

A QUALIDADE E EQUIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA
OS DOENTES DIABÉTICOS

Nuno Alexandre dos Santos Ferreira Oliveira

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do
grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:
Prof.^a Doutora Fátima Figueiredo, Professora Convidada da Epidemiologia, ISCTE Business
School

Abril 2014

A QUALIDADE E EQUIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA OS DOENTES DIABÉTICOS

Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

©NUNO OLIVEIRA

Nuno Alexandre dos Santos Ferreira Oliveira
ISCTE
Rua dos Conrados n.º38
Pousos – 2410 Leiria
Tel: 912653306
e-mail: nunoasfo@hotmail.com

INDEG/ISCTE

Lisboa, Portugal – 2014

A Qualidade e Equidade dos Serviços de Saúde para os Doentes Diabéticos

RESUMO

A Diabetes Mellitus é uma doença cada vez mais prevalente na população mundial. Esta tendência tem contribuído para um crescimento significativo dos custos associados a esta patologia cresçam significativamente, tanto os custos diretos como os indiretos situando-se nos milhares de milhões de euros mundialmente. Assim, é crucial que haja um bom controle destes doentes de forma a minimizar os seus problemas de saúde e, conseqüentemente prevenir uma situação social insustentável. Neste sentido, é importante que todos os serviços responsáveis estejam á mesma altura e consigam prestar os melhores cuidados possíveis a cada doente independentemente do local de atendimento. No seguimento desta ideia, foi efetuado um questionário de satisfação, adaptado do ServQual, o qual foi respondido por 79 utentes diabéticos de dois centros de saúde caracteristicamente diferentes. Cerca de 72% (57) dos inquirido reportaram valores de satisfação superiores a 85%. Os níveis de satisfação demonstrados foram bastante elevados evidenciando que os doentes diabéticos se consideram adequadamente acompanhados pelos serviços de saúde. No entanto, existe ainda a necessidade de averiguar a adequabilidade do acompanhamento prestado aos doentes mais vulneráveis.

Palavras chave: Diabetes Mellitus, qualidade, equidade, acesso à saúde

Classificação JEL: I14, I18

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is an increasingly prevalent disease in the global population. This tendency has led to an increase in costs, not only direct but also indirect, associated with this pathology, currently situated in the billions of Euros worldwide. Therefore, it is crucial that there is good control of these patients in order to minimize their health related problems and consequently prevent an unsupportable social situation. In this sense, it is important that all responsible services be at the same level and can deliver the best healthcare possible to each patient no matter the place. Following this idea, a study of satisfaction based on ServQual was made. There were 79 responses from users with diabetes from two characteristically different healthcare centers. About 72% (57) of the inquired reported values of satisfaction in excess of 85%. The levels of satisfaction shown, demonstrated that diabetic patients consider that current healthcare services are adequate in their maintenance. There is, however, a necessity to further access the adequability of the accompaniment to more vulnerable patients.

Keywords: Diabetes Mellitus, quality, equity, healthcare access

JEL Classification: I14, I18

AGRADECIMENTOS

Aos pais – Pelo seu suporte e paciência ao longo dos últimos anos.

À Tia Albertina e D. Ermelinda – Pelos seus apoios e contatos, sem os quais a realização deste trabalho teria sido consideravelmente mais difícil.

À Professora Fátima Figueiredo – Pela disponibilidade e ajuda na realização deste trabalho mesmo após todos os precalços e tempo decorrido.

D. Laura e Pessoal da Extensão de Saúde da Barosa – Pela sua disponibilidade imediata e acolhimento.

Aos funcionários do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, em especial à enfermeira Helena, à enfermeira Olga, à enfermeira chefe Lucília Sousa e à administrativa D. Angelina – Pela recepção, conselhos dados e todo o apoio e paciência disponibilizados.

A todos os Inquiridos – Sem os quais não haveria trabalho e que foram mais além do necessário dando os seus pontos de vista e opiniões.

À Duplometal – Que se mostrou sempre disponível a suportar os custos decorrentes deste trabalho.

