT))
98. Torcato, S. (2009). *Combate à desigualdade dos sexos face ao trabalho: impacto do número de mulheres no poder nas empresas dos estados membros da União Europeia*. Dissertação de Mestrado Gestão dos Recursos Humanos. Universidade Aberta. Lisboa.
99. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI] (s.d.). Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. UMCCI.
100. Vanni et al. (2009). Avaliação económica em saúde: aplicações em doenças infecciosas. *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro. N.º25 (12). pp. 2543 - 2552

ANEXOS

Anexo I - Instrumento de recolha de dados

Ficha de caracterização da amostra

Código: _____

Centro de saúde: _____

Género: F__ M__ Data de Nascimento: _____

Estado Civil:

Solteiro __ Casado __

Divorciado __ União de facto __ Viúvo __

Freguesia de residência: _____

Etiologia da doença:

Diagnóstico Clínico:

Alterações observadas: da voz__ da articulação __ da deglutição __

da linguagem __ da comunicação __ da fluência __

outros: _____

Encaminhamento:

Quem encaminha? _____

Local de encaminhamento? _____

Tempo de resposta? _____

Tipo de resposta? _____

Tem direito a transporte de ambulância pelo SNS? S__ N__

**Anexo 2 - Pedido de autorização à Administração Regional de
Saúde Lisboa e Vale do Tejo**

Ana Rita Duarte
Rua dos Matos Pequenos
Viv. Alexandre, Bº Santiago
2680-073 Camarate
Telf.: 933656409
E-mail: duarte.anarita@gmail.com

Exmo. Senhor
Presidente da Administração Regional da Saúde de
Lisboa e Vale do Tejo

Lisboa, 5 de Setembro de 2010

Ana Rita Inácio Nunes Duarte, Terapeuta da Fala vem por este meio solicitar a V. Exa. autorização para efectuar um estudo nos Agrupamentos de Centros de Saúde da Grande Lisboa sobre o custo-benefício do Terapeuta da Fala nos Cuidados de Saúde Primários para onde se pretende através de um questionário recolher dados clínicos de utentes com patologia de voz, fala, linguagem e deglutição.

Deste questionário consta a caracterização dos sujeitos da amostra, recolha de informação sobre. Para realizar este questionário pedir-se-á o consentimento informado dos sujeitos.

Pedir-se-á a colaboração dos médicos de família das unidades de saúde da área da grande Lisboa, a fim de sinalizarem utentes com patologia de voz, fala, linguagem e deglutição.

Seguidamente será aplicado um questionário aos gestores dos CSP tendo em vista a obtenção da opinião destes sobre a necessidade dos Terapeutas da Fala nestas unidades. Nas entrevistas, irão ser explicados previamente os objectivos e forma de avaliação da mesma. Seguidamente obter-se-á o consentimento informado de cada participante em estudo, para se poder gravar a voz.

Esta recolha de dados de história clínica dos utentes e entrevistas aos gestores insere-se na Dissertação de tese do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, da Universidade da Beira Interior cujo título será " Custo-benefício do Terapeuta da Fala nos Cuidados de Saúde Primários."

Junta-se, para vossa apreciação, o projecto da referida dissertação.

Peço deferimento, agradecendo desde já a atenção prestada.

Atenciosamente,

N.º _____

Ana Rita Duarte

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Identificação do Problema

Quais os custos-benefícios da contratação dos Terapeuta da Fala nos Cuidados de Saúde Primários?

Desenho da Investigação

O estudo a efectuar será um estudo de caso.

O estudo de caso é algo que tenta pesquisar algo mais profundo sobre uma organização. Este tipo de estudo permite aumentar o conhecimento sobre determinada tema e pode ter como principais finalidades a elaboração de novas hipóteses ou servir para estudar o efeito de uma mudança numa organização. Este estudo também é quantitativo na medida em que pretende saber números precisos de custos e benefícios que posteriormente poderão ser apresentados com a ajuda de quadros e de gráficos para permitir uma melhor leitura visual.

Para este estudo, será elaborada uma grelha de registo com dados biográficos e clínicos dos utentes (ex: género, idade, estado civil, etiologia da doença, diagnóstico clínico relacionado com os problemas de voz, linguagem, fala e deglutição) para posterior recolha destes dados nos processos clínicos e/ou junto dos médicos onde irão ser explicados previamente os objectivos e forma de avaliação da mesma. Irá ser obtido o consentimento informado de cada utente que participará no estudo.

Seguidamente será aplicada uma entrevista aos gestores dos CSP tendo em vista a obtenção da opinião destes sobre a necessidade dos Terapeutas da Fala nestas unidades. Nas entrevistas, irão ser explicados previamente os objectivos e forma de avaliação da mesma. Seguidamente obter-se-á o consentimento informado de cada participante em estudo, para se poder gravar a voz.

