



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Análise Custo Benefício
Descentralização Parcial da Consulta de Coagulação do
Centro Hospitalar da Cova da Beira

Adriana Carrola Fonseca

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof.^a Doutora Anabela Almeida
Coorientador: Doutor João Garra

Covilhã, Outubro de 2014

Aos meus pais.

À minha irmã.

À minha avó.

Aos meus avós falecidos.

A toda a família e amigos chegados.

Agradecimentos

Aos meus pais e à minha irmã, que foram as pessoas que mais me deram força na realização desta dissertação e me puxaram para cima nos momentos mais difíceis e me incentivaram a nunca desistir.

Aos meus orientadores Prof. Dra. Anabela Almeida e Dr. João Garra que comigo caminharam durante este longo percurso. Agradeço ainda a confiança que depositaram em mim, e a todo o apoio que me prestaram durante toda a dissertação.

Ao Dr. Jorge Martinez por todo o apoio prestado e todo o tempo por ele disponibilizado a este trabalho, sem ele teria sido mais difícil o percurso.

A todas as enfermeiras do Serviço de Imunohemoterapia e ao motorista Sr. Júlio por toda a ajuda prestada durante a investigação e pela forma acolhedora com que sempre me trataram.

A todos os meus amigos e familiares que me ajudaram nesta etapa difícil, por sempre terem acreditado em mim e me terem apoiado quando mais precisei.

A todos os que já partiram mas que olham sempre por mim, e me continuam a dar força para continuar a fazer sempre o melhor possível.

Ao Sílvio Dias, presidente da Junta de Freguesia de Peraboa, a minha atual entidade patronal, por toda a disponibilidade que me prestou para concluir a presente dissertação.

Resumo

A consulta de coagulação do Centro Hospitalar da Cova da Beira atende diariamente dezenas de utentes, sendo que a maior parte são idosos e vindos de localidades, em alguns casos, a mais de 50km do CHCB. A Descentralização Parcial da Consulta de Coagulação foi elaborada com base no intuito de encurtar as distâncias existentes entre a população de doentes hipocoagulados e o Centro Hospitalar, usando os recursos já existentes no Hospital e nos Centros de Saúde. Esta consiste numa consulta médica realizada à distância, em que o atendimento é feito por um enfermeiro num Centro de Saúde ou Posto Médico, sendo a ligação médico-enfermeiro-utente conseguida através de um programa informático.

O objetivo geral desta investigação é fazer uma Análise Custo Benefício da consulta de coagulação descentralizada. Nesta análise serão identificados e comparados custos por um lado, do Serviço de Imunohemoterapia do Centro Hospitalar da Cova da Beira, E.P.E., e por outro lado dos utentes da consulta de coagulação descentralizada. Serão também comparados os custos existentes com frequência dos utentes à consulta normal no CHCB com os custos que estes têm com a consulta descentralizada nos Centros de Saúde.

Com esta investigação pode-se concluir que a descentralização foi muito benéfica, principalmente, para os utentes. Prova disso é o facto de terem que percorrer muito menos quilómetros, os custos serem mais reduzidos, o tempo despendido por consulta ser inferior e não haver praticamente incómodos com a consulta descentralizada, traduzindo-se em níveis de satisfação por parte dos utentes muito mais elevados comparativamente às consultas efetuadas no CHCB.

Palavras-chave

Análise Custo Benefício, Consulta Descentralizada, Coagulação, Custos Diretos, Indiretos e Intangíveis.

Abstract

The medical consultation for blood coagulation in CHCB serves daily dozens of patients, where most are elders that come from villages, in some cases, more than 50km away from CHCB. The "Partial Decentralization Consultation Coagulation" project was based in order to shorten the distances between the existing population of hypo-coagulated patients and the Hospital, using the existing resources in the Hospital and Health Centers. This is a medical consultation held at a distance, where the service is done by a nurse at a health clinic or medical Post, and the relation doctor-nurse-inpatient achieved through a computer program.

The main goal of this research is to develop a cost-benefit analysis of a decentralized consultation coagulation analysis. In this analysis, it will be identified and compared costs of the Immunotherapy Service of CHCB and users' decentralized consultation clotting costs. The existing costs of users at normal attendance in CHCB consultation and the costs they have at decentralized consultation in primary health care centers will also be compared.

With this research it can be concluded that the decentralization is very beneficial especially to the patients. Proof of this, is the fact that they have to go through much less kilometers, costs are lower, the time spent per consultation is lower and there was hardly bothersome with decentralized consultation, resulting in a higher level of satisfaction among the patients compared to consultations carried out in CHCB.

Keywords

Cost Benefit Analysis, Decentralized Consultation, Coagulation, Direct, Indirect and Intangible Costs.

Índice

1. Introdução	1
1.1. Justificação do Tema	4
1.2. Objetivo da Investigação	6
1.3. Questões de Investigação	7
2. Revisão de Literatura	9
2.1. Cuidados de Proximidade	9
2.2. Terapêutica Anticoagulante	10
2.3. Análise Custo Benefício	12
2.4. Tipos de Custos	14
3. Metodologia de Investigação	17
3.1. Abordagem de Investigação	17
3.2. Caracterização da População	20
3.3. Instrumentos de Recolha de Dados	21
3.4. Métodos de Análise e Tratamento de Dados	23
4. Análise de Resultados	27
4.1. Apresentação e Interpretação dos Resultados Obtidos	27
4.2. Discussão dos Resultados	43
5. Conclusões, Contributos, Limitações e Sugestões de Investigação Futura	47
6. Referências Bibliográficas	51
7. Anexos	57
Anexo 1: Percentagem de pessoas com mais de 65 anos de Belmonte, Covilhã e Fundão	57
Anexo 2: Contabilização das respostas dos utentes por Centro de Saúde	59
Anexo 3: Consentimento Livre e Informado	60
Anexo 4: Carta de Apresentação ao Conselho de Administração	62
Anexo 5: Declaração de Confidencialidade	64
Anexo 6: Questionário	65
Anexo 7: Cálculo Custo de Transporte por Utente	68
Anexo 8: Percentagem de pessoas (por sexo) de Belmonte, Covilhã e Fundão	69

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Estatísticas descritivas da variável 'idade'	28
Tabela 2 - Estatísticas descritivas da variável 'tempo de frequência da consulta'	28
Tabela 3 - Tabela de frequências da variável 'sexo'	29
Tabela 4 - Tabela de frequências da variável 'frequência da consulta'	29
Tabela 5 - Tabela de frequências da variável 'profissão'	30
Tabela 6 - Estatísticas descritivas da variável 'custo do transporte'	30
Tabela 7 - Tabela comparativa dos meios de transporte para os dois locais	31
Tabela 8 - Chi-Square Tests da variável 'meio de transporte'	31
Tabela 9 - Tabela comparativa do gasto em cada consulta para os dois locais	32
Tabela 10 - Chi-Square Tests da variável 'gasto por consulta'	32
Tabela 11 - Tabela comparativa dos incômodos adicionais da consulta para os dois locais	33
Tabela 12 - Chi-Square Tests da variável 'incômodos adicionais'	33
Tabela 13 - Tabela comparativa da distância para os dois locais	33
Tabela 14 - Chi-Square Tests da variável 'distância'	34
Tabela 15 - Tabela comparativa do nível de satisfação em relação ao tempo de atendimento para os dois locais	34
Tabela 16 - Chi-Square Tests da variável 'tempo de atendimento'	34
Tabela 17- Tabela comparativa do nível de satisfação em relação às condições de acesso aos dois locais	35
Tabela 18- Chi-Square Tests da variável 'condições de acesso'	35
Tabela 19- Tabela comparativa do nível de satisfação em relação às condições de deslocamento aos dois locais	35
Tabela 20 - Chi-Square Tests da variável 'condições de deslocamento'	36
Tabela 21- Tabela comparativa do nível de satisfação em relação à localização do serviço dos dois locais	36
Tabela 22 - Chi-Square Tests da variável 'localização do serviço'	36
Tabela 23- Tabela comparativa do nível de satisfação em relação ao desempenho da organização nos dois locais	37
Tabela 24 - Chi-Square Tests da variável 'desempenho da organização'	37
Tabela 25- Tabela comparativa do nível de satisfação em relação à qualidade do atendimento nos dois locais	37
Tabela 26 - Chi-Square Tests da variável 'qualidade do atendimento'	38
Tabela 27- Tabela comparativa do nível de satisfação em relação à marcação de consultas nos dois locais	38
Tabela 28 - Chi-Square Tests da variável 'marcação de consultas'	38

Tabela 29- Tabela comparativa do nível de satisfação em relação ao horário de atendimento nos dois locais	39
Tabela 30 - Chi-Square Tests da variável 'horário de atendimento'	39
Tabela 31 - Estatísticas descritivas da variável 'tempo da consulta'	40
Tabela 32 - Teste de Levene e teste t para a variável 'tempo de consulta'	40
Tabela 33 - Tabela da ANOVA para a variável 'gasto por consulta'	40
Tabela 34 - Tabela da ANOVA para a variável 'tempo da consulta'	41
Tabela 35 - Tabela dos coeficientes para a variável 'gasto por consulta'	41
Tabela 36- Tabela dos coeficientes para a variável 'tempo da consulta'	41
Tabela 37 - Tabela do coeficiente de correlação <i>Ró de Spearman</i> para a variável 'gasto por consulta'	42
Tabela 38 - Tabela do coeficiente de correlação <i>R de Pearson</i> para a variável 'tempo da consulta'	42

Lista de Acrónimos

ACB	Análise Custo Benefício
CS	Centro de Saúde
EPE	Entidade Pública Empresarial
FEDER	Fundo Europeu de Desenvolvimento Europeu
I&D	Investigação e Desenvolvimento
INR	<i>International Normalized Rate</i>
JCI	<i>Joint Comission International</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TVP	Trombose Venosa Profunda

Capítulo 1

Introdução

O Serviço de Imunohemoterapia do Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE (CHCB) tem como missão prestar assistência à população da Cova da Beira, na área geográfica que compreende os concelhos da Covilhã, Fundão e Belmonte, não só como Serviço de Transfusão Sanguínea, sessões de Hospital de Dia, mas também com a atividade de Consulta Externa, em Consultas de Coagulação, Discrasias Sanguíneas, Dador Autólogo e Homólogo e Imunohemoterapia e tem todas as suas valências e atividades certificadas segundo a norma NP EN ISO 9001:2000 (Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade) desde 2006, a acreditadas pela *Joint Commission International* (JCI) desde 2010.

A Consulta da Coagulação existe desde Junho de 2002 e neste momento presta atividade assistencial a aproximadamente 1600 utentes por mês. Esta consulta tem por objetivo prestar serviços de saúde à população medicada com anticoagulante, com o objetivo de evitar o risco tromboembólico e a população que mais procura esta consulta é maioritariamente envelhecida, sendo que em alguns casos as suas residências ficam a mais de 50km do Centro Hospital e o único acesso são estradas por terrenos montanhosos.

A Descentralização Parcial da Consulta de Coagulação pretende encurtar as distâncias existentes entre a população de doentes hipocoagulados e o Centro Hospitalar e consiste numa consulta médica realizada à distância, em que o atendimento é feito por um enfermeiro do serviço de Imunohemoterapia num Centro de Saúde ou Posto Médico, sendo a ligação médico-enfermeiro-utente conseguida através de um programa informático. Esta descentralização concretiza o conceito de aproximação dos cuidados de saúde ao doente, pois os utentes não precisam de se deslocar mais ao CHCB dado que a consulta é efetuada no Centro de Saúde ou Posto Médico da área de residência ou de uma área mais próxima à residência do utente. Assim foi possível aumentar a qualidade de vida das populações mais envelhecidas, transformando as práticas tradicionais de prestação de cuidados de saúde através da oferta de serviços de qualidade e de evolução tecnológica.

O objetivo geral desta investigação é fazer uma Análise Custo Benefício da consulta de coagulação descentralizada, identificando e comparando os custos associados à frequência e à implementação da descentralização da consulta de coagulação, tanto dos utentes da consulta descentralizada como do Centro Hospitalar da Cova da Beira. Através desta investigação pretende-se evidenciar os custos e os benefícios associados à descentralização da consulta de coagulação, de modo a que a prática desta consulta seja melhorada, dando a conhecer as lacunas existentes e também os seus pontos fortes.

A descentralização da consulta de coagulação realiza o conceito de aproximação dos cuidados de saúde ao doente. Cuidados de proximidade são o conjunto articulado dos serviços e outros recursos de saúde que se encontram disponíveis para os cidadãos, o mais próximo possível, a que os mesmos podem ocorrer, quer se trate de cuidados inerentes à promoção da saúde e prevenção da doença, quer digam respeito ao tratamento ou recuperação do seu habitual estado de saúde, adaptação e bem-estar. Estes serviços deverão estar verdadeiramente centralizados no próprio cidadão e adotar a melhor organização e interligação possíveis, de forma a garantir a qualidade, a eficácia e a segurança dos cuidados prestados (Élvio Henriques de Jesus, 2005, citado por Ávila, 2009)

A população que recorre à consulta de coagulação do CHCB é medicada com anticoagulantes orais. A Hipocoagulação oral é um tratamento que permite, através da administração de medicamentos, diminuir a capacidade de coagulação do sangue. Os anticoagulantes são fármacos usados para criarem uma deficiência parcial da ativação e ação da vitamina K, reduzindo o risco de coagulação anormal e conseqüente formação de trombos (Praça, Brás, Anes, Brás, & Geraldes, 2012). São múltiplas as indicações clínicas dos anticoagulantes orais na prevenção de fenómenos tromboembólicos a nível arterial ou venoso. São usados tanto em “prevenção primária”, isto é, em situações de risco conhecido mas em que os doentes ainda não tiveram fenómenos tromboembólicos, ou em “prevenção secundária”, em indivíduos que já tiveram situações de tromboembolismo (Bonhorst, 2010). A eficácia deste grupo de medicamentos está bem estabelecida na prevenção primária ou secundária do tromboembolismo venoso, na prevenção do embolismo sistémico em doentes com fibrilhação auricular ou com próteses valvulares cardíacas, como auxiliar na prevenção das embolias sistémicas ou na redução da recorrência do enfarte do miocárdio (Ansell, Hirsh, Hylek, Jacobson, Crowther, & Palareti, 2008).

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 (Frederico, 2000, Spindel, 2008, citados por Duarte, 2011). A Análise Custo Benefício é a avaliação económica mais utilizada por medir tanto os custos como os efeitos em unidades monetárias (Miller *et al.*, 2006, citados por Gallassi, Alvarenga, Andrade, & Couttolenc, 2008). O objetivo da Análise Custo Benefício é fornecer um procedimento consistente para avaliar as decisões em termos das suas conseqüências (Drèze & Stern, 1987), identificando, quantificando e ponderando os benefícios e os custos dos projetos de investimento destinados a aumentar o bem-estar da sociedade, como um todo (Canhoto, 1994, citado por Reis E., 2010), permitindo avaliar a criação ou destruição de valor de um projeto mediante a avaliação e comparação dos seus impactos positivos (benefícios) e dos seus impactos negativos (custos). Existe criação de valor sempre que os benefícios gerados são superiores aos custos gerados e existe

destruição de valor sempre que os benefícios gerados são inferiores aos custos gerados (Gaspar, 2011).

O primeiro passo da Análise Custo Benefício consiste na identificação dos custos. Para Daltio, Mari, & Ferraz (2007) os custos em saúde podem ser classificados nas seguintes categorias: custos diretos (médicos e não médicos), custos indiretos e custos intangíveis. Custos diretos são custos que incidem diretamente sobre o bem, serviço ou atividade. Incorridos com a organização e operacionalização de determinado programa de saúde, como despesas com pessoal, medicação, atendimento psicológico, internação. Para além desses custos, incluem-se ainda os custos diretos dos utentes e familiares, como, por exemplo, gastos com transporte para ir ao tratamento ou compra de medicação (Piola & Vianna, 2002, citados por Gallassi, Alvarenga, Andrade, & Couttolenc, 2008). Os custos indiretos, por vezes referido como custos de produtividade, incluem os custos decorrentes da perda de produtividade no trabalho, em casa ou em atividades de lazer devido à morbidade dos pacientes e o não pagamento dos cuidadores (Keating, Perfetto, & Subedi, 2005). Os custos intangíveis são os custos atribuíveis ao paciente que sofre com uma doença (Keating *et al.*, 2005) e referem-se ao custo do sofrimento físico e/ou psíquico (Moraes *et al.*, 2006).

Na presente dissertação foi utilizado o estudo de caso para se conseguir responder às questões que estão na base desta investigação, tendo sido empregada a pesquisa descritiva e a quantitativa e o método dedutivo, em que se pretende a descrição da população da consulta de coagulação, estabelecendo relações entre a consulta normal e a descentralizada, usando questionários para a obtenção de dados, instrumentos estatísticos para análise de dados, e pesquisa bibliográfica para o desenvolvimento das hipóteses. O processo de recolha de dados junto da população foi acompanhado pelos três princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos: o princípio de respeito pelas pessoas, o princípio da beneficência e o princípio da justiça.

Esta dissertação está estruturada em cinco capítulos, sendo o primeiro capítulo uma introdução ao estudo efetuado onde é apresentada a justificação do tema, o objetivo da investigação, e as questões da investigação. No segundo capítulo é feita uma revisão de literatura sobre os cuidados de proximidade, a terapia anticoagulante, a Análise Custo Benefício e os tipos de custos. No terceiro capítulo é abordada a metodologia de investigação, onde é feita a abordagem de investigação, a caracterização da população, a descrição dos instrumentos de recolha de dados e onde são apresentados os métodos da análise de resultados. Já no capítulo 4 é efetuada uma análise aos resultados, onde são apresentados e interpretados os resultados obtidos e onde é feita a discussão dos mesmos. Por fim, no quinto capítulo são apresentadas as conclusões, os contributos, as limitações e as sugestões de investigações futuras.

1.1. Justificação do Tema

A Consulta da Coagulação tem por objetivo prestar serviços de saúde à população da área geográfica dos Concelhos da Covilhã, Fundão e Belmonte. Conforme informações apuradas junto do CHCB, estima-se que esta consulta atende atualmente cerca de 1600 utentes por mês e a população que mais procura esta consulta é maioritariamente envelhecida, sendo que em alguns casos as suas residências ficam a mais de 50km do Centro Hospital e o único acesso são estradas por terrenos montanhosos. Segundo cálculos efetuados através de dados de 2012 do INE (Anexo 1) a percentagem de pessoas com idades superiores a 65 anos para Belmonte, Covilhã e Fundão é, respetivamente, de 25%, 24% e 27%, comprovando assim o envelhecimento da população destas áreas geográficas.

Esta consulta atua na vertente dos doentes hipocoagulados para evitar o risco tromboembólico. A terapêutica usada neste tipo de doentes, apesar de ter um grande valor clínico, apresenta problemas que dificultam o seu manuseamento no dia-a-dia, dos quais o mais importante é a sua estreita margem terapêutica, com risco hemorrágico significativo. A variabilidade do efeito anticoagulante num determinado doente, devida em parte às suas numerosas interações com drogas e alimentos, obriga à necessidade de um frequente ajuste da posologia (Bonhorst, 2010). Por isso, as pessoas que recebem tratamento anticoagulante devem realizar periodicamente a consulta médica, para realizar a monitorização da coagulação sanguínea, cujos resultados permite alterar a dose de medicação atendo ao resultado do INR (*International Normalized Rate*) (Praça, Brás, Anes, Brás, & Geraldês, 2012).

A doença tromboembólica constitui um problema grave de saúde. O Tromboembolismo Venoso engloba a trombose venosa profunda e a embolia pulmonar (Alves, 2012). O tromboembolismo venoso é uma das principais causas de morte e morbidade entre os pacientes hospitalizados (Sonaglia & Agnelli, 2000), estimando-se que haja incidência de 500 000 casos anuais de Tromboembolismo Venoso nos Estados Unidos, com aproximadamente 50 mil mortes por embolia pulmonar (Silva, 2002). A Embolia Pulmonar é atualmente reconhecida como uma das principais causas de morte hospitalar evitável (Alves, 2012).