A todos os meus amigos – Cujas incessantes palestras e sermões me motivaram a continuar em frente e que estão sempre disponíveis para me apoiar. Um beijo especial à Ana Messias e à Joana Margarida por terem tirado tempo dos seus horários ocupados para ler a versão inicial da dissertação, apontando erros graves e mantido a sanidade pelo meio de todas as incoerências gramaticais.

ÍNDICE

Resumo	I
Abstract	II
Agradecimentos	III
Índice de Gráficos, Tabelas e Figuras	IV
Índice de Anexos	V
Lista de Abreviações	VI
1 – Introdução	1
2 – Enquadramento Teórico	3
2.1 – A Diabetes Mellitus.....	3
2.2 – A Importância da Satisfação para a Saúde	4
2.3 – A Equidade na Saúde	6
2.4 – Aposta na Prevenção	8
3 – Dificuldades no acesso à Informação do Serviço Nacional de Saúde	10
4 – Metodologia	13
4.1 – Objetivos	13
4.1.1 – Objeto de estudo	13
4.2 – Localização.....	13
4.3 – Método de Recolha de Dados.....	15
4.4 – Escolha do Questionário - ServQual	16
4.4.1 – Alterações Efetuadas	17
4.5 – Tratamento de Dados	18
5 – Resultados	19
5.1 – Caracterização da Amostra.....	19
5.2 – Valores Numéricos obtidos por Declaração.....	20

5.3 – Incidências Graves	27
6 – Discussão dos Resultados	28
6.1 – Falhas do Estudo	31
7 – Conclusões	32
8 – Bibliografia	33
9 – Anexos	36

ÍNDICE DE GRÁFICOS, TABELAS E FÍGURAS

Gráficos:

Gráfico 1 – Satisfação média para cada uma das declarações, por unidade de saúde	21
Gráfico 2 – Satisfação média em cada obtida por critério	22
Gráfico 3 – Importância média associada a cada critério	22
Gráfico 4 – Ponderação da satisfação pelas importâncias, normalizada pelo índice de satisfação global obtido	24
Gráfico 5 – Distribuição dos critérios por quadrantes de satisfação vs. importância – Centro de Saúde – Dr. Arnaldo Sampaio	25
Gráfico 6 – Distribuição dos critérios por quadrantes de satisfação vs. importância – Extensão de Saúde - Barosa	25
Gráfico 7 – Separação de critérios por quadrantes	26

Tabelas:

Tabela 1 – Caracterização da população e amostra, por unidade de saúde	19
Tabela 2 – Satisfação média para cada uma das declarações, por unidade de saúde.....	20
Tabela 3 – Índices de satisfação.....	23

Fíguas:

Fígura 1 – Mapa das unidades de saúde	14
--	----

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexos:

Anexo A – Estatística do Medicamento, 2011	36
Anexo B – Deliberação, Comissão Nacional de Proteção de Dados.....	37
Anexo C – Questionário ServQual	38
Anexo D –Deliberação, Comissão de Ética para a Saúde	41

LISTA DE ABREVIACÕES

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ADA – American Diabetes Association

ARS – Administração Regional de Saúde

CES – Comissão de Ética para a saúde

CNPD – Comissão Nacional de Proteção de Dados

SNS – Sistema Nacional de Saúde

WHO – World Health Organization

QALY – Quality Adjusted Life Years

IDF – International Diabetes Federation

A Qualidade e Equidade dos Serviços de Saúde para os Doentes Diabéticos

1 – INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus é uma das doenças crónicas com maior prevalência, não só em Portugal como no resto do mundo. Estima-se que mundialmente entre 347 milhões (World Health Organization (WHO), 2013) e 385 milhões (International Diabetes Federation (IDF), 2013) de pessoas sejam diabéticas, cerca de 60 milhões das quais na Europa, atingindo uma prevalência média de 10,3% nos homens e 9,6% em mulheres com mais de 25 anos de idade (WHO, 2014). Em Portugal estes valores são ainda mais preocupantes, sendo a prevalência da doença superior à dos restantes países europeus, situando-se em 7,2% da população, entre os 20 e os 79 anos de idade, em 2012. De realçar que, estes números incluem apenas os doentes já diagnosticados. Se se incluir os doentes não diagnosticados, cerca de 5,6%, a prevalência aumenta significativamente para valores de 12,9% o que corresponde a cerca de 1 milhão de indivíduos numa população que contém aproximadamente 7,8 milhões (Gardete, L. C. *et al.*, 2013, 2).