O estudo de caso baseia-se em documentos (processos clínicos) e em entrevistas. Este tipo de estudos propõem-se apreender o mais possível sobre o assunto em estudo para poder difundir toda a sua complexidade de uma forma descritiva.

A população será composta por todos os utentes e gestores destas unidades de saúde primários da Grande Lisboa.

Após esta pesquisa ser autorizada pelos Agrupamentos de Saúde da Grande Lisboa, onde previamente se explica os objectivos, métodos e benefícios do estudo para a sociedade, será feita uma recolha dos na base de dados dos médicos de família e entrevistados os gestores destas unidades. Os dados recolhidos irão ser analisados e tratados. Os dados relativos aos dados biográficos e clínicos serão inseridos e analisados no SPSS 17.

No final do estudo, cada Agrupamento de Centros de Saúde receberá os resultados do estudo e informação gratuita sobre custo - benefício da existência de um Terapeuta da Fala em Cuidados de Saúde Primários.

Objectivos:

Assim, este trabalho tem como objectivos:

1. Verificar as necessidades reais dos utentes que necessitam de tratamentos de Terapia da fala nos CSP da área da Grande Lisboa.
2. Aferir o local de encaminhamento dos utentes com necessidade de frequência de Terapia da fala.
3. Aferir as capacidades de resposta do Serviço Nacional de Saúde para dar resposta aos utentes que necessitam de Terapia da fala.
4. Apurar os custos da contratação Terapeutas da fala nos CSP.
5. Apurar os benefícios da contratação Terapeutas da fala nos CSP.
6. Verificar se a opinião dos gestores dos Agrupamentos de Centros de Saúde vão de encontro à análise de custo-benefício da contratação de um Terapeuta da fala.

**Anexo 3 - Pedidos de autorização aos Agrupamentos de Centros
de Saúde**

Ana Rita Duarte
Rua dos Matos Pequenos
Viv. Alexandre, Bº Santiago
2680-073 Camarate
Telf.: 933656409
E-mail: duarte.anarita@gmail.com

Exmo. Senhor
Director do Agrupamento de Centros de Saúde
Grande Lisboa ...

Lisboa, 24 de Janeiro de 2011

Ana Rita Inácio Nunes Duarte, Terapeuta da Fala vem por este meio solicitar a V. Exa. autorização para uma entrevista ao gestor do Agrupamento de Centros de Saúde sobre o custo-benefício do Terapeuta da Fala nos Cuidados de Saúde Primários e também a recolha de dados clínicos de utentes com patologia de voz, fala, linguagem e deglutição.

Pedir-se-á a colaboração dos médicos de família da Vossa unidade, a fim de sinalizarem utentes com patologia de voz, fala, linguagem e deglutição.

Posteriormente será feita a recolha dados biográficos e clínicos dos utentes (ex: género, idade, estado civil, etiologia da doença, diagnóstico clínico relacionado com os problemas de voz, linguagem, fala e deglutição) nos processos clínicos e/ou junto dos médicos onde irão ser explicados previamente os objectivos e forma de avaliação da mesma. Irá ser obtido o consentimento informado de cada utente que participará no estudo.

Seguidamente será aplicado um questionário aos gestores dos CSP tendo em vista a obtenção da opinião destes sobre a necessidade dos Terapeutas da Fala nestas unidades. Nas entrevistas, irão ser explicados previamente os objectivos e forma de avaliação da mesma. Seguidamente obter-se-á o consentimento informado de cada participante em estudo, para se poder gravar a voz.

Este estudo insere-se na Dissertação de tese do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, da Universidade da Beira Interior cujo título será ” Custo-benefício do Terapeuta da Fala nos Cuidados de Saúde Primários.”

Gostaria de salientar que pedi autorização à ARS de Lisboa para poder efectuar o meu estudo nos Agrupamentos de Centros de Saúde da Grande Lisboa, a qual obtive resposta positiva, conforme documento em anexo. Junta-se igualmente para vossa apreciação, o projecto do referido artigo científico com os respectivos apêndices.

Agradecendo desde já a atenção prestada.

Atenciosamente,

Exmª Senhora
Dra. Ana Rita Duarte
Rua dos Matos Pequenos
Vivenda Alexandre, Bairro Santiago
2680-073 Camarate

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		CD/SEC - 2010 <i>20567</i>	
Assunto:	Realização de Estudo no âmbito de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde.		