A Descentralização Parcial da Consulta de Coagulação foi elaborada com base no intuito de encurtar as distâncias existentes entre a população de doentes hipocoagulados e o Centro Hospitalar, usando os recursos já existentes no Hospital e nos Centros de Saúde e foi implementado em articulação com o Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira. Esta consiste numa consulta médica realizada à distância, em que o atendimento é feito por um enfermeiro num Centro de Saúde ou Posto Médico, sendo a ligação médico-enfermeiro-utente conseguida através de um programa informático. A descentralização iniciou-se pelo Centro de Saúde de Belmonte, incluindo doentes de todo o concelho de Belmonte, em Março de 2009, e alargou-se posteriormente ao Centro de Saúde de Silvares, Tortosendo, Teixoso e Unhais da Serra.

Esta descentralização concretiza o conceito de aproximação dos cuidados de saúde ao doente, pois os utentes não precisam de se deslocar mais ao CHCB dado que a consulta é efetuada no Centro de Saúde ou Posto Médico da área de residência ou de uma área mais próxima à residência do utente. Assim foi possível aumentar a qualidade de vida das populações mais envelhecidas, transformando as práticas tradicionais de prestação de cuidados de saúde através da oferta de serviços de qualidade e de evolução tecnológica.

Os cuidados de proximidade consubstanciam um conjunto de serviços ao dispor da população, com uma maior proximidade dos profissionais de saúde, não apenas em termos geográficos (Ávila, 2009). Para o enfermeiro Élvio Henriques de Jesus (2005, citado por Ávila, 2009) cuidados de proximidade são o conjunto articulado dos serviços e outros recursos de saúde que se encontram disponíveis para os cidadãos, o mais próximo possível (não apenas distância física), a que os mesmos podem recorrer, quer se trate de cuidados inerentes à promoção da saúde e prevenção da doença, quer digam respeito ao tratamento ou recuperação do seu habitual estado de saúde, adaptação e bem-estar.

A consulta descentralizada é realizada através da deslocação de um enfermeiro da equipa de enfermagem da consulta de coagulação do CHCB, que transporta consigo todo o material necessário à realização da consulta, que em nada difere das consultas realizadas no CHCB. O enfermeiro executa todos os procedimentos técnicos inerentes à avaliação do INR capilar, regista e envia toda a informação necessária via *online* através de um programa informático dentro da rede do Hospital. Essas informações são interpretadas pelo médico que acompanha a consulta remotamente no Hospital, e cabe a este definir a dosagem terapêutica, marcar a consulta subsequente e enviar essas informações via *online* para o Centro de Saúde, onde são recebidas pelo enfermeiro e devidamente explicadas ao utente.

Apenas os doentes controlados pela terapêutica e devidamente selecionados pelo médico são admitidos à consulta descentralizada. Refira-se, ainda, que caso se registem alterações na coagulação durante o período de acompanhamento do utente na consulta descentralizada, este será reencaminhado novamente para a consulta hospitalar, sendo que esta continua aberta para receber os doentes que não desejem ser avaliados no Centro de Saúde. A consulta nos Centros de Saúde é ainda frequentemente acompanhada pelos Responsáveis da Qualidade do Serviço de Imunohemoterapia, para assegurar a manutenção dos requisitos de qualidade exigidos pela JCI e pela ISO 9001:2008. Da mesma forma, um elemento do Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação assegura a organização e manutenção do sistema informático (software e hardware) e a sua ligação à rede do CHCB, tendo sido fundamental, para o início do funcionamento da consulta nos Centros de Saúde, o apoio deste técnico do CHCB. De notar que todos os profissionais são envolvidos na descentralização da Consulta de Coagulação durante o seu tempo de trabalho, não incrementado por isso o custo associado a este projeto.

Inovar ao nível da prestação de cuidados de saúde e transformar as práticas atuais, no sentido de oferecer aos utentes serviços de qualidade superior e mais acessíveis, é o aspeto fulcral da estratégia da Descentralização Parcial da Consulta de Coagulação. O carácter inovador deste projeto reside, assim, em dois aspetos: o primeiro, no facto de a vigilância dos doentes continuar a ser feita por um médico especialista, só sendo feita a descentralização da análise capilar; o segundo, na possibilidade de num Centro de Saúde “âncora” serem reunidos doentes de vários Centros de Saúde do mesmo Agrupamento.

Neste sentido irá ser realizada uma Análise Custo Benefício da Descentralização Parcial da Consulta de Coagulação, sendo este um método de tomada de decisões económicas, comparando os custos de um projeto com os seus benefícios (Nassar & Al-Mohaisen, 2006), sendo possível através desta análise determinar se a transação está a criar valor e quais os custos e os riscos incorridos como resultado da operação (Allee, 2008), baseando-se na premissa de que um projeto irá melhorar o bem-estar social se os benefícios associados superarem os custos (Folland, Goodman, & Stano, 2008).

1.2. Objetivo da Investigação

A Descentralização Parcial da Consulta de Coagulação teve como objetivos a aproximação dos cuidados de saúde às populações de doente hipocoagulados, mantendo a mesma qualidade nos serviços médicos e de enfermagem prestados, e também a satisfação dos utentes. Quando se pretende adotar um sistema de aproximação dos cuidados aos doentes, os requisitos principais a ponderar é a continuação de um serviço de excelência e de qualidade, e estes foram os aspetos salvaguardados desde o início da implementação da descentralização. Para ser concretizada esta aproximação dos cuidados de saúde foram implementadas ações no sentido de disponibilizar a consulta fora do ambiente hospitalar e o mais próxima possível dos utentes que a ela acorrem. A descentralização tem ainda como objetivo melhorar a qualidade de vida dos utentes da consulta de coagulação, transformando as práticas tradicionais de prestação de cuidados de saúde através da oferta de serviços de qualidade, recorrendo ao uso de novas tecnologias de informação e comunicação.

Esta descentralização reflete uma maior eficiência dos cuidados de saúde prestados, visto assegurar um acesso mais facilitado pela parte dos utentes, sem qualquer perda de qualidade, reduzindo o fluxo de utentes na consulta hospitalar, o que melhora a organização e o atendimento no serviço. A articulação entre os profissionais que se encontram no Centro de Saúde e o médico que está no Hospital permite a rentabilização dos recursos humanos e a redução de erro na definição da terapêutica. Todo este processo é igualmente benéfico para o utente, pois traduz uma evidente melhoria no acesso à consulta, a redução significativa do tempo de espera na consulta e a manutenção do atendimento personalizado, com garantia de uma monitorização permanente.

Em suma, a descentralização desta consulta foi idealizada e concretizada de modo a que pudesse contribuir para melhorar a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde, melhorar a organização do Serviço de Coagulação, reduzir o risco de erro humano, rentabilizar os recursos humanos, reduzir a possibilidade de erros do utente em relação à terapêutica, aumentar a comodidade na realização do trabalho e incentivar ações de mudança que se traduzem num aumento da qualidade de vida.

O objetivo geral desta investigação é fazer uma Análise Custo Benefício da consulta de coagulação descentralizada. Nesta análise serão identificados e comparados custos por um lado, do Serviço de Imunohemoterapia do Centro Hospitalar da Cova da Beira, E.P.E. (custos diretos, indiretos e intangíveis associados à implementação desta consulta descentralizada), e por outro dos utentes da consulta de coagulação descentralizada (custos diretos, indiretos e intangíveis associados à frequência desta consulta descentralizada). Serão também comparados os custos dos utentes existentes com frequência da consulta normal do CHCB com os custos com a consulta descentralizada nos Centros de Saúde.

Os objetivos específicos da investigação é a identificação das necessidades atuais dos utentes da consulta descentralizada; a identificação das principais diferenças sentidas com a implementação da descentralização; a identificação dos principais custos e benefícios da descentralização na ótica do CHCB e do utente da consulta de coagulação; a análise da relação dos custos e benefícios da descentralização; a identificação de problemas e de aspetos a melhorar na descentralização parcial da consulta.

1.3. Questões de Investigação

Para Lewis & Pamela (1987, citados por Souza & Souza, 2012) uma questão de investigação é aquela que explicita precisamente a área de investigação. Souza & Souza (2012) consideram que a questão é, ou as questões de investigação são a “metade do trabalho” de um cientista. Um cientista é aquele que sabe formular questões interessantes e profundas sobre sua área de trabalho e estabelecer relações com outras áreas e com o mundo. As questões de investigação são os guias que orientam o tipo de informação necessária, como a recolha de informação deve ser feita e define a abrangência do corpus de dados para a resolução de um problema.

Uma questão de investigação deverá ser importante, específica e sem resposta evidente ou rotineira. Quando se formula uma questão da qual já se sabe como responder ou onde se pode encontrar diretamente a resposta, pode estar-se diante de uma falsa questão de investigação. As características de uma questão de investigação vão além de ser relevante e executável, passam também por ela ser nova, ética e desafiadora (Souza & Souza, 2012).

Esta investigação pretende fazer uma Análise Custo Benefício da descentralização parcial da consulta de coagulação do Centro Hospitalar da Cova da Beira, tendo por base as três questões centrais seguintes:

- Quais os custos diretos, indiretos e intangíveis associados à implementação desta consulta descentralizada por parte do Centro Hospitalar da Cova da Beira?
- Quais os custos diretos, indiretos e intangíveis associados à frequência, por parte do utente, desta consulta descentralizada?
- Quais os custos que os utentes têm com a consulta de coagulação, antes e depois da descentralização?

Capítulo 2

Revisão de Literatura

2.1. Cuidados de Proximidade

As várias transformações operadas na sociedade, nomeadamente o envelhecimento da população e a alteração dos equilíbrios sociais, determinam necessidades para certos grupos de pessoas, dos quais se salientam os idosos, os indivíduos portadores de doença crónica e os deficientes, pois exigem uma crescente prestação de cuidados continuados, que são a forma mais humanizada de resposta (Augusto, *et al.*, 2002).

De acordo com o artigo 3º do Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Julho, Serviço Comunitário de Proximidade é a estrutura funcional criada através de parceria formal entre instituições locais de saúde, de segurança social e outras comunitárias para colaboração na prestação de cuidados continuados integrados, constituído pelas unidades de saúde familiar, ou, enquanto estas não existirem, pelo próprio centro de saúde, pelos serviços locais de segurança social, pelas autarquias locais e por outros serviços públicos, sociais e privados de apoio comunitário que a ele queiram aderir.

Os cuidados de proximidade consubstanciam um conjunto de serviços ao dispor da população, com uma maior proximidade dos profissionais de saúde, não apenas em termos geográficos, mas sim disponibilizando respostas às necessidades, alicerçadas numa filosofia de maior proximidade dos cuidados a todos os níveis (primário, secundário e terciário) aos utentes, família e comunidade (Ávila, 2009).

Para o enfermeiro Élvio Henriques de Jesus (2005, citado por Ávila, 2009) cuidados de proximidade são o conjunto articulado dos serviços e outros recursos de saúde que se encontram disponíveis para os cidadãos, o mais próximo possível (não apenas distância física), a que os mesmos podem ocorrer, quer se trate de cuidados inerentes à promoção da saúde e prevenção da doença, quer digam respeito ao tratamento ou recuperação do seu habitual estado de saúde, adaptação e bem-estar. Estes serviços deverão estar verdadeiramente centralizados no próprio cidadão e adotar a melhor organização e interligação possíveis, de forma a garantir a qualidade, a eficácia e a segurança dos cuidados prestados. Na opinião de Pacheco (2002, citado por Silva, Sousa, & Bango, 2013) o conceito ganha uma importância considerável, no âmbito dos cuidados de enfermagem, por um lado, por envolver uma dupla proximidade (física e afetiva) e por outro, porque por essa razão, coloca problemas relativamente aos limites das relações difíceis de resolver.

2.2. Terapêutica Anticoagulante

A coagulação é um processo natural que permite ao organismo reduzir as perdas de sangue em caso de hemorragia. Para tal, é necessário que as substâncias químicas e os fatores de coagulação reajam entre si e com as plaquetas, formando um coágulo (Teixeira, 2006). A coagulação do sangue, cuja etapa final é a conversão do fibrinogénio em fibrina, envolve a participação de um grande número de substâncias. Algumas dessas substâncias promovem a coagulação e são denominadas pró-coagulantes, enquanto outras inibem a coagulação, sendo denominadas anticoagulantes. Em condições normais predominam a ação das substâncias anticoagulantes e o sangue circulante não coagula (Praça, Brás, Anes, Brás, & Geraldes, 2012).

A coagulação do sangue e a hemostasia primária mediada por plaquetas evoluíram como mecanismos de defesa contra hemorragias. O sistema de coagulação é desencadeado em resposta à rutura do endotélio, o que permite a exposição do sangue ao tecido extravascular. As respostas do sistema de coagulação são coordenadas com a formação de um tampão de plaquetas que inicialmente fecha a lesão vascular. Os mecanismos anticoagulantes garantem o controlo cuidadoso da coagulação e, em condições normais, eles prevalecem sobre as forças pró-coagulantes (Dahlbäck, 2000).

O sangue pode coagular por causas hereditárias ou adquiridas, as quais, isoladamente ou em conjunto, favorecem a coagulação do sangue provocando uma inflamação das veias que se chama de tromboflebite. Outras vezes, por mau funcionamento do coração, pela presença de uma válvula artificial ou por outras causas, o sangue não é corretamente bombeado, formando coágulos. Estes coágulos podem soltar-se e circular através das veias e artérias produzindo embolias, podendo ser muito grave (Teixeira, 2006).

A doença tromboembólica constitui um problema grave de saúde. O Tromboembolismo Venoso engloba a trombose venosa profunda e a embolia pulmonar (Alves, 2012). O tromboembolismo venoso é uma das principais causas de morte e morbidade entre os pacientes hospitalizados (Sonaglia & Agnelli, 2000), estimando-se que haja uma incidência de 500 000 casos anuais de Tromboembolismo Venoso nos Estados Unidos, com aproximadamente 50 mil mortes por embolia pulmonar (Silva, 2002). Na fase aguda do Tromboembolismo Venoso, associa-se a alta probabilidade de complicações graves, muitas vezes fatais. Na sua fase crónica, pode ser responsável por inúmeros casos de incapacitação física e enormes custos socioeconómicos e pessoais, com o desenvolvimento de insuficiência venosa crónica grave, configurando a denominada síndrome pós-trombótica ou síndrome pós-flebítica (Maffel, 1987, Caiafa, 1991, citados por Caiafa & Bastos, 2002)

A trombose venosa profunda (TVP) caracteriza-se por uma formação aguda de trombos em veias do sistema profundo (veias situadas em profundidade) e é mais comum afetar os

membros inferiores, no entanto também pode ocorrer na veia cava, nas veias jugulares internas e no seio cavernoso e nos membros superiores (Maffei & Rollo, 2002, Yoshida, 2000, citados por Melo, Silva, Silva, Melo, & Lins, 2006). A TVP é uma doença de alta prevalência e ocorre principalmente como complicação de outro processo patológico como neoplasias e infeções, pós-operatório de grandes cirurgias, traumas, e imobilizações prolongadas dos membros inferiores. A TVP também pode ocorrer de forma espontânea sem qualquer associação a outras doenças como é observado nas trombofilias hereditárias (Franco, 2002, Maffei & Rollo, 2002, citados por Melo, Silva, Silva, Melo, & Lins, 2006).

A Embolia Pulmonar é atualmente reconhecida como uma das principais causas de morte hospitalar evitável (Alves, 2012). Esta é uma obstrução de uma artéria pulmonar, que pode ser causada por um tecido de tumor, ar, gordura ou um coágulo de sangue. Os sintomas e sinais de embolia pulmonar podem incluir dores no peito, palpitações e dor abdominal superior. No entanto, os sintomas podem ser vagos e não específicos, e a embolia pulmonar pode ser difícil de diagnosticar (Carmichael, 2011). Para Ratcliffe (2009) os principais fatores que contribuem para o desenvolvimento da trombose incluem estase venosa, hipercoagulabilidade e trauma venoso. Outros fatores que podem predispor ao desenvolvimento da Embolia Pulmonar são cirurgia, idade, fratura prévia, trombose venosa profunda anterior, acidente vascular cerebral, obesidade, mobilidade reduzida, gravidez, doença cardíaca ou pulmonar, tabagismo e cancro.

A Hipocoagulação oral é um tratamento que permite, através da administração de medicamentos, diminuir a capacidade de coagulação do sangue (Praça, Brás, Anes, Brás, & Geraldes, 2012). Os anticoagulantes orais são medicamentos que fazem com que o sangue demore mais tempo a coagular existindo vários nomes comerciais de anticoagulantes orais, sendo os mais utilizados em Portugal o Varfine®Varfarina e o Sintrom®Acenocumarol (Teixeira, 2006). A análise que permite controlar periodicamente o nível da coagulação sanguínea denomina-se por tempo de protrombina e é apresentado através de uma medida padronizada conhecida por INR que permite monitorizar a anticoagulação oral (Klack & Carvalho, 2006).

A eficácia deste grupo de medicamentos está bem estabelecida na prevenção primária ou secundária do tromboembolismo venoso, na prevenção do embolismo sistémico em doentes com fibrilhação auricular ou com próteses valvulares cardíacas, como auxiliar na prevenção das embolias sistémicas ou na redução da recorrência do enfarte do miocárdio (Ansell, Hirsh, Hylek, Jacobson, Crowther, & Palareti, 2008).

As indicações para uso prolongado de anticoagulantes orais, ou drogas anti vitamina K, têm vindo a aumentar à medida que são detetadas situações clínicas que predispõem a fenómenos tromboembólicos, exigindo controlo adequado e seguro desse tipo de medicação (Hirsh &

Fuster, 1994, Stults, Dere, & Caine, 1989, citados por Lourenço, Lopes, Vignal, & Morelli, 1997).

Estes fármacos não estão isentos de complicações, nomeadamente hemorrágicas (Landefeld, & Beyth, 1993 citados por Barreira, *et al.*, 2004) e tromboembólicas, consequências muitas vezes de um efeito anticoagulante excessivo e de insuficiente efeito anticoagulante, respetivamente. A variabilidade do efeito anticoagulante num determinado doente, devida em parte às suas numerosas interações com fármacos e alimentos, obriga à necessidade de um frequente ajustamento da posologia (Bonhorst, 2010). A interação farmacológica ocorre com a inibição da atividade da droga e desta no trato digestivo, aumento da produção de enzimas hepáticas ou redução da capacidade de ligação da varfarina às proteínas plasmáticas, aumentando a quantidade da droga livre no plasma (Tondato, 2004, citado por Klack & Carvalho, 2006). Deste modo torna-se fundamental a sua monitorização, levada a cabo pelo INR (van den Besselaar, 1991, citado por Barreira, *et al.*, 2004). Pacientes que fazem uso dessa terapêutica apresentam necessidades específicas, requerem especial atenção e, por isso, precisam de um acompanhamento clínico e laboratorial rigoroso para avaliação da equipe de saúde (Esmerio, Souza, Leiria, Lunelli, & Moraes, 2009).

2.3. Análise Custo Benefício

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 o 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, citados por Duarte, 2011).

A avaliação económica é tida como uma ferramenta fundamental para as tomadas de decisão na área da saúde, auxiliando os gestores a observarem o real impacto das doenças na sociedade e tem como principal objetivo auxiliar a tomada de decisão, visando uma melhor alocação dos escassos recursos disponíveis (Moraes, Campos, Figlie, Laranjeira, & Ferraz, 2006). A maioria dos economistas argumenta que a eficiência económica, mensurada como a diferença entre os benefícios e os custos, deve ser um dos critérios fundamentais para avaliar os regulamentos ambientais, de saúde e de segurança propostos (Arrow, *et al.*, 1997).