O número mundial de pessoas com diabetes referido acima já é, por si só, impressionante, mas se se considerar que alguns estudos importantes, feitos no passado, sobre a estimativa da Diabetes Mellitus no mundo, com referência ao ano 2000 (Wild *et al.*, 2004), previam uma prevalência da doença, decorrido 30 anos, de 366 milhões de pessoas afetadas e que este número pode já ter sido ultrapassado, de acordo com alguns dados, em 19 milhões de pessoas em 2013, ou seja 17 anos antes (IDF, 2013), demonstra que esta doença foi largamente subestimada independentemente de se considerarem as hipóteses menos pessimistas. A IDF aponta agora como referência para 2035 cerca de 591,9 milhões de pessoas que irão ser afetadas a maioria delas na região da Ásia e Oceânia, compreensível devido à elevada densidade populacional da região. Números que trazem um panorama da mortalidade pouco animador em que os números mais recentes referentes a 2012 apontam a cerca de 4,8 milhões de mortes mundialmente (IDF, 2012), 4.867 das quais em Portugal que correspondem a 4,5% da população diabética nacional (Gardete, L. C. *et al.*, 2013, 2). Se adicionalmente for considerado o número de pessoas sem Diabetes Mellitus mas já com alterações da tolerância á glucose, também designada de pré-diabetes (Zimmer, P., 2003), verifica-se que o aumento da prevalência da doença atinge níveis alarmantes, sendo que Portugal não é exceção, registando também um aumento desta em cerca de 80% relativos aos primeiros 10 anos do milénio (Gardete, L. C. *et al.*, 2013).

São vários os fatores que potenciam este aumento dos quais vale a pena destacar: o envelhecimento da população, que se tem verificado não só a nível nacional, mas de forma generalizada mundialmente e os hábitos alimentares e de atividade física atuais, frequentemente desadequados e pouco saudáveis (van Dieren, *et al.*, 2010). Tem-se vindo a verificar que são os países cuja população possui uma menor capacidade económica, onde este problema tem-se pronunciado de forma mais significativa. *“There is no question that the rates of obesity and type 2 diabetes in the United States follow a socioeconomic gradient, such that the burden of disease falls disproportionately on people with limited resources, racial-ethnic minorities, and the poor”* (Drewnowski e Specter, 2004). Esta condição é verdadeira não só no local onde foi descrita, mas na grande maioria dos países desenvolvidos ocidentais que seguem um crescimento semelhante e onde o tipo de alimentação mais barata é geralmente o menos apropriado a uma dieta saudável. Este fator enquadra-se também na situação atual de Portugal no qual o referido envelhecimento da população (Quadros Estatística Nacional, 2011) e a grave crise económica vivida nos últimos anos têm levado ao aumento destes fatores potenciadores, não só da Diabetes Mellitus como para uma outra panóplia de complicações médicas graves o que se estima traduzir em maiores custos operacionais e a um aumento de stress não só do SNS em Portugal como de outros países que aplicam modelos semelhantes (Kanavos, P, 2012).

Os gastos mundiais associados à Diabetes Mellitus estimam-se que tenham atingido em 2010 mais de 272 mil milhões de euros e que possam chegar a ultrapassar os 402 mil milhões em 2030 de acordo com o estudo efetuado por Zhang P. (2010). O mesmo autor refere ainda que, em média, 12% dos orçamentos disponíveis nos sistemas de saúde mundiais foram despendidos com esta doença. Em Portugal, a despesa de 2013 correspondeu a cerca de 8% a 9% da despesa total em saúde (Gardete, L. C. *et al.*, 2013, b), valores similares ao ano anterior no qual a esta correspondeu a cerca de 8% a 10% (Gardete, L. C. *et al.*, 2013, a) da despesa total.