Tendo presente a carta de V.Exª, datada de 2 de Setembro, p.p., relativa ao assunto mencionado em epígrafe, cumpre-me informar que o Conselho Directivo desta Administração Regional de Saúde nada tem a opor à realização do Estudo solicitado. Assim, deverá contactar os Directores Executivos dos ACES nos quais pretende efectuar o mesmo.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice-Presidente do Conselho Directivo



Luis Afonso

Anexo 4 - Consentimento informado

Carta de Informação do Estudo e de Consentimento

“CUSTO-BENEFÍCIO DA TERAPIA DA FALA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS”.

Nome do(a) Investigador(a) - Ana Rita Duarte

O presente trabalho tem como objectivos: verificar as necessidades reais dos utentes que necessitam de tratamentos de Terapia da fala nos CSP da área da Grande Lisboa; Aferir o local de encaminhamento dos utentes com necessidade de frequência de Terapia da fala; Quais as capacidades de resposta do Serviço Nacional de Saúde para dar resposta aos utentes que necessitam de Terapia da fala; Apurar os custos da contratação Terapeutas da fala nos CSP; Apurar os benefícios da contratação Terapeutas da fala nos CSP; Verificar se a opinião dos gestores dos Agrupamentos de Centros de Saúde vão de encontro à análise de custo-benefício da contratação de um Terapeuta da fala.

Destina-se à elaboração de uma tese no âmbito do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade da Beira Interior e a eventual publicação.

Venho por este meio, solicitar a V. Exa. que colabore na recolha de informação pertinente no que respeita ao idade, género, estado civil, etiologia, estado de saúde, local para onde foi encaminhado, tempo de espera para beneficiar de Terapia da fala e qual o tipo de resposta dado.

Para a realização deste estudo é essencial a sua melhor colaboração na entrevista.

A informação recolhida será utilizada exclusivamente no âmbito deste trabalho.

A sua participação é voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento, sem quaisquer explicações, não lhe ocorrendo daí qualquer quebra na qualidade dos serviços prestados.

Certifica-se total confidencialidade e anonimato. A pedido dos interessados os dados recolhidos serão disponibilizados pela investigadora.

Assim, agradeço que preencha e assine a folha anexa.

Obrigada pela sua colaboração.

Consentimento Informado

Eu, _____ fui informado acerca do estudo CUSTO-BENEFÍCIO DA TERAPIA DA FALA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS a ser efectuado no Agrupamento de Centros de Saúde de _____ - Centro de saúde _____, em que participei.

Fui informado de que os dados recolhidos são confidenciais e sujeitos ao anonimato, podendo suspender a minha participação em qualquer ocasião.

Pude esclarecer as dúvidas que o trabalho originou. Tive tempo para pensar. Por isso declaro que participo voluntariamente no estudo.

O investigador: _____

O investigado: _____

Lisboa, __ de _____ de 2011

Anexo 5 - Carta de informação do estudo

Ana Rita Duarte
Telemóveis: 933656409 ou 918346703
E-mail: duarte.anarita@gmail.com

Exmo(a). Senhor(a) Dr(a).

Chamo-me Ana Rita Duarte sou mestranda do curso de Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior. A minha dissertação de mestrado é intitulada de “Custo - Benefício do Terapeuta da Fala nos Cuidados de Saúde Primários”, sob orientação da Professora Doutora Felipa Lopes dos Reis (Telemóvel: 965062867).

Venho por este meio pedir a sua colaboração para o preenchimento da ficha de caracterização da amostra e para passar o respectivo consentimento informado ao utente. Estes documentos encontram-se na pasta assim como os contactos para quaisquer esclarecimentos em caso de dúvidas.

Na ficha de caracterização da amostra gostaria de ilustrar o que é pretendido:

- Etiologia da doença (exemplos): por atraso global do desenvolvimento, imaturidade (nas crianças), AVC, TCE, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, entre outros.

- Alterações observadas: na sua perspectiva, o que é se encontra com alterações entre os itens identificados, pode ser apenas um ou mais.

- Quem encaminhou: médico de família ou outro médico pediu ao médico de família um encaminhamento?

- Local de encaminhamento: casa ou o nome da instituição para onde o utente foi encaminhado, para serem contabilizados os Km's da freguesia de residência até ao local propriamente dito, no caso de utente que necessitem de transporte de ambulância através do Sistema Nacional de Saúde (SNS).

- Tempo de resposta: para obtenção de consultas de Terapia da Fala, em meses.

- Tipo de resposta: positiva, negativa, em hospital, clínica convencionada com o SNS, consulta de Terapia da Fala particular.

- Transporte de ambulância: se tem ou não direito a transporte de ambulância paga pelo SNS.

Agradecia que essa informação fosse recolhida até 9 de Maio, dia em que irei proceder à recolha das pastas.

Sem outro assunto, agradecendo desde já a sua disponibilidade na participação deste estudo.

Atenciosamente,