A Análise Custo Benefício é a avaliação económica mais utilizada por medir tanto os custos como os efeitos em unidades monetárias (Miller *et al.*, 2006, citados por Gallassi, Alvarenga, Andrade, & Couttolenc, 2008). As origens da Análise Custo Benefício (ACB) remontam a França (século XIX), difundindo-se mais tarde para o Reino Unido e Estados Unidos da América, especialmente aplicada nos sectores dos transportes e da engenharia hidráulica

(Comissão Europeia, 2004). As formas primitivas da ACB foram introduzidas há um século pelo *U.S. Army Corps of Engineers* para avaliar o controlo de inundações e outros sistemas de água. Com os grandes projetos de obras públicas durante a Grande Depressão da década de 1930, a necessidade de justificar programas caros tornou-se cada vez mais evidente (Folland, Goodman, & Stano, 2001). O uso sistemático da Análise Custo Benefício foi desenvolvido por organizações internacionais, tendo vindo a desempenhar um papel importante na avaliação de projetos infraestruturais de grande envergadura e constitui um requisito fundamental para o cofinanciamento comunitário consagrado nos regulamentos da UE (Comissão Europeia, 2004).

A Análise Custo Benefício para Lipson (2008) é uma importante ferramenta de decisão para as entidades públicas recolherem, organizarem e analisarem informações de determinadas maneiras, antes de empreenderem em grandes projetos ou regulamentos. A ACB fornece um método para avaliar propostas e projetos públicos e para a comparação de alternativas, promove o uso eficiente dos recursos escassos da sociedade (Folland, Goodman, & Stano, 2001).

A Análise Custo Benefício utiliza-se na avaliação *ex-ante*, durante a seleção de projetos para financiamento. Pode igualmente ser aplicada *ex-post* para avaliar o impacto de uma intervenção. (Comissão Europeia, 2004). Numa ACB deve-se começar por identificar e medir todas as perdas (custos) e ganhos (benefícios) que advém da realização de determinado projeto. A única medida que permite avaliar benefícios e custos nas mesmas unidades é a unidade monetária (Canhoto, 1994, citado por Reis E. , 2010).

O objetivo da Análise Custo Benefício é fornecer um procedimento consistente para avaliar as decisões em termos das suas consequências (Drèze & Stern, 1987), identificando, quantificando e ponderando os benefícios e os custos dos projetos de investimento destinados a aumentar o bem-estar da sociedade, como um todo (Canhoto, 1994, citado por Reis E., 2010), aceitando apenas os projetos que fazem um lucro positivo, no contexto da avaliação do projeto (Drèze & Stern, 1987).

Na opinião de Ocneanu & Bucsa (2013) a análise de custo benefício é um processo sistemático utilizado para calcular e comparar benefícios e custos de um projeto de investimento. O impacto de um projeto deve ser analisado em relação aos seus objetivos estabelecidos. A Análise Custo Benefício visa dois objetivos principais: destacar a oportunidade de um projeto, para que ele possa ser implementado, desde que o benefício supera o custo; e permitir a escolha entre várias opções possíveis para resolver um problema, por isso prefere uma que tem a maior proporção de benefícios para os custos.

A Análise Custo Benefício permite avaliar a criação ou destruição de valor de um projeto mediante a avaliação e comparação dos seus impactos positivos (benefícios) e dos seus

impactos negativos (custos). Existe criação de valor sempre que os benefícios gerados são superiores aos custos gerados e existe destruição de valor sempre que os benefícios gerados são inferiores aos custos gerados (Gaspar, 2011). A Análise Custo Benefício questiona se os valores que os indivíduos que compõem a comunidade em questão estariam dispostos a pagar para que o projeto prosseguisse excedendo os custos desse projeto. Se um projeto tem benefícios que claramente excedem os seus custos, parece razoável presumir que, na ausência de razões convincentes para o contrário, a sociedade ganharia se fosse para continuar (Ergas, 2009).

A Análise Custo Benefício é baseada no critério de eficiência de Kaldor-Hicks, encontrando o seu fundamento último no critério de eficiência de Pareto. Aplicada à Análise Custo Benefício, este critério significa que um projeto deve ser implementado sempre que gera mais benefícios do que custos. É um critério de eficiência mais prático e de maior exequibilidade dos projetos do que o critério de eficiência de Pareto (Boardman, Greenberg, Vining, & Weimer, 2001, Weimer Vining, 2005, citados por Gaspar, 2011). Os benefícios e custos considerados devem incluir não apenas aqueles diretamente atribuídos ao projeto, mas também quaisquer benefícios ou custos indiretos decorridos de externalidades ou outros efeitos de terceiros (Folland, Goodman, & Stano, 2008).

Para Diener, O'Brien, & Gafni (1998) a base conceitual da ACB está na economia do bem-estar, especificamente o critério de Kaldor-Hicks como um teste hipotético de compensação entre o valor dos ganhos de utilidade pública a partir de um programa em comparação com as perdas de serviços públicos. Os autores consideram que para facilitar a comparação dos ganhos de utilidade e perdas com os custos do programa a métrica da ACB é tipicamente dinheiro, onde o analista procura determinar o montante máximo que os consumidores estariam dispostos a pagar para ter o programa no lugar ou o mínimo que estaria disposto a aceitar para renunciar ao programa.

2.4. Tipos de Custos

O primeiro passo da Análise Custo Benefício consiste na identificação dos custos. É usual considerar três tipos de custos associados com determinada decisão médica: custos médicos diretos, custos não médicos diretos e custos indiretos (Barros, 2013). Para Kowalski & Ferraz (2005, citados por Moraes, Campos, Figlie, Laranjeira, & Ferraz, 2006) numa avaliação econômica completa, os custos podem ser classificados como diretos, indiretos e intangíveis. Para Daltio, Mari, & Ferraz (2007) os custos em saúde podem ser classificados nas seguintes categorias: custos diretos (médicos e não médicos), custos indiretos e custos intangíveis.

Custo pode ser entendido como o valor em dinheiro, ou equivalente em dinheiro, sacrificado para produtos e serviços que se espera que tragam um benefício atual ou futuro para a organização (Hansen & Mowen, 2003, citados por Abreu, Diehl, & Macagnan, 2011). Destaca-se o custo como uma função das escolhas estratégicas sobre a estrutura de como competir e

da habilidade administrativa nas escolhas estratégicas (Shanke & Govindarajan, 1997, citados por Abreu, Diehl, & Macagnan, 2011).

Heinrich (1959, citado por Campelo, 2004) estabeleceu uma relação entre os custos directos e os custos indirectos, traduzida pela conhecida imagem do “Iceberg”, na qual os custos indirectos (invisíveis) representam quatro vezes os custos directos (visíveis).

Os custos directos referem-se aos recursos destinados à prevenção, deteção, tratamento, etc.. Os medicamentos são um dos principais custos directos na saúde em Portugal (Araújo, *et al.*, 2009). Horgren *et al.* (1999, citados por Afonso, 2002) simplificam o exercício de classificação, considerando que os custos que podem ser identificados especifica e exclusivamente com um objeto de custo são custos directos. Na opinião de Colditz (1992) os custos directos correspondem ao valor dos recursos (cuidados pessoais de saúde, cuidados hospitalares, serviços médicos, assistência domiciliar de enfermagem, outros serviços profissionais, e medicamentos) que poderiam ser alocados para outros usos, na ausência de doença.

Custos directos são custos que incidem directamente sobre o bem, serviço ou atividade. Incorridos com a organização e operacionalização de determinado programa de saúde, como despesas com pessoal, medicação, atendimento psicológico, internação. Para além desses custos, incluem-se ainda os custos directos dos utentes e familiares, como, por exemplo, gastos com transporte para ir ao tratamento ou compra de medicação (Piola & Vianna, 2002, citados por Gallassi, Alvarenga, Andrade, & Couttolenc, 2008). Os custos directos incluem os relacionados com a utilização dos serviços de saúde, ou seja, consultas a médicos de família e especialistas, internamentos, medicamentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, etc. (Gouveia, Borges, Costa, Oliveira, David, & Carneiro, 2004). Silva, Pinto, Sampaio, Pereira, Drummond, & Trindade (1998) consideram que os custos directos a incluir são os dos cuidados consumidos devido ao tratamento e suas consequências, como as despesas de hospitalização ou as associadas à realização de consultas; ou os gastos em meios de diagnóstico e terapêutica e em cuidados de enfermagem e de reabilitação.

Para Moraes, Campos, Figlie, Laranjeira, & Ferraz (2006) os custos directos estão directamente relacionados aos recursos oriundos da intervenção. São subdivididos em custos médico-hospitalares (custo de medicações, exames, internações, remuneração dos profissionais, consultas médicas e fisioterápicas, cirurgias, entre outros) e custos não médico-hospitalares (transporte de ida e volta ao tratamento, contratação de terceiros para auxílio no tratamento, entre outros). Custos médicos directos são definidos como os pagamentos feitos para os cuidados médicos prestados (Hodgson & Meiners, 1982, citados por Clabaugh & Ward, 2008) e incluem serviços de ambulatório e os serviços impacientes (ou seja, internações hospitalares) (Kulichova, Gamba, Ricci, & Garattini, 2004). Os custos directos não médicos são

todos os custos monetários que não estão associados com os profissionais de saúde ou bens e serviços de saúde. Incluem transporte, comida especial, etc. (Barros, 2013).

Os custos indiretos, por vezes referido como custos de produtividade, incluem os custos decorrentes da perda de produtividade no trabalho, em casa ou em atividades de lazer devido à morbidade dos pacientes e o não pagamento dos cuidadores. Os custos indiretos podem muitas vezes ser difícil de medir com precisão (Keating, Perfetto, & Subedi, 2005). A doença reduz a produtividade económica (a mesma população produz menos); enquanto a morte origina perdas de produtividade (redução do total de população com capacidade produtiva). Os custos indiretos podem estar associados aos pacientes, família ou amigos e incluem, entre outros, o valor do tempo dedicado a apoio a familiares doentes, a ausência ao trabalho, e ainda o tempo de lazer sacrificado por razões de doença (Pereira, Mateus, & Amaral, 1999). São gastos que contribuem para a produção mas cuja imputação aos produtos não é feita diretamente (Afonso, 2002).

Os custos intangíveis são os custos atribuíveis ao paciente que sofre com uma doença. Como no caso dos custos indiretos, também os custos intangíveis podem ser difíceis de medir (Keating *et al.*, 2005). Moraes *et al.* (2006) consideram ainda que os custos intangíveis são os mais difíceis de serem medidos ou quantificados, pois referem-se ao custo do sofrimento físico e/ou psíquico. Dependem, unicamente, da perceção que o paciente tem sobre seus problemas de saúde e as consequências sociais, como o isolamento.

Para Abreu, Diehl, & Macagnan (2011) a mensuração dos custos é realizada por meio de sistemas de custeio. Uma importante limitação dos sistemas de custeio tradicionais é que não consideram explicitamente os custos relacionados a fatores intangíveis. Assim, é preciso procurar formas de medir os custos intangíveis, o que tem sido feito por alguns trabalhos.

Capítulo 3

Metodologia de Investigação

A investigação em geral caracteriza-se por utilizar os conceitos, as teorias, a linguagem, as técnicas e os instrumentos com a finalidade de dar resposta aos problemas e interrogações que se levantam nos diversos âmbitos do trabalho (Reis F. , 2010). O investigador determina os métodos que irá utilizar para obter respostas às questões de investigação colocada, define a população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efetuar a colheita dos dados. Assegura-se também de que os instrumentos são fiéis e válidos (Fortin, 2000, citado por Ávila, 2009).

A metodologia é um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões e, como tal, um caminho ou conjunto de fases progressivas que conduzem a um fim (Rodrigues, 2005, citado por Lavaredas, 2010). A metodologia será, pois, a organização crítica das práticas de uma investigação que se desenrola desde a conceptualização e que vai permitir chegar a conclusões fiáveis e consonantes com os propósitos iniciais que nos propomos encetar (Lavaredas, 2010). Para Silva & Menezes (2005) a metodologia deve fornecer detalhadamente a pesquisa, esclarecer os caminhos que foram percorridos para chegar aos objetivos propostos, apresentar todas as especificações técnicas, indicar como foi selecionada a amostra, apresentar os instrumentos de pesquisa utilizados, mostrar como os dados foram tratados e como foram analisados.

3.1. Abordagem de Investigação

A pesquisa de investigação consiste num conjunto de ações que pretendem dar resposta precisa a um problema, através do recurso a diversos instrumentos. Para essa tarefa, o investigador utiliza o conhecimento anterior acumulado e manipula os diferentes métodos e técnicas para obter resultados pertinentes às suas indagações (Reis F. , 2010). Para a realização de uma pesquisa científica é imprescindível a existência de uma pergunta que se deseja responder, a elaboração de um conjunto de passos que permitam chegar à resposta e a indicação do grau de confiabilidade na resposta obtida (Goldemberg, 1999, citado por Silva & Menezes, 2005).

Na presente dissertação foi utilizado o estudo de caso para se conseguir responder às questões que estão na base desta investigação. O estudo de caso é um estudo empírico que investiga um fenómeno atual dentro do seu contexto de realidade, quando as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidência (Yin, 2005, citado por Gil, 2008).

O estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado, tarefa praticamente impossível mediante os outros tipos de delineamentos considerados. O estudo de caso vem sendo utilizado com frequência cada vez maior pelos pesquisadores sociais, visto servir a pesquisas com diferentes propósitos, tais como explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos; descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação; e explicar as variáveis causais de determinado fenómeno em situações muito complexas que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos (Gil, 2008).

Segundo Reis F. (2010) a investigação utiliza como formas de pesquisa, segundo os seus objetivos, a pesquisa explicativa, a pesquisa descritiva e a pesquisa exploratória. Sob o ponto de vista da forma de abordagem do problema, as pesquisas são classificadas em quantitativa e qualitativa.

A forma de pesquisa, segundo os objetivos, que foi empregada de forma mais evidente no decorrer da presente investigação foi a descritiva pois esta pretende a descrição de determinada população, que neste caso é a população da consulta de coagulação, estabelecendo relações entre a consulta normal e a descentralizada. A pesquisa descritiva caracteriza-se como o estudo que procura determinar opiniões ou projeções futuras nas respostas obtidas. Visa a descrição do fenómeno em estudo, a especificação dos conceitos decorrentes do mesmo e a elaboração de um quadro conceptual que, além de definir a perspectiva do estudo, serve de elo de ligação entre os conceitos e a sua descrição (Reis F. , 2010). A pesquisa descritiva configura-se como um estudo intermediário entre a pesquisa exploratória e a explicativa, ou seja, não é tão preliminar como a primeira nem tão aprofundada como a segunda. Nesse contexto descrever significa identificar, relatar, comparar, entre outros aspetos (Raupp & Beuren, 2003). Tem como principal objetivo a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (Gil, 2008).

A pesquisa explicativa é um tipo de pesquisa mais complexa, pois, além de registrar, analisar, classificar e interpretar os fenómenos estudados, procura identificar os seus fatores determinantes. A pesquisa explicativa tem por objetivo aprofundar o conhecimento da realidade, procurando a razão, o porquê das coisas e por esse motivo está mais sujeita a erros (Andrade, 2002, citado por Raupp & Beuren, 2003). A pesquisa exploratória tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Este tipo de pesquisa é desenvolvido com o objetivo de proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo, sobre determinado facto. A pesquisa exploratória é realizada especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis (Gil, 2008).

Sob o ponto de vista da forma de abordagem do problema, a forma de pesquisa utilizada foi a quantitativa, pois nesta pesquisa foram usados questionários para a obtenção de dados, instrumentos estatísticos para análise de dados, e teoria para o desenvolvimento das hipóteses.

A pesquisa quantitativa é definida como aquela que normalmente utiliza inquéritos por amostragem aleatória e entrevistas estruturadas para recolher dados, principalmente, os dados quantificáveis, e analisando-os usando técnicas estatísticas (Carvalho & White, 1997, citados por Hayati, Karami, & Slee, 2006) permitindo a mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes num universo, por meio de uma amostra que o represente estatisticamente (Terence & Filho, 2006). As suas características principais são obedecer a um plano pré-estabelecido, com o intuito de enumerar ou medir eventos; utilizar a teoria para desenvolver as hipóteses e as variáveis da pesquisa; examinar as relações entre as variáveis por métodos experimentais ou semi experimentais, controlados com rigor; empregar, geralmente, para a análise dos dados, instrumentos estatísticos; confirmar as hipóteses da pesquisa ou descobertas por dedução, ou seja, realiza previsões específicas de princípios, observações ou experiências; utilizar dados que representam uma população específica (amostra), a partir da qual os resultados são generalizados, e usar, como instrumento para colheita de dados, questionários estruturados, elaborados com questões fechadas, testes e *checklists*, aplicados a partir de entrevistas individuais, apoiadas por um questionário convencional (impresso) ou eletrónico (Denzin & Lincoln, 2005, Neves, 1996, Hayati, Karami & Slee, 2006, citados por Terence & Filho, 2006).

A pesquisa qualitativa é definida como aquela que normalmente usa uma amostragem intencional e métodos semiestruturadas ou interativos para recolher dados, principalmente os dados referentes aos julgamentos das pessoas, atitudes, preferências, prioridades e/ou percepções sobre um tema, e analisando-os através de técnicas de pesquisa sociológicas ou antropológicas (Carvalho & White, 1997, citados por Hayati, Karami, & Slee, 2006).

Os métodos de abordagem, tradicionalmente divulgados em termos históricos, que fornecem as bases lógicas à investigação são o dedutivo, o indutivo e o hipotético-dedutivo. A dedução prova que algo 'deve ser'. A indução mostra que alguma coisa 'é realmente' operativa. A hipótese simplesmente sugere que alguma coisa 'pode ser' (Carvalho, 2009).

O método dedutivo foi o método aplicado nesta investigação pois partiu-se do conhecimento e teorias já existentes acerca da Análise Custo Benefício e foram aplicados na realidade da consulta de coagulação. Para além deste método existe ainda o indutivo e o hipotético-dedutivo. O método dedutivo é o método que parte do geral e, a seguir, desce ao particular. Parte de princípios reconhecidos como verdadeiros e indiscutíveis e possibilita chegar a conclusões de maneira puramente formal, isto é, em virtude unicamente de sua lógica (Gil, 2008). Este método procura transformar enunciados complexos e universais em particulares,

numa ou em várias premissas. A dedução parte do conhecimento geral para o particular. Parte das teorias e leis para prever a ocorrência de fenómenos particulares. Tem o propósito de explicar o conteúdo das premissas. A dedução não serve para ampliar conhecimento, mas sim para garantir o rigor do caminho seguido pelo pensamento (Carvalho, 2009). O método dedutivo propõe que se elaborem mecanismos de abstração para pensar primeiramente o domínio/contexto, independentemente de pensar os elementos e suas relações - esta seria uma etapa posterior (Campos, Souza, & Campos, 2003). O método indutivo caminha, na aproximação aos fenómenos, para planos cada vez mais abrangentes, indo das constatações mais particulares às leis e teorias. Parte dos factos particulares observados para chegar a uma proposição geral do conjunto da realidade empírica (Carvalho, 2009). O método indutivo possibilita a elaboração de modelos, partindo, desde o início, da representação dos elementos/objetos e relações de um contexto (Campos, Souza, & Campos, 2003). O método hipotético-dedutivo inicia-se pela perceção de uma lacuna nos conhecimentos, acerca da qual se formulam hipóteses testando posteriormente a predição da ocorrência de fenómenos abrangidos pela hipótese (Carvalho, 2009).

3.2. Caracterização da População

Uma população é um agregado total de casos que preenchem um conjunto de critérios especificados. Assim, uma população pode ser amplamente definida, envolvendo milhões de pessoas, ou especificada para incluir apenas algumas centenas de pessoas. As populações não estão restritas aos sujeitos humanos. Qualquer que seja a unidade básica, a população compreende o grupo de entidades no qual o pesquisador está interessado (Polit *et al.*, 2004, citados por Lavaredas, 2010). População (ou universo da pesquisa) é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características definidas para um determinado estudo (Silva & Menezes, 2005).

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 (Fortin, 2009, Sampieri *et al.*, 2006, citados por Duarte, 2011). Para Morse (1991, citado por Ávila, 2009) as pessoas fazem parte da investigação, participam nela (são ativos no estudo), permitindo assim uma melhor compreensão das suas vidas e das suas interações sociais.

Para este estudo não se recorreu apenas a uma amostra mas sim à totalidade da população, tendo sido inquiridos todos os utentes que atualmente recorrem à forma descentralizada da consulta de coagulação do Centro Hospitalar da Cova da Beira, e que fazem efetivamente a consulta de coagulação num dos Centros de Saúde aderentes, não sendo contabilizados os

utentes que fazem a consulta em Centros de Dia ou no domicílio, por exemplo. Os Centros de Saúde abrangidos por essa população são o de Belmonte, Tortosendo, Unhais da Serra, Silvares e Teixoso, tendo sido inquiridos 386 utentes. Desse número apenas não se obteve respostas de apenas 79 utentes (Anexo 2).

3.3. Instrumentos de Recolha de Dados

Em qualquer tipo de investigação os aspetos éticos deverão ser salvaguardados e os direitos dos inqueridos respeitados. Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas (Fortin, 1999, citado por Ávila, 2009). Segundo o (Belmont Report, 1979) são três os princípios básicos particularmente relevantes para a ética da pesquisa envolvendo seres humanos: o princípio de respeito pelas pessoas, o princípio da beneficência e o princípio da justiça.

Na base ética da recolha de dados para este estudo foram sempre tidos em consideração estes três princípios éticos, tendo como prioridade o respeito pelas pessoas. Neste estudo foi salvaguardado o anonimato de cada inquirido, bem como a confidencialidade dos dados. A cada participante foi explicado o teor da investigação bem como os seus objetivos, sendo sempre colocado à disposição o esclarecimento de qualquer dúvida que surgisse, para que posteriormente pudesse ser decidido por estes a sua participação no estudo. Foi fornecido a cada participante o Consentimento Livre e Informado (Anexo 3) por escrito, para que pudessem consentir a sua participação no estudo.

Além do Consentimento Livre e Informado, foi feita uma Carta de Apresentação para o Conselho de Administração do CHCB (Anexo 4), para a Comissão de Ética e para o Serviço de Imunohemoterapia, em que foi explicado de modo resumido o teor do estudo e foi solicitado um parecer para a realização do estudo. Visando a proteção do conteúdo das informações e dados recolhidos foi também entregue ao CHCB uma Declaração de Confidencialidade (Anexo 5), de modo a garantir a confiabilidade, validade e resultados estatísticos da investigação.

A definição dos instrumentos de recolha de dados depende dos objetivos que se pretende alcançar com a pesquisa e do universo a ser investigado. Sendo a recolha de dados um processo de observação, de medida e de disponibilização de dados, tem como propósito recolher informação, a partir de questões formuladas, respeitando sempre a matéria da investigação e de acordo como os objetivos estabelecidos (Reis F. , 2010).

Para a recolha de informações acerca deste tema foram usados questionários para a obtenção de dados junto dos utentes da consulta descentralizada e a pesquisa bibliográfica, usada também para o desenvolvimento da investigação.

Na pesquisa bibliográfica para esta investigação recorreu-se ao uso de livros, artigos científicos obtidos através de bases de dados e também diversas dissertações e trabalhos

académicos, para que se pudesse recolher uma maior quantidade de informação sobre a temática da investigação. A pesquisa bibliográfica é uma modalidade de estudo e análise de documentos de domínio científico tais como livros, periódicos, enciclopédias, ensaios críticos, dicionários e artigos científicos. Como característica diferenciadora ela pontua que é um tipo de estudo direto em fontes científicas, sem precisar recorrer diretamente aos fatos/fenómenos da realidade empírica (Oliveira, 2007, citado por Sá-Silva, Almeida, & Guindani, 2009).

O questionário usado nesta investigação (Anexo 6) é constituído por perguntas abertas e perguntas fechadas. As perguntas abertas, destinadas a obter uma resposta livre, embora possibilitem recolher dados ou informações mais ricas e variadas, são analisadas e codificadas com maiores dificuldades (Cervo & Bervian, 1981). As perguntas fechadas destinam-se a obter respostas mais precisas. Estas são padronizadas, de fácil aplicação, fáceis de analisar ou codificar. (Cervo & Bervian, 1981). O grupo das perguntas abertas tem como objetivo a caracterização população, pretendendo-se saber neste grupo a idade, o sexo, a localidade em que reside, a localidade do centro de saúde em que frequenta a consulta descentralizada e a profissão de cada utente. O grupo de perguntas fechadas tem como objetivo o levantamento de dados para a investigação e neste pretende-se saber a distância percorrida para se dirigirem as consultas, o tempo despendido em cada consulta, o meio utilizado em cada deslocação, o gasto por consulta em cada deslocação, os incómodos adicionais a cada deslocação e o grau de satisfação com diversos aspetos da consulta. É importante referir que estas perguntas foram divididas no que era praticado antes da descentralização da consulta, ou seja, quando a consulta era no CHCB, e o que acontece atualmente com a descentralização e em que os utentes se dirigem ao centro de saúde mais próximo da sua residência.

A recolha de dados foi feita através da deslocação com os enfermeiros do serviço de Imunohemoterapia do CHCB aos Centros de Saúde onde é feita a descentralização da consulta de coagulação. Esta recolha foi executada semanalmente entre os dias 18 de Novembro de 2013 a 29 de Janeiro de 2014 nos Centros de Saúde do Tortosendo (Segundas-Feiras), de Silvares (Terças-Feiras) e do Teixoso (Quartas-Feiras), e entre os dias 5 de Fevereiro de 2014 a 9 de Abril de 2014 nos Centros de Saúde de Belmonte (Quartas-Feiras) e de Unhais da Serra (quinzenalmente às Segundas-Feiras).

3.4. Métodos de Análise e Tratamento de Dados

A ferramenta escolhida para o tratamento estatístico é o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 21.0, este é um programa informático poderoso de apoio à estatística (Pestana & Gageiro, 2008) que permite realizar cálculos estatísticos complexos, e visualizar os seus resultados, em poucos segundos (Pereira & Patrício, 2013).

A escolha do tratamento estatístico adequado torna necessário identificar as escalas ou níveis de medidas das variáveis. As variáveis são atributos, propriedades ou especificidades de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação (Fortin, 1999, citado por Duarte, 2011). Há quatro escalas ou níveis de medida das variáveis: nominal, ordinal, intervalo e rácio. Numa escala nominal os elementos são atributos ou qualidades. Os números servem apenas para identificar ou categorizar os elementos. As variáveis de escala nominal incluem, por exemplo, o sexo, a raça, a religião. Numa escala ordinal apenas podem ser distinguidos diferentes graus de um atributo ou variável, existindo portanto entre eles uma relação de ordem. Os números são associados de modo a que a relação de ordem se continue a manter. Os escalões de rendimento, as classes etárias, as ordens de preferência, são alguns exemplos de variáveis de escala ordinal. As variáveis de escala nominal ou ordinal podem também ser classificadas como qualitativas (Pestana & Gageiro, 2008).

Numa escala de intervalo o uso de números para classificar os elementos é feito de forma que, a igual diferença entre os números, corresponda igual diferença nas quantidades do atributo medido. O zero é um valor arbitrário e não representa a ausência da característica medida. Como exemplo de escalas de intervalo tem-se a temperatura medida em graus Celsius, onde o zero não indica a total ausência de calor. Uma escala rácio só difere de uma escala de intervalo, porque o zero tem existência real, denotando ausência da característica medida. O peso, a altura, o tempo, a velocidade, são exemplos de variáveis medidas em escala rácio. As variáveis de intervalo ou rácio podem ser classificadas também como quantitativas. As variáveis quantitativas ainda se podem subdividir em discretas e contínuas, consoante o seu domínio ou campo de variação seja um conjunto finito de pontos (discretas), ou possa assumir qualquer valor de um intervalo (contínuas) (Pestana & Gageiro, 2008). No SPSS tanto as variáveis de intervalo como as de rácio são consideradas medidas de escala (*Scale*).

A análise estatística inclui a análise descritiva e inferencial dos dados. O estudo descritivo de cada variável, quer seja nominal, ordinal e intervalo ou rácio, abrange as estatísticas adequadas à interpretação dos dados e a sua representação gráfica. A maioria das estatísticas descritivas referentes a variáveis de níveis intervalo ou rácio, como a média, a variância, o desvio padrão e o coeficiente de dispersão por dependerem da totalidade das observações devem ser usadas em distribuições simétricas ou moderadamente assimétricas. Numa distribuição simétrica utiliza-se a média como representante do centro de distribuição, visto

que as medidas de tendência central são iguais entre si, isto é, a média é igual à mediana, e igual à moda (Pestana & Gageiro, 2008).

As medidas de localização e de tendência central são a média aritmética, a mediana e a moda, sendo esta última o valor da variável com maior frequência absoluta ou relativa. As medidas de dispersão absolutas, isto é, as que se expressam nas próprias unidades das variáveis são a amplitude total, a amplitude interquartil, a diferença de percentis, a variância, o desvio padrão e o erro padrão ou estimativa do erro amostral. A variância é obtida pela média do quadrado dos desvios das observações em relação à média. A variância é expressa em unidades ao quadrado, e que portanto a torna de difícil interpretação, sendo preferível o uso da sua raiz quadrada, a que se chama desvio padrão (Pestana & Gageiro, 2008).

A normal é uma distribuição contínua, com a forma de um sino, definida com base em dois parâmetros, a média (μ) e o desvio padrão (σ), sendo simétrica em relação à média e tendo pontos de inflexão ou de mudança de concavidade em $x=\mu\pm\sigma$. A distribuição normal por ser simétrica permite o cálculo da média e do desvio padrão como valores mais representativos, respetivamente, da localização e da dispersão. O estudo da normalidade da distribuição recorre ao teste não paramétrico de aderência à normal *Kolmogorov-Smirnov*, com a correção de *Lilliefors* ou ao teste *Shapiro Wilks* (Pestana & Gageiro, 2008).

Sendo a amostra aleatória, inferem-se os resultados para o universo utilizando testes estatísticos, cuja interpretação se fundamenta nas regras de decisão. Nos ensaios de hipóteses há duas hipóteses mutuamente exclusivas e exaustivas, a hipótese nula (H_0) e a hipótese alternativa (H_a), e há quatro resultados possíveis: duas decisões corretas (não rejeitar a hipótese nula quando ela é verdadeira, ou aceitar a hipótese alternativa quando ela é verdadeira) e dois tipos de erros (o erro tipo I e o erro tipo II). O erro tipo I, também designado por nível de significância (*sig*), é a probabilidade de rejeitar erradamente H_0 , isto é, a probabilidade de rejeitar H_0 sabendo que H_0 é verdadeiro. O erro tipo II é a probabilidade de rejeitar incorretamente H_a , isto é, a probabilidade de rejeitar H_a sabendo que H_a é verdadeiro. Como são probabilidade os erros variam sempre entre 0 e 1. A hipótese nula é considerada verdadeira até prova em contrário. Nos testes bilaterais tal significa que se o valor do erro tipo I associado ao teste (*sig*) for menor ou igual ao escolhido pelo analista, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa. Se o valor do erro tipo I associado ao teste (*sig*) for maior que o escolhido pelo analista, não se rejeita a hipótese nula. Nos testes unilaterais a regra de decisão significa que se (*sig/2*) for menor ou igual ao erro tipo I escolhido pelo analista, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa. Caso contrário não se rejeita a hipótese nula. Sempre que H_a tem o sinal diferente (\neq) está-se perante um teste bilateral. Sempre que a hipótese alternativa inclua o sinal maior ou menor ($>$ ou $<$) está-se perante um teste unilateral. O valor que o analista

escolhe para o erro tipo I (normalmente 0,01; 0,05; ou 0,10) deve ser determinado por sua própria estimativa, em função da importância prática dos resultados e da maior potência do teste (Pestana & Gageiro, 2008).

Amostras independentes são as comparações de dois ou mais grupos de sujeitos cujas observações são independentes umas das outras. O teste de independência do Qui-Quadrado permite analisar a relação de independência entre variáveis qualitativas. O teste de independência *Kolmogorov-Smirnov* analisa a distribuição de uma variável ordinal nas categorias de uma variável dicotômica (variável que só pode tomar dois possíveis valores). As hipóteses dos testes de independência são: H_0 : As variáveis são independentes; H_a : Existe relação entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2008).

Os testes paramétricos t aplicam-se tanto a amostras independentes como a amostras emparelhadas. Servem para testar hipóteses sobre médias de uma variável de nível quantitativo numa dicotômica. Quando as amostras têm dimensão inferior ou igual a 30, os testes t exigem que o(s) grupo(s) em análise tenha(m) distribuição normal (Pestana & Gageiro, 2008).

A análise da variância pode ser univariada ou multivariada consoante inclua respetivamente uma ou várias variáveis endógenas, também designadas por dependentes, e que são de natureza quantitativa. Na Anova as variáveis exógenas, também designadas por independentes são de natureza qualitativa (nominal ou ordinal), e designam-se por fatores. Quando existe apenas um fator a análise da variância denomina-se por *One-Way Anova*. Este é uma extensão do teste t de *Student* pois também permite comparar duas ou mais médias, mas no teste t a variável exógena é dicotômica e no *One-Way Anova* tem de ser apenas qualitativa, com duas ou mais categorias. Quando se testa a igualdade de mais de duas médias, e dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se aos testes *Post-hoc*, à análise da tendência ou às comparações planeadas, para saber quais as médias que se diferem entre si (Pestana & Gageiro, 2008).

A regressão é um modelo estatístico usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza essencialmente intervalo ou rácio (variáveis independentes ou X's). Quando existe apenas uma variável X, o modelo designa-se por regressão linear simples (MRLS). Quando existe mais do que uma variável X o modelo designa-se por regressão linear múltipla (MRLM) Na regressão, a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever Y. quando Y varia com X e não existem alterações durante o período de previsão que afetem o modelo, então quanto maior for a correlação entre X e Y melhor é a previsão. (Pestana & Gageiro, 2008).

O coeficiente de correlação *Ró de Spearman* mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais, aplicando-se igualmente em variáveis intervalo/rácio como alternativa ao *R de Pearson*, quando neste último se viola a normalidade. O coeficiente *Ró de Spearman* varia entre -1 e 1, quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação linear entre as variáveis. O sinal negativo da correlação significa que as variáveis variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas da outra variável. O *R de Pearson* aplica-se a variáveis de nível intervalo ou rácio, exigindo uma relação linear entre as duas variáveis e que os dados sejam oriundos de uma distribuição normal bidimensional, para se poder inferir. Este coeficiente varia igualmente entre -1 e 1. O coeficiente igual a +1 significa que as duas variáveis têm uma correlação perfeita positiva, e assim quando uma aumenta a outra também aumenta em média num valor proporcional. Quando o coeficiente é igual a -1 significa que existe uma relação negativa perfeita entre ambas. Num coeficiente igual a zero significa que não existe relação linear entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2008).

Capítulo 4

Análise de Resultados

4.1. Apresentação e Interpretação dos Resultados Obtidos

Na presente investigação foram considerados como custos dos utentes os custos com a deslocação à consulta (custos diretos); o custo associado à ausência do local de trabalho (do utente ou familiar/amigo), ao tempo perdido e ao ter que deixar crianças/idosos ao cuidado de outros, consequência da frequência à consulta de coagulação (custos indiretos); e ainda o nível de satisfação em relação ao desempenho da organização, qualidade do atendimento, tempo de atendimento, condições de acesso, condições de deslocação, marcação de consultas, localização do serviço e ao horário de atendimento (custos intangíveis). Estes custos foram obtidos a partir de um questionário colocado apenas aos utentes da consulta descentralizada. Em relação ao CHCB apenas foram considerados os custos diretos com a descentralização, nomeadamente o custo com a deslocação da equipa aos centros de saúde (custo de transporte), pois este é o único custo que efetivamente o CHCB tem com a descentralização, sendo que todos os outros (por exemplo, despesas com o pessoal e medicação) são os mesmos da consulta normal no CHCB. Este custo foi atribuído a cada utente, transformando-se no custo de transporte por utente e foi calculado com base no preço por quilómetro, nos quilómetros feitos em cada deslocação e no número de utentes atendidos no dia que foi feito o questionário (1). No preço por quilómetro (0,36€/km) foi usado como referência o valor do subsídio de transporte para a administração pública que consta na Portaria nº 1553-D/2008, de 31 de Dezembro, após o Decreto-Lei nº137/2010, de 28 de Dezembro. O número diário de utentes teve por base as listagens diárias das consultas descentralizadas. Este cálculo foi efetuado através do auxílio de uma folha de cálculo do Microsoft Excel e pode ser consultado no Anexo 7.

$$\text{custo de transporte} = \frac{\text{preço por quilómetro} * \text{quilómetros para cada centro de saúde}}{n^{\circ} \text{ utentes por dia}} \quad (1)$$

Foram elaboradas duas bases de dados para esta investigação, uma com a identificação e caracterização dos utentes e outra com a comparação do que acontecia quando a consulta era feita no CHCB e o que acontece atualmente na consulta descentralizada nos Centros de Saúde. A primeira base de dados é constituída por oito variáveis, sendo as qualitativas nominais o sexo, a localidade de residência, o centro de saúde onde é feita a consulta descentralizada, a profissão e a frequência da consulta; e as quantitativas de escala a idade, o tempo que frequenta a consulta, e o custo de transporte associado a cada utente. A segunda base de dados foi construída tendo por base o local (CHCB ou Centro de Saúde) a que

se referem as restantes variáveis, sendo estas o meio de transporte utilizado e os incómodos adicionais (variáveis qualitativas nominais); a distância, o gasto em cada consulta e a satisfação, mais propriamente o desempenho da organização, a qualidade do atendimento, o tempo de atendimento, as condições de acesso e deslocação, a marcação de consultas, a localização do serviço, o horário de atendimento (qualitativas ordinais); e o tempo de consulta (quantitativa de escala). É importante referir que nesta base de dados os dados estão duplicados, ou seja, para cada utente existem dois tipos de casos, os dados que se referem ao CHCB e os que se referem ao Centro de Saúde onde é feita a consulta descentralizada.

A análise dos dados teve início com a análise das estatísticas descritivas, como é o caso da média e da moda, através das suas tabelas de frequências e tabelas das estatísticas descritivas. Esta primeira análise serve para caracterizar a população que recorre à consulta de coagulação descentralizada. As primeiras variáveis a serem analisadas é a idade dos utentes da consulta de coagulação descentralizada e o tempo de frequência da consulta.

Na Tabela 1 pode-se constatar que a média de idades dos utentes inquiridos ronda os 72 anos, o que mostra que os utentes que utilizam a consulta de coagulação descentralizada são maioritariamente idosos. Esta tabela também nos mostra que a idade mínima dos utentes é 35 anos, sendo a máxima de 93 anos, e a idade mais comum nos utentes desta consulta é 82 anos. Na Tabela 2, referente ao tempo que os utentes frequentam a consulta de coagulação (em anos), pode-se constatar que os utentes já fazem esta consulta, em média, há aproximadamente 5 anos, sendo que no mínimo frequentam a consulta há duas semanas (0,04 anos) e no máximo há 25 anos, sendo o mais comum frequentarem a consulta de coagulação há dois anos.

Tabela 1 - Estatísticas descritivas da variável 'idade'

N	Mean	Median	Mode	Std. Deviation	Variance	Minimum	Maximum	Sum
307	71,93	74	82	10,83	117,296	35	93	22084

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Tabela 2 - Estatísticas descritivas da variável 'tempo de frequência da consulta'

N	Mean	Median	Mode	Std. Deviation	Variance	Minimum	Maximum	Sum
307	4,8267	4	2	4,55497	20,748	0,04	25	1481,8

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

A tabela de frequências referente ao sexo dos utentes da consulta de coagulação (Tabela 3) mostra que existe praticamente um equilíbrio no número de homens e de mulheres que frequentam esta consulta, não sendo uma consulta exclusiva ou de maior incidência num dos sexos.

Tabela 3 - Tabela de frequências da variável 'sexo'

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Feminino	150	48,9	48,9
Masculino	157	51,1	100
Total	307	100	

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Relativamente à frequência dos utentes à consulta de coagulação, a Tabela 4 mostra que 87,3% dos utentes vai mensalmente a esta consulta, sendo baixas as percentagens daqueles que frequentam a consulta quinzenalmente, e mais baixa ainda as restantes.

Tabela 4 - Tabela de frequências da variável 'frequência da consulta'

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Semanal	7	2,3	2,3	2,3
Quinzenal	20	6,5	6,5	8,8
Cada 3 semanas	10	3,3	3,3	12,1
Mensal	268	87,3	87,3	99,3
Cada 5 semanas	2	0,7	0,7	100
Total	307	100	100	

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Em relação à profissão dos utentes, apresentada na Tabela 5, é de notar que 90,6% dos utentes da consulta de coagulação descentralizada encontra-se na reforma, consequência também da idade avançada já evidenciada anteriormente. A segunda posição da tabela, apesar de ter uma percentagem muito reduzida, pertence aos utentes que se encontram no desemprego, representando 2,3% dos utentes da consulta de coagulação descentralizada.

Tabela 5 - Tabela de frequências da variável 'profissão'

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Reforma	278	90,6	90,6
Desemprego	7	2,3	92,8
Comerciante	1	0,3	93,2
Empregado de armazém	1	0,3	93,5
Costureira	3	1	94,5
Assistente Operacional	1	0,3	94,8
Domestica	4	1,3	96,1
Agricultura	2	0,7	96,7
Cozinheira	1	0,3	97,1
Serralheiro	1	0,3	97,4
Auxiliar de Lar	2	0,7	98
Restauração	1	0,3	98,4
Motorista	2	0,7	99
Servente	1	0,3	99,3
Administrativo	1	0,3	99,7
Operador Têxtil	1	0,3	100
Total	307	100	

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Os custos do CHCB, já referidos anteriormente como os custos do transporte por este ser o único custo adicional que o Hospital tem com a descentralização da consulta, estão evidenciados na Tabela 6. Através da análise desta tabela pode-se constatar que o CHCB gasta, em média, 0,3051€ por utente em transporte, gastando no mínimo 0,09€ e no máximo 1,09€. Pode-se constatar ainda que o total que o CHCB gasta em transporte com os 307 utentes é de 93,66€.

Tabela 6 - Estatísticas descritivas da variável 'custo do transporte'

N	Mean	Median	Mode	Minimum	Maximum	Sum
307	0,3051	0,27	0,12	0,09	1,09	93,66

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Em seguida fez-se a análise das variáveis da base de dados que compara o CHCB com os Centros de Saúde onde é feita a consulta descentralizada. Para a comparação das variáveis qualitativas (meio de transporte, gasto por consulta, incómodos adicionais, distância e grau de satisfação) em cada local (CHCB ou Centro de Saúde) recorreu-se ao teste do Qui-Quadrado (*Chi-Square Tests*) para se saber se a diferença dos dois locais é significativa, apresentando-se para cada variável uma tabela comparativa dos dois locais e uma tabela com

o teste do Qui-Quadrado. A primeira variável analisada foi o meio de transporte utilizado pelos utentes nas deslocações.

A análise da Tabela 7 permite-nos observar que o meio de transporte mais utilizado pelos utentes, tanto nas deslocações para as consultas no CHCB como para as consultas descentralizadas nos Centros de Saúde, é a viatura própria, com 53,1% e 45,6%, respetivamente. A diferença mais significativa é que nas deslocações para o CHCB, o segundo meio de transporte mais utilizado é o transporte público, e no caso das deslocações para os Centros de Saúde é a deslocação a pé.

Tabela 7 - Tabela comparativa dos meios de transporte para os dois locais

			Meio de Transporte						Total
			Viatura Própria	Transportes Públicos	Viatura de amigos ou familiares	Transporte fornecido pelo Hospital/Centro de Saúde	Outro. A pé	Viatura do lar	
Local	CHCB	Count	163	88	50	4	0	2	307
		% within local	53,10%	28,70%	16,30%	1,30%	0,00%	0,70%	100,00%
	Centro de Saúde	Count	140	41	49	0	71	6	307
		% within local	45,60%	13,40%	16,00%	0,00%	23,10%	2,00%	100,00%

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Ao ser observado o Teste do Qui-Quadrado (Tabela 8) pode-se constatar que a diferença entre locais é significativa, pois, sendo o valor da *Asymp. Sig.* do *Pearson Chi-Square* igual a zero rejeita-se a hipótese H_0 de haver relação entre as variáveis. As tabelas seguintes dizem respeito à variável do gasto por consulta.

Tabela 8 - Chi-Square Tests da variável 'meio de transporte'

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	95,88	5	0,000	
Likelihood Ratio	125,347	5	0,000	
Fisher's Exact Test	118,459			
Linear-by-Linear Association	49,914	1	0,000	0,000

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Ao serem observadas as tabelas referentes aos gastos que os utentes têm em cada consulta pode-se constatar na Tabela 9 que 86,6% dos utentes gastam menos de 5€ para irem atualmente à consulta descentralizada, sendo que o máximo que gastam são 25€ em cada deslocação ao Centro de Saúde, apenas se verificando esta situação num utente. Em contrapartida, quando tinham que se deslocar ao CHCB, 85,4% dos utentes gastavam até 15€ em cada deslocação, o triplo do verificado nas consultas descentralizadas, havendo utentes a gastar mais de 50€ cada vez que se deslocavam ao Centro Hospitalar da Cova da Beira para fazer a consulta de coagulação. O teste do Qui-Quadrado (Tabela 10) mostra que a diferença entre os locais é significativa.

Tabela 9 - Tabela comparativa do gasto em cada consulta para os dois locais

			Gasto por Consulta							Total	
			<=5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	36-40		>=51
Local	CHCB	Count	96	146	20	22	9	2	9	3	307
		% within local	31,3%	47,6%	6,5%	7,2%	2,9%	,6%	2,9%	1,0%	100,0%
		Cumulative percent	31,3%	78,9%	85,4%	92,6%	95,5%	96,1%	99%	100%	
	Centro de Saúde	Count	266	23	10	7	1	0	0	0	307
		% within local	86,6%	7,5%	3,3%	2,3%	,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Cumulative percent	86,6%	94,1%	97,4%	99,7%	100%	100%	100%	100%	

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Tabela 10 - Chi-Square Tests da variável 'gasto por consulta'

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	200,847	7	,000	
Likelihood Ratio	221,202	7	,000	
Fisher's Exact Test	213,622			
Linear-by-Linear Association	89,957 ^b	1	,000	,000

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

A Tabela 11 é referente aos incómodos adicionais na frequência da consulta de coagulação e indica que a maior parte dos utentes (58,3%) apontou como o principal incómodo nas deslocações ao CHCB o excesso de tempo despendido em cada consulta, e 10,7% dos utentes consideraram como incómodo o facto de eles (ou de um familiar/amigo) terem que faltar ou chegar atrasados ao emprego para poderem ir às consultas de coagulação no CHCB. Estes incómodos já não se verificam tanto nas consultas descentralizadas, pois mais de 90% não apontam qualquer incómodo adicional ao frequentarem as consultas de coagulação nos Centros de Saúde. Seguindo a explicação já dada anteriormente, a Tabela 12 mostra-nos que as diferenças nos locais são significativas.

Tabela 11 - Tabela comparativa dos incômodos adicionais da consulta para os dois locais

			Incômodos adicionais						Total
			Faltar ou chegar atrasado ao emprego	Cuidados infantis	Cuidados com idosos	Excesso de tempo despendido	Nenhum	Outro	
Local	CHCB	Count	33	1	2	179	92	0	307
		% within local	10,7%	,3%	,7%	58,3%	30,0%	0,0%	100,0%
	Centro de Saúde	Count	9	1	1	0	283	13	307
		% within local	2,9%	,3%	,3%	0,0%	92,2%	4,2%	100,0%

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Tabela 12 - Chi-Square Tests da variável 'incômodos adicionais'

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	303,330	5	,000	
Likelihood Ratio	383,086	5	,000	
Fisher's Exact Test	374,069			
Linear-by-Linear Association	186,678 ^b	1	,000	,000

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

As tabelas referentes à distância percorrida para as consultas realizadas no CHCB e nos Centros de Saúde (Tabela 13 e Tabela 14) indicam que a diferença da distância é significativa para os dois locais, sendo que mais de metade dos utentes percorre menos de 10km para se deslocar ao Centro de Saúde onde frequenta a consulta descentralizada, sendo que no caso das deslocações para o Centro Hospitalar 50,5% dos utentes tem que percorrer até 40km para irem às consultas, havendo alguns utentes (2,3%) a percorrer mais de 101km nesta situação.

Tabela 13 - Tabela comparativa da distância para os dois locais

			Distância										Total	
			<=10 km	11-20 km	21-30 km	31-40 km	41-50 km	51-60 km	61-70 km	71-80 km	81-90 km	91-100 km		>=101 km
Local	CHCB	Count	0	88	40	27	75	26	14	10	18	2	7	307
		% within local	0,0%	28,7%	13,0%	8,8%	24,4%	8,5%	4,5%	3,3%	5,9%	,6%	2,3%	100,0%
		Cumulative percent	0,0%	28,7%	41,7%	50,5%	74,9%	83,4%	87,9%	91,2%	97,1%	97,7%	100%	
	Centro de Saúde	Count	177	79	37	3	4	0	2	1	0	4	0	307
		% within local	57,7%	25,7%	12,1%	1,0%	1,3%	0,0%	,7%	,3%	0,0%	1,2%	0,0%	100,0%
		Cumulative percent	57,7%	83,4%	95,5%	96,5%	97,8%	97,8%	98,5%	98,8%	98,8%	100%		

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Tabela 14 - Chi-Square Tests da variável 'distância'

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	328,642	10	,000	
Likelihood Ratio	435,970	10	,000	
Fisher's Exact Test				
Linear-by-Linear Association	205,194	1	,000	,000

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Em seguida vão ser analisados os níveis de satisfação dos utentes em relação a diversos aspetos relacionados com os dois locais. O primeiro aspeto a ser analisado é o tempo de atendimento e a Tabela 15 mostra que 63,8% dos utentes se encontra muito satisfeito na consulta descentralizada, que contrasta com os 59,6% dos utentes que se mostram pouco satisfeitos com o tempo de atendimento no CHCB. A Tabela 16 mostra que as diferenças são significativas.

Tabela 15 - Tabela comparativa do nível de satisfação em relação ao tempo de atendimento para os dois locais

			Tempo de atendimento				Total
			Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Local	CHCB	Count	1	183	118	5	307
		% within local	,3%	59,6%	38,4%	1,6%	100,0%
	Centro de Saúde	Count	0	5	106	196	307
		% within local	0,0%	1,6%	34,5%	63,8%	100,0%

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Tabela 16 - Chi-Square Tests da variável 'tempo de atendimento'

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	351,672	3	,000	
Likelihood Ratio	448,349	3	,000	
Fisher's Exact Test	443,362			
Linear-by-Linear Association	349,837	1	,000	,000

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Em relação às condições de acesso (Tabela 17) 96,4% dos utentes está muito satisfeito na consulta descentralizada nos Centros de Saúde, enquanto que no CHCB 63,2% demonstra pouca satisfação neste aspeto. A Tabela 18 mostra que a diferença nos dois locais é significativa.

Tabela 17- Tabela comparativa do nível de satisfação em relação às condições de acesso aos dois locais

			Condições de acesso				Total
			Muito insatisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Local	CHCB	Count	2	194	109	2	307
		% within local	,7%	63,2%	35,5%	,7%	100%
	Centro de Saúde	Count	0	0	11	296	307
		% within local	0,0%	0,0%	3,6%	96,4%	100%

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Tabela 18- Chi-Square Tests da variável 'condições de acesso'

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	566,087	3	,000	
Likelihood Ratio	753,652	3	,000	
Fisher's Exact Test	742,161			
Linear-by-Linear Association	492,838	1	,000	,000

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

As condições de deslocação (Tabela 19) para os Centros de Saúde mostram-se muito satisfatórias para 97,4% dos utentes. Em relação às condições de deslocação para o CHCB mostram-se pouco satisfatórias para 64,2% dos utentes. A Tabela 20 mostra que as diferenças existentes nos Centros de Saúde e no CHCB são significativas.

Tabela 19- Tabela comparativa do nível de satisfação em relação às condições de deslocação aos dois locais

			Condições de deslocação				Total
			Muito insatisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Local	CHCB	Count	1	197	108	1	307
		% within local	,3%	64,2%	35,2%	,3%	100,0%
	Centro de Saúde	Count	0	0	8	299	307
		% within local	0,0%	0,0%	2,6%	97,4%	100,0%

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Tabela 20 - Chi-Square Tests da variável 'condições de deslocação'

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	580,220	3	,000	
Likelihood Ratio	779,559	3	,000	
Fisher's Exact Test	767,875			
Linear-by-Linear Association	505,602	1	,000	,000

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

A localização do serviço (Tabela 21) é muito satisfatória para 93,5% dos utentes no caso das consultas descentralizadas, enquanto que 62,2% dos utentes se mostra pouco satisfeito com a localização do serviço no CHCB. A Tabela 22 revela que as diferenças são significativas.

Tabela 21- Tabela comparativa do nível de satisfação em relação à localização do serviço dos dois locais

			Localização do serviço					Total
			Muito insatisfeito	Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Local	CHCB	Count	1	1	191	110	4	307
		% within local	,3%	,3%	62,2%	35,8%	1,3%	100,0%
	Centro de Saúde	Count	0	0	0	20	287	307
		% within local	0,0%	0,0%	0,0%	6,5%	93,5%	100,0%

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Tabela 22 - Chi-Square Tests da variável 'localização do serviço'

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	530,528 ^a	4	,000	
Likelihood Ratio	697,320	4	,000	
Fisher's Exact Test	687,195			
Linear-by-Linear Association	476,924 ^b	1	,000	,000

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Em relação ao desempenho da organização (Tabela 23) a maioria dos utentes mostra-se satisfeito tanto no CHCB (96,7%) como nos Centros de Saúde (93,2%). A principal diferença reside no facto de 6,5% dos utentes estar muito satisfeito com o desempenho da organização nos Centros de Saúde, contrastando com 1,6% dos utentes que está muito satisfeito com o desempenho da organização no CHCB. A Tabela 24 mostra que as diferenças são significativas.

Tabela 23- Tabela comparativa do nível de satisfação em relação ao desempenho da organização nos dois locais

			Desempenho da organização			Total
			Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Local	CHCB	Count	5	297	5	307
		% within local	1,6%	96,7%	1,6%	100%
	Centro de Saúde	Count	1	286	20	307
		% within local	,3%	93,2%	6,5%	100%

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Tabela 24 - Chi-Square Tests da variável 'desempenho da organização'

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	11,874	2	,003	
Likelihood Ratio	12,756	2	,002	
Fisher's Exact Test	11,924			
Linear-by-Linear Association	11,851	1	,001	,000

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Em relação à qualidade do atendimento (Tabela 25 e Tabela 26) as diferenças entre os locais já não são significativas como nos mostra o teste do Qui-Quadrado para estas variáveis, em que o *Asymp. Sig.* é maior que 0,01, não se rejeitando a hipótese H_0 de haver relação das variáveis, pois os utentes apresentam percentagens idênticas nos níveis de satisfação para os dois locais, mostrando-se igualmente satisfeitos com a qualidade do atendimento em relação ao CHCB e ao Centro de Saúde que frequentam.

Tabela 25- Tabela comparativa do nível de satisfação em relação à qualidade do atendimento nos dois locais

			Qualidade do atendimento			Total
			Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Local	CHCB	Count	2	296	9	307
		% within local	,7%	96,4%	2,9%	100,0%
	Centro de Saúde	Count	0	287	20	307
		% within local	0,0%	93,5%	6,5%	100,0%

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Tabela 26 - Chi-Square Tests da variável 'qualidade do atendimento'

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	6,311	2	,043	
Likelihood Ratio	7,190	2	,027	
Fisher's Exact Test	5,911			
Linear-by-Linear Association	5,659	1	,017	,009

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Em relação à marcação de consultas (Tabela 27) os utentes mostram-se igualmente satisfeitos tanto no CHCB como nos Centros de Saúde, revelando a Tabela 28 que as diferenças não são significativas.

Tabela 27- Tabela comparativa do nível de satisfação em relação à marcação de consultas nos dois locais

		Marcação de consultas			Total	
		Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito		
Local	CHCB	Count	1	302	4	307
		% within local	,3%	98,4%	1,3%	100%
	Centro de Saúde	Count	0	292	15	307
		% within local	0,0%	95,1%	4,9%	100%

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Tabela 28 - Chi-Square Tests da variável 'marcação de consultas'

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	7,537	2	,023	
Likelihood Ratio	8,337	2	,015	
Fisher's Exact Test	7,521			
Linear-by-Linear Association	7,383	1	,007	,004

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Os utentes estão igualmente satisfeitos com o horário de atendimento (Tabela 29) nos dois locais, apenas existindo diferenças nas percentagens no nível 'muito satisfeito', sendo para o Centro de Saúde 5,9% e para o CHCB 1%. A Tabela 30 mostra que as diferenças são significativas.

Tabela 29- Tabela comparativa do nível de satisfação em relação ao horário de atendimento nos dois locais

			Horário de atendimento			Total
			Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
Local	CHCB	Count	4	300	3	307
		% within local	1,3%	97,7%	1,0%	100,0%
	Centro de Saúde	Count	4	285	18	307
		% within local	1,3%	92,8%	5,9%	100,0%

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Tabela 30 - Chi-Square Tests da variável 'horário de atendimento'

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	11,099 ^a	2	,004	
Likelihood Ratio	12,272	2	,002	
Fisher's Exact Test	11,677			
Linear-by-Linear Association	7,820 ^b	1	,005	,003

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Para se analisar comparativamente o tempo gasto na consulta nos dois locais, foi usado o teste t , por se tratar da comparação de uma variável quantitativa numa dicotômica, não sendo necessária a verificação da normalidade, pois a dimensão da amostra é superior a 30. O resultado do teste t é mostrado nas tabelas seguintes.

A Tabela 31 mostra que o tempo (em horas) que os utentes despendem para irem às consultas difere nos dois locais. Este tempo inclui o tempo da consulta propriamente dita, o tempo de espera e o tempo para as deslocações. Em média, os utentes para irem às consultas no CHCB despendem cerca de 3h, que no caso das consultas descentralizadas nos Centros de Saúde não chega a uma hora, sendo que o máximo de tempo que despendem numa ida ao CHCB são 8h e no caso da ida aos Centros de Saúde é metade (4h). No teste de Levene (Tabela 32) o nível de significância é de 0,000, levando para qualquer erro tipo I do analista, à rejeição da hipótese da igualdade das variâncias e a concluir que as consultas no CHCB despendem mais tempo que as consultas feitas nos Centros de Saúde. A inferência da relação observada na amostra sobre as médias é feita através do teste t , cujas hipóteses são: $H_0: \mu \text{ CHCB} = \mu \text{ CS}$ (isto é, o tempo da consulta no CHCB e no CS não difere) e $H_a: \mu \text{ CHCB} \neq \mu \text{ CS}$ (isto é, o tempo da consulta no CHCB e no CS difere). Como o nível de significância para o teste t , assumindo que as variâncias não são iguais, é de 0,000, leva à rejeição da hipótese H_0 , ou seja, difere o tempo da consulta no CHCB e no Centro de Saúde.

Tabela 31 - Estatísticas descritivas da variável 'tempo da consulta'

	Local		Statistic
Tempo da consulta	CHCB	Mean	2,7280
		Median	2,0000
		Variance	1,330
		Std. Deviation	1,15334
		Minimum	,50
		Maximum	8,00
	Centro de Saúde	Mean	,8054
		Median	,5000
		Variance	,279
		Std. Deviation	,52822
		Minimum	,17
		Maximum	4,00

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Tabela 32 - Teste de Levene e teste *t* para a variável 'tempo de consulta'

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Tempo por consulta	Equal variances assumed	194,648	,000	26,556	612	,000	1,92264	,07240	1,78046	2,06482
	Equal variances not assumed			26,556	428,961	,000	1,92264	,07240	1,78034	2,06494

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Após a comparação das variáveis em relação ao local onde é feita a consulta, recorreu-se à regressão linear, aos coeficientes de correlação *Ró de Spearman* e *R de Pearson* e à ANOVA para se encontrarem as variáveis que mais influenciam os gastos que se têm com a consulta e o tempo que demora a consulta. Para o gasto da consulta, por se tratar de uma variável qualitativa ordinal, vai-se usar o coeficiente de correlação *Ró de Spearman*, e para a variável quantitativa tempo da consulta vai ser usado o *R de Pearson*. As tabelas da ANOVA (Tabela 33 e Tabela 34) indicam que existe relação entre as variáveis pois o valor do nível de significância é de 0,000, rejeitando-se assim a hipótese H_0 de não haver relação entre as variáveis.

Tabela 33 - Tabela da ANOVA para a variável 'gasto por consulta'

	Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	487,410	4	121,853	110,682	,000 ^b
	Residual	670,461	609	1,101		
	Total	1157,871	613			

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Tabela 34 - Tabela da ANOVA para a variável 'tempo da consulta'

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	510,446	4	127,611	141,457	,000 ^b
	Residual	549,391	609	,902		
	Total	1059,837	613			

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Na Tabela 35 e na Tabela 36 podem-se encontrar as variáveis significantes e as variáveis que mais influenciam as variáveis em estudo. Para o gasto por consulta as variáveis significantes são a distância, o tempo da consulta e o meio de transporte, e para o tempo da consulta são a distância, o gasto por consulta e os incômodos, pois apresentam o nível de significância inferior a 0,05, levando à rejeição da hipótese H_0 das variáveis não serem significantes. A variável que tem maior efeito sobre os gastos e o tempo da consulta é a distância, pois observando-se a coluna dos coeficientes estandardizados das duas variáveis (gasto e tempo da consulta), a distância é a variável que tem um valor mais elevado, das variáveis significativas.

Tabela 35 - Tabela dos coeficientes para a variável 'gasto por consulta'

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,163	,219		,745	,457
	Distância	,342	,024	,583	14,283	,000
	Meio de transporte	,089	,032	,090	2,812	,005
	Incômodos	,019	,032	,020	,577	,564
	Tempo por consulta	,136	,044	,131	3,072	,002

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Tabela 36- Tabela dos coeficientes para a variável 'tempo da consulta'

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,998	,181		11,041	,000
	Distância	,269	,023	,480	11,954	,000
	Meio de transporte	-,009	,029	-,010	-,313	,754
	Gasto por consulta	,112	,036	,117	3,072	,002
	Incômodos	-,246	,028	-,273	-8,929	,000

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

A Tabela 37 - Tabela do coeficiente de correlação *Ró de Spearman* para a variável 'gasto por consulta' mostra igualmente que a variável 'distância' é a que tem mais relação com os gastos por consulta, pois só esta variável explica 63,6 % da variável 'gasto por consulta', sendo esta uma correlação elevada. A Tabela 38 - Tabela do coeficiente de correlação *R de Pearson* para a variável 'tempo da consulta' indica igualmente que é a distância que mais influencia o tempo da consulta, tendo um valor de correlação de 0,636 que é próximo de 1, traduzindo-se numa correlação elevada.

Tabela 37 - Tabela do coeficiente de correlação *Ró de Spearman* para a variável 'gasto por consulta'

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,636 ^a	,404	,403	1,062
2	,643 ^b	,413	,411	1,055
3	,649 ^c	,421	,418	1,049

- a. Predictors: (Constant), distância
- b. Predictors: (Constant), distância, tempo por consulta
- c. Predictors: (Constant), distância, tempo por consulta, meio de transporte
- d. Dependent Variable: gasto por consulta

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

Tabela 38 - Tabela do coeficiente de correlação *R de Pearson* para a variável 'tempo da consulta'

		Tempo da consulta
Pearson Correlation	Tempo por consulta	1,000
	Distância	,636
	Meio de transporte	-,180
	Incómodos	-,437
	Gasto por consulta	,476
Sig. (1-tailed)	Tempo por consulta	
	Distancia	,000
	Meio de transporte	,000
	Incómodos	,000
	Gasto por consulta	,000

Fonte: Elaboração própria, extraída do SPSS

4.2. Discussão dos Resultados

Na investigação para a presente dissertação foi feito o estudo das características da população que frequenta a consulta de coagulação descentralizada e também as diferenças existentes na consulta de coagulação normal (aquela que é feita no CHCB) da consulta descentralizada (aquela que é feita nos Centros de Saúde) para se concluir quais os custos e os benefícios existentes na descentralização da consulta de coagulação, tanto para os utentes como para o próprio Centro Hospitalar da Cova da Beira.

A média das idades dos utentes da consulta de coagulação descentralizada ronda os 72 anos, havendo utentes com 93 anos a frequentarem esta consulta, estando 90% dos utentes na reforma. A população em estudo apresenta uma população envelhecida, tal como a população da nossa região, pois, como já foi dito anteriormente, os concelhos de Belmonte, Covilhã e Fundão apresentam uma percentagem significativa (cerca de 25%) de pessoas com idade superior a 65 anos, estatísticas que são apresentadas no Anexo 1. No entanto, não apresenta a mesma distribuição por sexo, pois nesta consulta não se nota a predominância de apenas um sexo, havendo um equilíbrio no número de utentes do sexo feminino e masculino, contrastando com os dados da população de Belmonte, Covilhã e Fundão (Anexo 8) em que existe a predominância de 60%, aproximadamente, de pessoas do sexo feminino, contrastando com os 40%, aproximadamente, de pessoas do sexo masculino. Como a população em estudo é de um grupo muito específico de habitantes é natural que não tenha exatamente as mesmas características da população da região.

Em relação à frequência da consulta constatou-se que a maior parte dos utentes frequenta esta consulta todos os meses, o que significa que os gastos que os utentes têm com esta consulta são repetidos todos os meses, durante muito tempo, pois a média de anos que os utentes já recorrem a esta consulta é de 5 anos, havendo utentes a recorrerem a uma consulta de coagulação há 25 anos (incluindo outros estabelecimentos hospitalares), pois, normalmente, quando os utentes começam a frequentar esta consulta, vão frequentá-la para o resto da vida, para conseguirem controlar os níveis de coagulação sanguínea.

O meio de transporte mais utilizado nas deslocações para as consultas, tanto para o CHCB como para os Centros de Saúde é a viatura própria. A diferença reside no facto do segundo meio de transporte mais utilizado ser o transporte público para as deslocações ao CHCB, e as deslocações a pé no caso dos Centros de Saúde, que provoca uma redução nos custos. Em relação ao tempo que os utentes despendem para ir às consultas de coagulação, verificou-se uma grande diferença nos dois locais, pois para as consultas no CHCB os utentes despendem de quase 3h, que no caso dos Centros de Saúde é menos de metade, não chegando a uma hora perdida nas deslocações, na consulta propriamente dita e no tempo de espera, salientando-se o facto de haver utentes a despendem, no máximo, 8h por consulta, caindo para metade nos Centros de Saúde.

Os custos diretos dos utentes que foram considerados para esta investigação foram os gastos que os utentes têm em cada deslocação à consulta de coagulação, e nestes existe uma diferença significativa da consulta descentralizada em relação à consulta feita no CHCB. Na consulta descentralizada 90% dos utentes gastam menos de 5€ para irem aos Centros de Saúde, gastando no máximo 25€ por consulta. No caso da consulta normal no CHCB quase metade dos utentes gastam até 10€ para irem à consulta, havendo alguns que gastam mais de 50€, o dobro do caso da consulta descentralizada. Do lado dos custos do Centro Hospitalar da Cova da Beira, apenas foram considerados custos diretos, nomeadamente os custos com o transporte dos enfermeiros aos Centros de Saúde, pois são estes os únicos custos que acrescem ao CHCB pela descentralização, e estimou-se que, em média, o CHCB gasta por utente 0,31€ em transporte, gastando no máximo 1,09€, gastando com 307 consultas o total de 93,66€, que comparativamente com os gastos dos utentes é bastante inferior, traduzindo-se num benefício claro para os utentes esta descentralização.

Os custos indiretos que foram contemplados para este estudo foram os incómodos adicionais que os utentes ou familiares/amigos têm ao frequentarem a consulta de coagulação, mais propriamente terem que faltar ou chegar atrasados ao emprego, terem que deixar a alguém o cuidado de idosos ou crianças ou o excesso de tempo despendido. Também neste custo há diferenças significativas entre a frequência da consulta normal no CHCB ou da consulta descentralizada, verificando-se que mais de metade dos utentes apontou como principal incómodo o facto de terem que despendem muito tempo para irem à consulta no CHCB e 10,7% referiu o incómodo de chegar atrasado ou faltar ao emprego devido às idas às consultas. Estes valores contrastam e muito com os observados na consulta descentralizada pois mais de 90% dos utentes não apontou qualquer incómodo na frequência desta consulta, saindo mais uma vez beneficiada a descentralização da consulta. As percentagens de utentes que referiu como incómodos os cuidados infantis e com idosos foi praticamente igual e reduzida para os dois locais.

Os custos intangíveis abordados para esta investigação foram os níveis de satisfação dos utentes para com o CHCB e para com os Centros de Saúde no que diz respeito ao desempenho da organização, à qualidade do atendimento, ao tempo de atendimento, às condições de acesso e deslocação, à marcação de consultas, à localização do serviço e ao horário de atendimento. As principais diferenças encontradas foram no tempo de atendimento, nas condições de acesso, nas condições de deslocação e na localização do serviço. Em relação ao tempo de atendimento, 63,8% dos utentes revelaram muita satisfação no caso dos Centros de Saúde e 59,6% pouca satisfação em relação ao CHCB. 96,4% dos utentes mostrou-se muito satisfeito com as condições de acesso aos Centros de Saúde e 63,2% revelou pouca satisfação neste aspeto em relação ao CHCB. As condições de deslocação mostram valores idênticos, pois 97,4% dos utentes está muito satisfeito com a consulta descentralizada e 64,2% está pouco satisfeito com o CHCB. Em relação à localização do serviço, 93,5% está muito satisfeito

com a localização nos Centros de Saúde e 62,2% está pouco satisfeita com a localização do serviço no CHCB. Em relação ao desempenho da organização, à qualidade do atendimento, à marcação de consultas e ao horário de atendimento, os utentes mostram-se igualmente satisfeitos com os dois locais, sendo os níveis de satisfação nestes aspetos superiores a 90%. Estes níveis de satisfação em relação à consulta nos Centros de Saúde revelam benefícios com a descentralização, pois reflete a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida dos utentes.

Após a análise dos custos diretos, indiretos e intangíveis da consulta de coagulação procurou-se saber quais as variáveis que mais influenciam os gastos da consulta e o tempo que demora a consulta e concluiu-se que a variável que mais influencia estas duas variáveis é a distância. A distância também se revela significativamente diferente para os dois locais. Para se deslocarem às consultas no CHCB, 50,5% dos utentes têm que percorrer até 40km, havendo mesmo utentes a percorrer mais de 100km nestas deslocações. No caso das deslocações para as consultas descentralizadas nos Centros de Saúde, a distância a percorrer é muito inferior, sendo que em 57,7% dos casos percorrem menos de 10km para poderem ir às consultas. Este é certamente um dos fatores que mais diferencia os dois locais e o que mais afeta todos os outros custos, pois através da redução da distância percorrida, vão reduzir-se os custos, o tempo despendido com cada ida às consultas, o meio de transporte também pode ser alterado, e conseqüentemente os níveis de satisfação são mais elevados, melhorando a qualidade de vida dos utentes que podem usufruir da consulta descentralizada e mais próxima das suas residências.

Capítulo 5

Conclusões, Contributos, Limitações e Sugestões de Investigação Futura

A consulta de coagulação move diariamente dezenas de pessoas ao Centro Hospitalar da Cova da Beira, sendo que a maioria está envelhecida e percorre dezenas de quilómetros para uma consulta todos os meses, na maior parte dos casos. A descentralização desta consulta veio facilitar a vida de muitas famílias ao aproximar as consultas das residências de muitos utentes.

Com esta investigação pretendia-se analisar o custo/benefício provocado pela descentralização da consulta de coagulação do CHCB, identificando e comparando os custos do CHCB e dos utentes, e também comparar-se os custos da consulta normal no CHCB e da consulta descentralizada, evidenciando-se os custos e os benefícios associados à descentralização da consulta de coagulação, tanto na ótica do CHCB como na ótica dos utentes, sendo a última ótica a mais focada.

A Análise Custo Benefício permite avaliar a criação ou destruição de valor de um projeto mediante a avaliação e comparação dos seus impactos positivos (benefícios) e dos seus impactos negativos (custos). Existe criação de valor sempre que os benefícios gerados são superiores aos custos gerados e existe destruição de valor sempre que os benefícios gerados são inferiores aos custos gerados (Gaspar, 2011). A justificação para se investir em dado projeto deve ser equacionada de acordo com a sua viabilidade e desempenho económico (Comissão Europeia, 2004).

O primeiro passo da Análise Custo Benefício consiste na identificação dos custos. Para Daltio, Mari, & Ferraz (2007) os custos em saúde podem ser classificados nas seguintes categorias: custos diretos (médicos e não médicos), custos indiretos e custos intangíveis. Custos diretos são custos que incidem diretamente sobre o bem, serviço ou atividade. Incorridos com a organização e operacionalização de determinado programa de saúde, como despesas com pessoal, medicação, atendimento psicológico, internação. Para além desses custos, incluem-se ainda os custos diretos dos utentes e familiares, como, por exemplo, gastos com transporte para ir ao tratamento ou compra de medicação (Piola & Vianna, 2002, citados por Gallassi, Alvarenga, Andrade, & Couttolenc, 2008). Os custos indiretos, por vezes referido como custos de produtividade, incluem os custos decorrentes da perda de produtividade no trabalho, em casa ou em atividades de lazer (Keating, Perfetto, & Subedi, 2005), pois a doença reduz a produtividade económica (a mesma população produz menos) (Pereira, Mateus, & Amaral,

1999). Para os mesmos autores os custos indiretos podem estar associados aos pacientes, família ou amigos e incluem, entre outros, o valor do tempo dedicado a apoio a familiares doentes, a ausência ao trabalho, e ainda o tempo de lazer sacrificado por razões de doença. Para (Moraes, Campos, Figlie, Laranjeira, & Ferraz, 2006) os custos indiretos não estão diretamente relacionados à intervenção. No entanto, podem gerar custos tanto para os pacientes e familiares, quanto para empregadores ou para a sociedade. Os custos intangíveis são os custos atribuíveis ao paciente que sofre com uma doença (Keating *et al.*, 2005) e referem-se ao custo do sofrimento físico e/ou psíquico (Moraes *et al.*, 2006).

Nesta investigação consideraram-se como custos diretos dos utentes os custos com a deslocação a cada consulta. Como custos indiretos dos utentes foram considerados o custo associado à ausência do local de trabalho (do utente ou de um amigo/familiar), o tempo despendido em cada consulta e o custo de ter que deixar uma criança/idoso ao cuidado de outros. Como custos intangíveis foram tidos em consideração os níveis de satisfação dos utentes em relação ao desempenho da organização, à qualidade do atendimento, ao tempo de atendimento, às condições de acesso, às condições de deslocação, à marcação de consultas, à localização do serviço e ao horário de atendimento, pois através da satisfação dos utentes consegue-se diminuir um pouco o sofrimento destes, melhorando a sua qualidade de vida.

A população que recorre à consulta de coagulação é maioritariamente envelhecida, rondando a média das idades os 72 anos e 90,6% dos utentes encontra-se na reforma. Nesta consulta não existe a predominância de um sexo, havendo percentagens idênticas para o sexo feminino e o masculino. Os utentes frequentam maioritariamente (87,3%) a consulta de coagulação mensalmente, sendo a média dos anos que os utentes já frequentam a consulta de coagulação de 5 anos, havendo utentes a fazer esta consulta há 25 anos (incluindo outros estabelecimentos hospitalares). Mais de metade dos utentes (57,7%) percorre menos de 10km para as consultas descentralizadas, sendo que 50,5% dos utentes percorre até 40km para se deslocar às consultas no CHCB. A distância também é o fator que mais influencia os gastos por consulta e o tempo que demora a consulta.

Após a realização desta investigação pode-se concluir que a descentralização da consulta de coagulação trouxe mais benefícios do que custos para os utentes. Prova disso é o facto de 23,1% dos utentes passar a poder deslocar-se a pé para as consultas descentralizadas, sendo este o segundo meio mais utilizado para as deslocações para os Centros de Saúde, que no caso das deslocações para o CHCB são os transportes públicos. O meio de transporte mais utilizado em ambas as deslocações é a viatura própria. O gasto que os utentes têm em cada consulta também se revela mais benéfico nas consultas descentralizadas, pois 86,6% dos utentes gastam menos de 5€ nestas consultas. Comparativamente, 85,4% dos utentes gastam até 15€ para frequentarem as consultas no CHCB, que é o triplo das consultas descentralizadas, havendo utentes a gastar mais de 51€ nas consultas no CHCB, sendo 25€ o máximo que os

utentes gastam nas consultas descentralizadas. O tempo também é um fator de diferenciação nos dois locais da consulta, pois os utentes para irem às consultas no CHCB perdem cerca de 3h e no caso das idas às consultas descentralizadas o tempo despendido não chega a 1h.

Além destes benefícios, quase a totalidade dos utentes (92,2%) consideram que não existem incómodos adicionais na frequência das consultas descentralizadas. No caso das consultas realizadas no CHCB os utentes apontam como maiores incómodos o excesso de tempo despendido (58,3%) e o facto de terem que faltar ou chegar atrasados ao emprego (10,7%). Em relação à satisfação dos utentes, 63,8% dos utentes revela-se muito satisfeito com o tempo de atendimento nos Centros de Saúde, contrastando com os 59,6% dos utentes que está pouco satisfeito com o tempo de atendimento no CHCB. No que diz respeito às condições de acesso, 96,4% está muito satisfeito com a consulta descentralizada nos Centros de Saúde e 63,2% está pouco satisfeito com o CHCB. As condições de deslocação também revelam divergências no que toca a satisfação, pois 97,4% dos utentes está muito satisfeito na consulta descentralizada e 64,2% revelam pouca satisfação com o CHCB neste aspeto. A localização do serviço também se revela muito satisfatória para 93,5% dos utentes em relação aos Centros de Saúde e pouco satisfatória para 62,2% dos utentes em relação ao CHCB. Existem outros aspetos em que os utentes se demonstram igualmente satisfeitos (valores maioritariamente superiores a 90%) tanto nas consultas do CHCB como nas consultas descentralizadas, como é o caso do desempenho da organização, da qualidade do atendimento, da marcação das consultas e do horário de atendimento.

Os benefícios da descentralização para os utentes são claros, traduzindo-se apenas em vantagens para estes. Os utentes desta consulta são caracterizados pela sua idade já avançada, tendo que, na maioria dos casos, se deslocar mensalmente a estas consultas, e a redução da distância dessa deslocação torna-se essencial para eles. Acresce ainda o facto de verem os gastos com esta consulta reduzirem também substancialmente. Para estes utentes, outro fator importante que a descentralização trouxe foi a redução do tempo despendido com esta consulta, pois nas deslocações para o CHCB perde-se mais tempo, por ser mais longe, e também porque são muito utilizados os transportes públicos para estas deslocações, sendo que para os Centros de Saúde, uma das principais escolhas é a deslocação a pé, pois as residências dos utentes são próximas dos Centros de Saúde. Estes utentes ganharam, acima de tudo, qualidade de vida.

Esta consulta torna-se ainda benéfica para os familiares dos utentes, que muitas vezes tinham que faltar ao emprego para poderem ir com os seus familiares às consultas no CHCB, por se tratar de pessoas idosas e que em alguns casos têm muitas dificuldades em ir sozinhas de transportes públicos, por exemplo. Nas consultas descentralizadas nos Centros de Saúde esse problema já não se verifica tanto, pois como as consultas são mais perto das residências dos utentes já não há necessidade de irem acompanhados.

Para o CHCB a descentralização parcial da consulta de coagulação também foi benéfica, que conta acima de tudo com a satisfação geral destes utentes e que acarretou apenas com o custo do transporte dos enfermeiros aos Centros de Saúde para a implementação da descentralização, que é bastante inferior ao gasto que cada utente tinha em se deslocar ao CHCB. O CHCB gasta em média 0,3051€ por utente em cada deslocação do enfermeiro aos Centros de Saúde, sendo o mínimo desse custo 0,09€ e o máximo 1,09€. Este Centro Hospitalar gasta um total de 93,66€ com 307 consultas descentralizadas.

Esta investigação contribuiu para evidenciar os benefícios existentes com a descentralização da consulta de coagulação, principalmente para os utentes desta consulta que passam a ter que percorrer muito menos quilómetros para irem a esta consulta, têm menos gastos nestas deslocações e vêm a sua qualidade de vida melhorada. Contribuiu ainda, a nível pessoal, para um contacto mais próximo com a realidade de muitos utentes, das suas dificuldades e de como estas podem ser minimizadas através da aproximação dos cuidados de saúde.

Como principal limitação deste estudo tem-se a apontar a idade avançada dos utentes da consulta de coagulação do Centro Hospitalar da Cova da Beira, que dificultou a realização do questionário pois houve dificuldade na comunicação e na explicação do que era pretendido em cada questão, que obrigou a um tempo despendido mais elevado. Outra dificuldade encontrada foi o número de utentes que não respondeu, consequência do facto apresentado anteriormente, pois não entendiam os objetivos da investigação e recusavam-se a responder.

Um incómodo detetado em conversas com os utentes da consulta descentralizada, que não tinha sido considerado na investigação, é o facto de não conseguirem pagar as taxas moderadoras no ato da consulta descentralizada nos Centros de Saúde, levando a que a alguns utentes que não possam pagar através da referência multibanco tenham que se deslocar na mesma ao CHCB para procederem ao pagamento. Posto isto sugere-se a investigação de um método eficaz para que os utentes possam pagar as taxas moderadoras no Centro de Saúde onde é efetuada a consulta de coagulação, de modo a facilitar os utentes, evitando as suas deslocações ao CHCB exclusivamente para pagar as taxas. Sugere-se ainda uma investigação futura aos rendimentos destes utentes e à possibilidade das patologias desta consulta serem equiparadas a doença crónica, para estes utentes terem isenção nas taxas moderadoras.

Como sugestão de investigação futura sugere-se ainda a análise à viabilidade da criação de uma unidade móvel para serem efetuadas as consultas de coagulação ainda mais descentralizadas e mais próximas dos utentes, e que consiga abranger a totalidade dos utentes mais carenciados.

Referências Bibliográficas

- Abreu, A., Diehl, C., & Macagnan, C. (2011). Mensuração de custos intangíveis: uma análise prática. *Revista Contabilidade Vista & Revista* , 22 (3), pp. 41-71.
- Afonso, P. (2002). *Sistemas de Custeio no Âmbito da Contabilidade de Custos*. Dissertação de Mestrado, Escola de Engenharia - Universidade do Minho, Braga - Portugal.
- Allee, V. (2008). Value network analysis and value conversion of tangible and intangible assets. *Journal of Intellectual Capital* , 9 (1), pp. 5-24.
- Alves, C. P. (2012). Prevenção do Tromboembolismo Venoso (TEV) em Cirurgia. *Revista Portuguesa de Cirurgia* , 23, pp. 11-13.
- Ansell, J., Hirsh, J., Hylek, E., Jacobson, A., Crowther, M., & Palareti, G. (2008). Pharmacology and Management of the Vitamin K Antagonists. *CHEST Journal* , 133 (6_suppl), pp. 160S-198S.
- Araújo, A., Barata, F., Barroso, S., Cortes, P., Damasceno, M., Parreira, A., et al. (2009). Custo do tratamento do cancro em Portugal. *Acta Médica Portuguesa* , 22 (5), pp. 525-536.
- Arrow, K., Cropper, M., Eads, G., Hahn, R., Lave, L., Noll, R., et al. (1997). Is there a role for benefit-cost analysis in environmental, health, and safety regulation? *Environment and Development Economics* , 2 (2), pp. 195-221.
- Augusto, B., Rodrigues, C., Rodrigues, C., Rodrigues, E., Simões, F., Ribeiro, I., et al. (2002). *Cuidados continuados-Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar*. Obtido em 3 de Maio de 2014, de Scribd: <http://pt.scribd.com/doc/30819220/Cuidados-Continuados-Familia-Centro-de-Saude-e-Hospital-Como-Parceitos-No-Cuidar>
- Ávila, R. (2009). *Idosos: A Enfermagem e os Cuidados de Proximidade*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Porto - Portugal.
- Barreira, R., Ribeiro, J., Farinha, M., Martins, R., Rodrigues, I., Mendes, Z., et al. (2004). Monitorização da terapêutica com anticoagulantes orais. Consulta de anticoagulação vs médico assistente. *Acta Médica Portuguesa* , 17 (6), pp. 413-416.
- Barros, P. P. (2013). *Economia da Saúde*. Obtido em 21 de Abril de 2014, de Google Books: <http://books.google.pt/books?id=2Tg1AAwAAQBAJ&pg=PA448&dq=an%C3%A1lise+custo>

+beneficio&hl=pt-PT&sa=X&ei=aFZVU9StMK7Q7AaT5YCADw&ved=0CD0Q6AEwAA#v=onepage&q=an%C3%A1lise%20custo%20beneficio&f=false

Belmont Report. (1979). *Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. Obtido em 5 de Junho de 2014, de HHS.gov: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html>

Bonhorst, D. (2010). Regras práticas do doente hipocoagulado. *Revista Factores de Risco* , 16, pp. 20-26.

Caiafa, J. S., & Bastos, M. (2002). Programa de profilaxia do tromboembolismo venoso do Hospital Naval Marcílio Dias: um modelo de educação continuada. *Jornal Vascular Brasileiro* , 1 (2), pp. 102-112.

Campelo, F. (2004). *Análise dos Custos Segurados e Não Segurados dos Acidentes Laborais numa Indústria de Construção de Pneus*. Dissertação de Mestrado em Engenharia Humana, Escola de Engenharia - Universidade do Minho, Braga - Portugal.

Campos, M. L., Souza, R., & Campos, M. L. (2003). Organização de unidades de conhecimento em hiperdocumentos: o modelo conceitual como espaço comunicacional para a realização da autoria. *Ciência da informação* , 32 (2), pp. 7-16.

Carmichael, T. (2011). Pulmonary embolism. *Nursing Standard* , 25 (30), p. 59.

Carvalho, J. E. (2009). *Metodologia do Trabalho Científico - "Saber-Fazer" da investigação para dissertações e teses* (2ª ed.). Lisboa: Escolar Editora.

Cervo, A. L., & Bervian, P. A. (1981). *Metodologia Científica - para uso dos estudantes universitários* (2ª ed.). São Paulo: McGraw Hill do Brasil.

Clabaugh, G., & Ward, M. M. (2008). Cost-of-Illness Studies in the United States: A Systematic Review of Methodologies Used for Direct Cost. *Value in Health* , 11 (1), pp. 13-21.

Colditz, G. (1992). Economic costs of obesity. *The American journal of clinical nutrition* , 55 (2), pp. 503S-507S.

Comissão Europeia. (2004). *EVALSED - Guia para a Avaliação: Manual Técnico II: Métodos e Técnicas de Avaliação: Análise Custo-Benefício*. Obtido em 2014 de Março de 25, de Observatório do QREN: http://www.observatorio.pt/item1.php?lang=0&id_channel=16&id_page=548

- Dahlbäck, B. (2000). Blood coagulation. *The Lancet* , 355 (9215), pp. 1627-1632.
- Daltio, C. S., Mari, J. d., & Ferraz, M. B. (2007). Estudos farmacoeconómicos e carga da doença em esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica* , 34 (2), pp. 208-212.
- Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Julho. *Diário da República nº109/2006 - I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei nº137/2010, de 28 de Dezembro. *Diário da República nº250/2010 - I Série A*. Ministério das Finanças e da Administração Pública. Lisboa.
- Diener, A., O'Brien, B., & Gafni, A. (1998). Health Care Contingent Valuation Studies: A Review And Classification Of The Literature. *Health Economics* , 7 (4), pp. 313-326.
- Drèze, J., & Stern, N. (1987). The theory of cost-benefit analysis. In A. J. Auerbach, & M. Feldstein, *Handbook of Public Economics* (Vol. II, pp. 909-990). North-Holland: Elsevier Science Publishers.
- Drury, C. (1988). *Management and Cost Accounting* (2ª ed.). London: Van Nostrand Reinhold (International).
- Duarte, A. (2011). *Custo-Benefício da Terapia da Fala nos Cuidados de Saúde Primários*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade da Beira Interior, Covilhã - Portugal.
- Ergas, H. (2009). In Defense of Cost-Benefit Analysis. *Agenda: A Journal of Policy Analysis and Reform* , 16 (3), pp. 31-40.
- Esmerio, F., Souza, E., Leiria, T., Lunelli, R., & Moraes, M. (2009). Uso crónico de anticoagulante oral: implicações para o controle de níveis adequados. *Arq Bras Cardiol* , 93 (5), pp. 549-554.
- Florio, M., & Vignetti, S. (2005). Cost-benefit Analysis of Infrastructure Projects in an Enlarged European Union: Returns and Incentives. *Economics of Planning* , 38 (3-4), pp. 179-210.
- Folland, S., Goodman, A., & Stano, M. (2008). *A economia da saúde*. Obtido em 29 de Novembro de 2013, de <http://books.google.pt/books?id=Q5VgThPRE2YC&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>

- Folland, S., Goodman, A., & Stano, M. (2001). *The economics of health and health care* (3ª ed.). New Jersey: Upper Saddle River, Prentice Hall.
- Gallassi, A. D., Alvarenga, P. G., Andrade, A. G., & Couttolenc, B. F. (2008). Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. *Revista de Psiquiatria Clínica* , 35 (1), pp. 25-30.
- Gaspar, L. (2011). *Uma análise crítica aos critérios (económicos) utilizados pelo Tribunal de Contas na avaliação das Parcerias Público-Privadas*. Dissertação de Mestrado em Direito e Gestão, Faculdade de Ciências Económicas e Empresariais - Universidade Católica Portuguesa, Lisboa - Portugal.
- Gil, A. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (6ª ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Gouveia, M., Borges, M., Costa, J., Oliveira, E., David, C., & Carneiro, A. V. (2004). Custos da Doença Atribuíveis à Hipercolesterolemia em Portugal [70]. *Rev Port Cardiol* , 23 (7-8), pp. 1037-1054.
- Hayati, D., Karami, E., & Slee, B. (2006). Combining qualitative and quantitative methods in the measurement of rural poverty: the case of Iran. *Social Indicators Research* , pp. 361-394.
- INE. (2012). *Anuário Estatístico da Região Centro*. Obtido em 9 de Julho de 2014, de file:///C:/Users/JFP/Downloads/AER_Centro_2012.pdf
- Keating, K. N., Perfetto, E. M., & Subedi, P. (2005). Economic burden of uncomplicated urinary tract infections: direct, indirect and intangible costs. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research* , 5 (4), pp. 457-466.
- Klack, K., & Carvalho, J. (2006). Vitamina K: Metabolismo, Fontes e Interação com o Anticoagulante Varfarina. *Rev Bras Reumatol* , 46 (6), pp. 398-406.
- Krulichova, I., Gamba, S., Ricci, E., & Garattini, L. (2004). Direct medical costs of monitoring and treating patients with Takayasu arteritis in Italy. *The European Journal of Health Economics* , 5 (4), pp. 330-334.
- Lavaredas, R. (2010). *A Internet Como Meio de Promoção Turística na Região de Lisboa: O Sector Público*. Dissertação de Mestrado em Gestão, Departamento de Ciências Sociais e Humanas - Universidade Aberta, Lisboa - Portugal.
- Lipson, J. (2008). Cost-Benefit Analysis and Third-Party Opinion Practice. *Business Lawyer* , 63 (4), pp. 1187-1221.

- Lourenço, D., Lopes, L., Vignal, C., & Morelli, V. (1997). Avaliação clínica e laboratorial de pacientes em uso de anticoagulantes orais. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* , 68 (5), pp. 353-356.
- Melo, R., Silva, C., Silva, L., Melo, M., & Lins, E. (2006). Trombose Venose Profunda. *International Journal of Dentistry* , 1 (2), pp. 73-79.
- Moraes, E., Campos, G. M., Figlie, N. B., Laranjeira, R. R., & Ferraz, M. B. (2006). Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. *Rev Bras Psiquiatr.* , 28 (4), pp. 321-325.
- Nassar, K., & Al-Mohaisen, A. (2006). Simplified Approach to Probabilistic Cost Benefit Analysis: Architectural Lighting Example. *Cost Engineering* , 48 (1), pp. 13-18.
- Oceanu, L., & Bucsa, R. C. (2013). The Role of Financial Analysis in Cost Benefit Analysis. *Economy Transdisciplinarity Cognition* , 16 (2), pp. 114-123.
- Pereira, A., & Patrício, T. (2013). *SPSS - Guia Prático de Utilização* (8ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, J., Mateus, C., & Amaral, M. J. (1999). Custos da Obesidade em Portugal. *Associação Portuguesa de Economia da Saúde* , pp. 1-38.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Portaria nº 1553-D/2008, de 31 de Dezembro. *Diário da República nº252/2008 - I Série A*. Ministério das Finanças e da Administração Pública. Lisboa.
- Praça, I., Brás, M., Anes, E., Brás, F., & Geraldes, F. (2012). Hipocoagulados. In M. H. Pimentel, I. Pinto, P. Olívia, & I. P. Escola Superior de Saúde (Ed.), *las Jornadas de Farmácia. Farmácia de hoje, Fármacos de amanhã* (pp. 166-176). Bragança.
- Ratcliffe, M.-C. (2009). Pulmonary embolism. *Nursing Standard.* , 23 (45), p. 51.
- Raupp, F., & Beuren, I. (2003). *Metodologia da Pesquisa Aplicável às Ciências Sociais*. Obtido em 11 de Junho de 2014, de http://200.17.83.38/porta1/upload/com_arquivo/metodologia_de_pesquisa_aplicavel_as_ciencias_sociais.pdf

- Reis, E. (2010). *Evolução da linha de costa e defesa das zonas costeiras - Análise custo/benefício*. Dissertação de Mestrado em Engenharia Civil, Departamento de Engenharia Civil - Universidade de Aveiro, Aveiro - Portugal.
- Reis, F. (2010). *Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado - Segundo Bolonha* (2ª ed.). PACTOR.
- Sá-Silva, J. R., Almeida, C. D., & Guindani, J. F. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais* , 1 (1), pp. 1-15.
- Silva, C., Sousa, D., & Bango, O. (2013). *A enfermagem e os cuidados de proximidade enfermeiros/idosos*. Universidade do Mindelo.
- Silva, E., & Menezes, E. (2005). *Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação* (4ª ed.). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Silva, E., Pinto, C., Sampaio, C., Pereira, J., Drummond, M., & Trindade, R. (1998). Orientações Metodológicas para Estudos de Avaliação Económica de Medicamentos. *INFARMED* .
- Silva, M. (2002). Epidemiologia do tromboembolismo venoso. *Jornal Vascular Brasileiro* , 1 (2), pp. 83-84.
- Sonaglia, F., & Agnelli, G. (2000). Prevention of Venous Thromboembolism. *Thrombosis Research* , 91 (1), pp. 49-62.
- Souza, F. N., & Souza, D. N. (2012). Formular Questões de Investigação no Contexto do Corpus Latente na Internet. *Internet Latent Corpus Journal* .
- Teixeira, D. (2006). *A Anticoagulação Oral com Antagonistas da Vitamina K*. Obtido em 29 de Abril de 2014, de Roche: http://www.roche.pt/files/file/ANTICOAGULACAO_com_AVK_v1.0.pdf
- Terence, A., & Filho, E. (2006). Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. *XXVI Encontro Nacional de Engenharia de Produção - ENEGEP*, (pp. 1-9).

Anexos

Anexo 1: Percentagem de pessoas com mais de 65 anos de Belmonte, Covilhã e Fundão

População
Population

THE PEOPLE AS PESSOAS

POPULAÇÃO RESIDENTE POR MUNICÍPIO, SEGUNDO OS GRANDES GRUPOS ETÁRIOS E O SEXO EM 31/12/2012

RESIDENT POPULATION BY MUNICIPALITY AND ACCORDING TO AGE GROUPS AND SEX ON 31/12/2012

continuação continued

II.1.2	Total			0 a 14 anos			15 a 24 anos		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Unidade: N.*									
Pinhal Interior Sul	39 814	18 806	21 008	4 044	2 058	1 986	3 966	2 018	1 948
Mação	7 089	3 365	3 724	618	331	287	656	337	319
Oleiros	5 544	2 617	2 927	402	195	207	475	259	216
Proença-a-Nova	8 116	3 863	4 253	779	371	408	821	423	398
Sertã	15 612	7 393	8 219	1 967	989	978	1 640	826	814
Vila de Rei	3 453	1 568	1 885	278	172	106	374	173	201
Serra da Estrela	42 696	20 019	22 677	4 463	2 269	2 194	4 162	2 130	2 032
Fornos de Algodres	4 920	2 290	2 630	527	245	282	563	296	267
Gouveia	13 655	6 277	7 378	1 403	697	706	1 254	626	628
Seia	24 121	11 452	12 669	2 533	1 327	1 206	2 345	1 208	1 137
Beira Interior Norte	101 577	48 087	53 490	11 368	5 798	5 570	9 715	5 051	4 664
Almeida	6 835	3 188	3 647	513	235	278	588	309	279
Celorico da Beira	7 512	3 514	3 998	901	451	450	725	350	375
Figueira de Castelo Rodrigo	6 162	2 952	3 210	695	361	334	607	325	282
Guarda	41 549	19 772	21 777	5 504	2 780	2 724	4 205	2 219	1 986
Manteigas	3 347	1 579	1 768	344	166	178	329	162	167
Meda	5 026	2 387	2 639	501	248	253	413	249	164
Pinhel	9 334	4 424	4 910	974	522	452	899	432	467
Sabugal	12 146	5 692	6 454	940	489	451	921	478	443
Trancoso	9 666	4 579	5 087	996	546	450	1 028	527	501
Beira Interior Sul	73 219	34 780	38 439	8 527	4 420	4 107	6 711	3 412	3 299
Castelo Branco	55 005	26 091	28 914	7 014	3 604	3 410	5 264	2 661	2 603
Idanha-a-Nova	9 339	4 442	4 897	915	476	439	663	367	296
Penamacor	5 443	2 653	2 790	419	242	177	502	259	243
Vila Velha de Ródão	3 432	1 594	1 838	179	98	81	282	125	157
Cova da Beira	85 769	40 915	44 854	10 311	5 296	5 015	8 037	4 214	3 823
Belmonte	6 723	3 233	3 490	770	390	380	682	370	312
Covilhã	50 486	24 039	26 447	6 138	3 163	2 975	4 560	2 395	2 165
Fundão	28 560	13 643	14 917	3 403	1 743	1 660	2 795	1 449	1 346

Unit: Ns.	MF	M	F	MF	M	F	MF	M	F
		Total			0 - 14 years			15 - 24 years	

© INE, I.P., Portugal, 2013. Informação disponível até 30 de setembro de 2013. Information available till 30th September, 2013.

continua to be continued

Fonte: INE, I.P., Estimativas Provisórias da População Residente.
Source: Statistics Portugal, Provisional Estimates of Resident Population.

Nota: As estimativas de população residente em 2012 pertencem à série Estimativas Provisórias de População Residente Pós-censitárias (Censos 2011), pelo que não são diretamente comparáveis com os dados divulgados na anterior edição desta publicação.
Note: The population estimates for 2012 are integrated on the postcensal Provisional Resident Population Estimates series (Census 2011). Therefore, these data are not directly comparable with the previous edition of this publication.

Para mais informação consulte: <http://www.ine.pt/xurl/ind/000182>
For more information see:

POPULAÇÃO RESIDENTE POR MUNICÍPIO, SEGUNDO OS GRANDES GRUPOS ETÁRIOS E O SEXO EM 31/12/2012

RESIDENT POPULATION BY MUNICIPALITY AND ACCORDING TO AGE GROUPS AND SEX ON 31/12/2012

II.1.2	25 a 64 anos			65 e mais anos					
				Total			75 e mais anos		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Pinhal Interior Sul	18 898	9 625	9 273	12 906	5 105	7 801	8 048	3 033	5 015
Mação	3 171	1 652	1 519	2 644	1 045	1 599	1 731	672	1 059
Oleiros	2 576	1 337	1 239	2 091	826	1 265	1 268	483	785
Poço-a-Nova	3 931	2 033	1 898	2 585	1 036	1 549	1 627	633	994
Sertã	7 657	3 805	3 852	4 348	1 773	2 575	2 549	964	1 585
Vila de Rei	1 563	798	765	1 238	425	813	873	281	592
Serra da Estrela	22 235	10 801	11 434	11 836	4 819	7 017	6 288	2 403	3 885
Fornos de Algodres	2 422	1 172	1 250	1 408	577	831	816	324	492
Gouveia	6 683	3 245	3 438	4 315	1 709	2 606	2 466	927	1 539
Seia	13 130	6 384	6 746	6 113	2 533	3 580	3 006	1 152	1 854
Beira Interior Norte	52 198	25 775	26 423	28 296	11 463	16 833	16 333	6 235	10 098
Almeida	3 354	1 673	1 681	2 380	971	1 409	1 421	559	862
Celonico da Beira	3 712	1 855	1 857	2 174	858	1 316	1 290	491	799
Figueira de Castelo Rodrigo	2 927	1 488	1 439	1 933	778	1 155	1 181	451	730
Guarda	23 236	11 248	11 988	8 604	3 525	5 079	4 639	1 710	2 929
Manteigas	1 795	889	906	879	362	517	478	174	304
Meda	2 392	1 197	1 195	1 720	693	1 027	1 052	403	649
Pinhel	4 497	2 243	2 254	2 964	1 227	1 737	1 651	661	990
Sabugal	5 497	2 846	2 651	4 788	1 879	2 909	3 067	1 162	1 905
Trancoso	4 788	2 336	2 452	2 854	1 170	1 684	1 554	624	930
Beira Interior Sul	37 571	18 450	19 121	20 410	8 498	11 912	11 955	4 754	7 201
Castelo Branco	29 846	14 485	15 361	12 881	5 341	7 540	6 896	2 659	4 237
Idanha-a-Nova	3 860	1 927	1 933	3 901	1 672	2 229	2 632	1 125	1 507
Penamacor	2 276	1 214	1 062	2 246	938	1 308	1 546	639	907
Vila Velha de Ródão	1 589	824	765	1 382	547	835	881	331	550
Cova da Beira	45 993	22 718	23 275	21 428	8 687	12 741	11 587	4 335	7 252
Belmonte	3 588	1 777	1 811	1 683	696	987	947	381	566
Covilhã	27 730	13 602	14 128	12 058	4 879	7 179	6 315	2 318	3 997
Fundão	14 675	7 339	7 336	7 687	3 112	4 575	4 325	1 636	2 689

© INE, I.P., Portugal, 2013. Informação disponível até 30 de setembro de 2013. Information available till 30th September, 2013.

Fonte: INE, I.P., Estimativas Provisórias da População Residente.
Source: Statistics Portugal, Provisional Estimates of Resident Population.

Nota: As estimativas de população residente em 2012 pertencem à série Estimativas Provisórias de População Residente Pós-censitárias (Censos 2011), pelo que não são diretamente comparáveis com os dados divulgados na anterior edição desta publicação.
Note: The population estimates for 2012 are integrated on the postcensal Provisional Resident Population Estimates series (Census 2011). Therefore, these data are not directly comparable with the previous edition of this publication.

Para mais informação consulte: <http://www.ine.pt/xurl/ind/0003182>
For more information see:

Fonte: INE (2012)

Percentagem (aproximada) de pessoas com mais de 65 anos:

Belmonte: $(1683/6723) \times 100 = 25\%$

Covilhã: $(12058/50486) \times 100 = 24\%$

Fundão: $(7687/28560) \times 100 = 27\%$

Anexo 2: Contabilização das respostas dos utentes por Centro de Saúde

CONTABILIZAÇÃO			
	RESPONDERAM	NÃO RESPONDERAM	Total
TORTOSENDO	76	21	97
SILVARES	59	10	69
TEIXOSO	69	17	86
UNHAIS DA SERRA	32	9	41
BELMONTE	71	22	93
TOTAL	307	79	386

Fonte Própria

Anexo 3: Consentimento Livre e Informado



IMPRESSO

Consentimento Livre e Informado

Código: CHCB.IMP.CINVEST.18

Edição: 1

Revisão: 0

Adriana Carrola Fonseca, da Universidade da Beira Interior, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema "Análise Custo Benefício da Descentralização Parcial da Consulta de Coagulação do CHCB", vem solicitar a sua colaboração neste estudo. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHCB, EPE; informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.

Objetivo do trabalho de investigação: fazer uma análise do custo-benefício da consulta descentralizada de coagulação

Critérios de inclusão: ser utente da consulta de coagulação antes e depois da descentralização

Critérios de exclusão: não ser utente da consulta de coagulação antes e depois da descentralização

Procedimentos necessários: responder a um simples questionário

Risco / Benefício da sua participação: ao participar não correrá nenhum risco e a sua participação é essencial para o estudo

Duração da participação no estudo: doze meses

Nº aproximado de participantes: quinhentos

Contactos para esclarecimento de dúvidas: 965300571

Consentimento Informado – Aluno / Investigador

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- * Entregou esta informação;
- * Explicou o propósito deste trabalho;
- * Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

Nome do Aluno / Investigador (Legível)

Assinatura do Aluno / Investigador

___/___/___
Data

Consentimento Informado – Participante

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

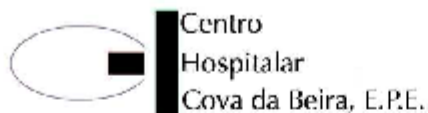
- * O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- * Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- * Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao aluno/investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- * O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

Nome do Participante (Legível)

Representante Legal

(Assinatura do Participante ou Representante Legal)

___/___/___
Data



Centro
Hospitalar
Cova da Beira, E.P.E.

Metodologia	Entrevistas, observação e análise documental
População do Estudo	Consulta de coagulação do CHCB
Duração prevista do estudo	12 meses

Para este pedido, segue toda a documentação necessária ao pedido de autorização do estudo ao Conselho de Administração do CHCB, nomeadamente:

- O presente pedido de autorização
- Plano de trabalho

Com os melhores cumprimentos,

(Adriana Carrola Fonseca)

Anexo 5: Declaração de Confidencialidade



IMPRESSO

**Investigação Clínica de Natureza Académica:
Declaração de Confidencialidade**

Código: CHCB.IMP.CINVEST.32

Edição: 1

Revisão: 0

Adriana Carrola Fonseca, investigadora da Universidade da Beira Interior, declara:

- Respeitar o direito de privacidade no que concerne a dados e factos cujo conhecimento lhe advenham da realização do estudo da Análise Custo Benefício da Descentralização Parcial da Consulta de Coagulação do CHCB, desenvolvido no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE;
- Assumir que todas as informações e documentos a que tenha acesso, são de natureza estritamente confidencial, pelo que não fará uso dessas informações, nem as revelará a terceiros;
- Não oferecer qualquer incentivo aos sujeitos investigados de forma a garantir a integridade da investigação;
- Garantir a confiabilidade, validade e resultados estatísticos da investigação.

Confirma ter conhecimento que:

- O investigador terá de possuir, no mínimo, como habilitações académicas o 1º Ciclo (licenciatura ou equivalente);
- O Centro Hospitalar Cova da Beira é proprietário de quaisquer dados, documentos, conhecimento, informação, substâncias ou qualquer outra propriedade intelectual, que seja fornecida ao investigador para utilização no estudo ("propriedade intelectual de origem");
- O investigador terá direitos de publicação dos resultados do estudo;
- O investigador terá de fazer entrega ao Centro Hospitalar Cova da Beira de um exemplar do trabalho final.

Covilhã, ____ de _____ de _____

O aluno/investigador

O orientador do estudo

Página: 1 de 1



Anexo 6: Questionário



Questionário

Este questionário tem por base a investigação acerca do custo benefício da descentralização parcial da consulta de coagulação do CHCB. Agradeço desde já a sua participação, a sua ajuda é fundamental para o estudo. Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer dos itens, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera. O questionário é de natureza anónima e confidencial.

Idade: _____ Local onde é realizada atualmente a
Sexo: _____ consulta:
Localidade: _____ Profissão: _____

1. Há quanto tempo frequenta a consulta de coagulação? _____

2. Com que frequência?

- Semanal Mensal
 Quinzenal Cada 5 semanas
 Cada três semanas Cada 6 semanas

Assinale com um 'X' a sua resposta em relação AOS DOIS locais de realização da consulta (quando era realizada no CHCB e, atualmente, que é realizada no Centro de Saúde da sua área de residência):

	Local da Consulta	
	CHCB	Centro de Saúde
3. Que distância percorre para se dirigir às consultas?		
<10km		
[11-20km]		
[21-30km]		
[31-40km]		
[41-50km]		
[51-60km]		
[61-70km]		
[71-80km]		
[81-90km]		
[91-100km]		
>101km		



	Local da Consulta	
	CHCB	Centro de Saúde
4. Qual o tempo médio despendido por consulta (incluindo o tempo de consulta, o tempo de espera e as deslocações)?		
5. Qual o meio utilizado nas deslocações?		
Viatura própria		
Transportes públicos		
Viatura de amigos ou familiares		
Transporte fornecido pelo Hospital/Centro de Saúde		
Outro. Qual?		
6. Em média, qual o gasto por consulta em cada deslocação?		
<5€		
[6-10€]		
[11-15€]		
[16-20€]		
[21-25€]		
[26-30€]		
[31-35€]		
[36-40€]		
[41-45€]		
[46-50€]		
>51€		
7. Qual o tipo de incómodos adicionais a esta deslocação (sua ou de um familiar/amigo):		
Faltar ou chegar atrasado ao emprego		
Cuidados infantis		
Cuidados com idosos		
Excesso de tempo despendido		
Nenhum		
Outro. Qual?		



Assinale com um 'X' o grau de satisfação, em cada um dos locais, nos seguintes tópicos, em que:

1 = Muito Insatisfeito, 2 = Insatisfeito, 3 = Pouco Satisfeito, 4 = Satisfeito e 5 = Muito Satisfeito.

	Local da Consulta									
	CHCB					Centro de Saúde				
	Grau de Satisfação					Grau de Satisfação				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Desempenho da Organização										
Qualidade do Atendimento										
Tempo de Atendimento										
Condições de Acesso										
Condições de Deslocação										
Marcação de Consultas										
Localização do serviço										
Horário de Atendimento										

Muito obrigado pela sua participação!

Anexo 7: Cálculo Custo de Transporte por Utente

Dia	Nº utentes atendidos na consulta descentralizada nesse dia	Centro de Saúde	Distância ao CHCB	Preço por Km	Custo por utente
			km	€/km	(preço por quilometro*km)/nºutentes nesse dia
18-Nov	31	Tortosendo	8,5	0,36	$(0,36*8,5)/31=0,10€$
19-Nov	27	Silvares	39,5	0,36	0,53
20-Nov	29	Teixoso	10	0,36	0,12
25-Nov	36	Tortosendo	8,5	0,36	0,09
26-Nov	26	Silvares	39,5	0,36	0,55
27-Nov	30	Teixoso	10	0,36	0,12
02-Dez	27	Tortosendo	8,5	0,36	0,11
03-Dez	23	Silvares	39,5	0,36	0,62
04-Dez	26	Teixoso	10	0,36	0,14
09-Dez	25	Tortosendo	8,5	0,36	0,12
10-Dez	27	Silvares	39,5	0,36	0,53
11-Dez	28	Teixoso	10	0,36	0,13
16-Dez	32	Tortosendo	8,5	0,36	0,10
17-Dez	16	Silvares	39,5	0,36	0,89
18-Dez	28	Teixoso	10	0,36	0,13
23-Dez	15	Tortosendo	8,5	0,36	0,20
30-Dez	35	Tortosendo	8,5	0,36	0,09
07-Jan	29	Silvares	39,5	0,36	0,49
08-Jan	33	Teixoso	10	0,36	0,11
15-Jan	24	Teixoso	10	0,36	0,15
21-Jan	13	Silvares	39,5	0,36	1,09
22-Jan	24	Teixoso	10	0,36	0,15
29-Jan	22	Teixoso	10	0,36	0,16
05-Fev	31	Belmonte	34	0,36	0,39
12-Fev	20	Belmonte	34	0,36	0,61
17-Fev	20	Unhais da Serra	19	0,36	0,34
19-Fev	31	Belmonte	34	0,36	0,39
03-Mar	25	Unhais da Serra	19	0,36	0,27
12-Mar	30	Belmonte	34	0,36	0,41
19-Mar	30	Belmonte	34	0,36	0,41
26-Mar	29	Belmonte	34	0,36	0,42
02-Abr	26	Belmonte	34	0,36	0,47
09-Abr	24	Belmonte	34	0,36	0,51

Anexo 8: Percentagem de pessoas (por sexo) de Belmonte, Covilhã e Fundão

POPULAÇÃO RESIDENTE POR MUNICÍPIO, SEGUNDO OS GRANDES GRUPOS ETÁRIOS E O SEXO EM 31/12/2012

RESIDENT POPULATION BY MUNICIPALITY AND ACCORDING TO AGE GROUPS AND SEX ON 31/12/2012

continuação contínuo

II.1.2	25 a 64 anos			65 e mais anos						
	HM	H	M	Total			75 e mais anos			
				HM	H	M	HM	H	M	
Unidade: N.*										
Pinhal Interior Sul	18 898	9 625	9 273	12 906	5 105	7 801	8 048	3 033	5 015	
Mação	3 171	1 652	1 519	2 644	1 045	1 599	1 731	672	1 059	
Oleiros	2 576	1 337	1 239	2 091	826	1 265	1 268	483	785	
Prouença-a-Nova	3 931	2 033	1 898	2 585	1 036	1 549	1 627	633	994	
Serã	7 657	3 805	3 852	4 348	1 773	2 575	2 549	964	1 585	
Vila de Rei	1 563	796	765	1 238	425	813	873	281	592	
Serra da Estrela	22 235	10 801	11 434	11 836	4 819	7 017	6 288	2 403	3 885	
Fornos de Algodres	2 422	1 172	1 250	1 408	577	831	816	324	492	
Gouveia	6 683	3 245	3 438	4 315	1 709	2 606	2 466	927	1 539	
Seia	13 130	6 384	6 746	6 113	2 533	3 580	3 006	1 152	1 854	
Beira Interior Norte	52 198	25 775	26 423	28 296	11 463	16 833	16 333	6 235	10 098	
Almeida	3 354	1 673	1 681	2 380	971	1 409	1 421	559	862	
Celorico da Beira	3 712	1 855	1 857	2 174	858	1 316	1 290	491	799	
Figueira de Castelo Rodrigo	2 927	1 488	1 439	1 933	778	1 155	1 181	451	730	
Guarda	23 236	11 248	11 988	8 604	3 525	5 079	4 639	1 710	2 929	
Manteigas	1 795	889	906	879	362	517	478	174	304	
Meda	2 392	1 197	1 195	1 720	693	1 027	1 052	403	649	
Pinhel	4 497	2 243	2 254	2 964	1 227	1 737	1 651	661	990	
Sabugal	5 497	2 846	2 651	4 788	1 879	2 909	3 067	1 162	1 905	
Trancoso	4 788	2 336	2 452	2 854	1 170	1 684	1 554	624	930	
Beira Interior Sul	37 571	18 450	19 121	20 410	8 498	11 912	11 955	4 754	7 201	
Castelo Branco	29 846	14 485	15 361	12 881	5 341	7 540	6 896	2 659	4 237	
Idanha-a-Nova	3 860	1 927	1 933	3 901	1 672	2 229	2 632	1 125	1 507	
Penamacor	2 276	1 214	1 062	2 246	938	1 308	1 546	639	907	
Vila Velha de Ródão	1 589	824	765	1 382	547	835	881	331	550	
Cova da Beira	45 993	22 718	23 275	21 428	8 687	12 741	11 587	4 335	7 252	
Belmonte	3 588	1 777	1 811	1 683	696	987	947	381	566	
Covilhã	27 730	13 602	14 128	12 058	4 879	7 179	6 315	2 318	3 997	
Fundão	14 675	7 339	7 336	7 687	3 112	4 575	4 325	1 636	2 689	

Unid. No.	MF	M	F	MF	M	F	MF	M	F
	25 - 64 years			Total			75 years and over		
	65 years and over								

© INE, I.P., Portugal, 2013. Informação disponível até 30 de setembro de 2013. Information available till 30th September, 2013.

Fonte: INE, I.P., Estimativas Provisórias da População Residente.
Source: Statistics Portugal, Provisional Estimates of Resident Population.

Nota: As estimativas de população residente em 2012 pertencem à série Estimativas Provisórias de População Residente Pós-censitárias (Censos 2011), pelo que não são diretamente comparáveis com os dados divulgados na anterior edição desta publicação.
Note: The population estimates for 2012 are integrated on the postcensal Provisional Resident Population Estimates series (Census 2011). Therefore, these data are not directly comparable with the previous edition of this publication.

Fonte: INE (2012)

Percentagem (aproximada) de pessoas com mais de 65 anos (por sexo):

Sexo Masculino

Belmonte: $(696 \cdot 100) / 1683 = 41\%$

Covilhã: $(4879 \cdot 100) / 12058 = 40,5\%$

Fundão: $(3112 \cdot 100) / 7687 = 40,5\%$

Sexo Feminino

Belmonte: $(987 \cdot 100) / 1683 = 59\%$

Covilhã: $(7179 \cdot 100) / 12058 = 59,5\%$

Fundão: $(4575 \cdot 100) / 7687 = 59,5\%$