As estimativas apresentadas demonstram uma realidade nacional e mundial alarmante e, como tal, a necessidade emergente e urgente de uma maior intervenção de todos os responsáveis, uma vez que os esforços já realizados e que se continuam a realizar mostram-se incapazes de travar ou abrandar o crescimento a todos os níveis da Diabetes Mellitus com as consequências que isso trará no futuro.

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 – A Diabetes Mellitus

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica caracterizada por hiperglicemia - termo técnico para níveis elevados de glicose no sangue, que ocorre quando o pâncreas não produz ou produz insulina em baixa quantidade ou quando os tecidos-alvo não a conseguem usar de forma apropriada (American Diabetes Association(ADA), 2014) - e que pode provocar graves lesões tecidulares, ao nível dos rins, olhos, nervos e vasos sanguíneos.

“Em praticamente todos os países desenvolvidos, a Diabetes é a principal causa de cegueira, insuficiência renal e amputação de membros inferiores. A Diabetes constitui, atualmente, uma das principais causas de morte, principalmente por implicar um risco significativamente aumentado de doença coronária e de acidente vascular cerebral.” Quem o refere é a própria Sociedade Portuguesa de Diabetologia (Gardete, L. C. *et al.*, 2013, a), sublinhando o impacto desta doença na sociedade moderna.

Existem dois grandes tipos de Diabetes Mellitus. A Diabetes Mellitus tipo 1 engloba entre 5% a 10% de todos os casos de Diabetes e manifesta-se predominantemente na população jovem, no início da puberdade (ADA, 2009). Este tipo de doença caracteriza-se por níveis baixos ou nulos de insulina com origem na destruição das células responsáveis pela sua síntese e secreção, a células beta pancreáticas. Os doentes diabéticos de tipo 1 têm vários tratamentos disponíveis, que implicam (ou envolvem) sempre a administração de insulina, de forma a repor níveis sanguíneos funcionais/adequados. Com maior frequência são aplicadas as injeções diárias múltiplas de insulina ou são usadas bombas subcutâneas de libertação contínua de insulina. Em Portugal, as bombas subcutâneas de insulina são utilizadas desde 2007, a um ritmo de 100 dispositivos por ano, assim como os seus consumíveis, de forma gratuita pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde (Direcção-Geral da Saúde (DGS), 2008). Durante o ano 2011, a comparticipação destes dispositivos situava-se nas 693 bombas, o que representou um custo de 842,813€ (Gardete, L. C. *et al.*, 2013, a), ultrapassando assim os objetivos iniciais. Tem-se verificado um aumento de cerca de 2 a 5% da incidência deste tipo de Diabetes a nível mundial (Maahs *et al.*, 2010), sendo expectável um aumento gradual/progressivo dos custos de

tratamento e de controlo da doença e uma consequente necessidade de ajustar os meios disponíveis entre os prestadores de cuidados de saúde.

O segundo tipo, a Diabetes Mellitus tipo 2, afeta cerca de 90% a 95% dos doentes diabéticos e manifesta-se maioritariamente em adultos com idade superior a 45 anos (ADA, 2009). É caracterizada principalmente pela resistência à ação da insulina, podendo, no entanto, acompanhar-se por uma secreção inadequada da mesma, à semelhança do que ocorre na Diabetes Mellitus tipo 1. O tratamento engloba predominantemente o uso de anti-diabéticos orais, podendo atingir a necessidade de usar insulina. O fármaco mais indicado depende do doente, do seu contexto clínico e do seu dia-a-dia.

Adicionalmente existe ainda um terceiro tipo de Diabetes, a Diabetes Gestacional. É fisiopatologicamente similar à Diabetes Mellitus tipo 2 mas ocorre durante a gravidez, podendo, na maioria dos casos, desaparecer após o parto. Tem uma prevalência que varia consoante o autor e a população estudada, situando-se entre 2% a 10% sendo que 7% é o valor mais apontado na generalidade dos estudos. Em Portugal, a prevalência da Diabetes Gestacional situa-se por volta dos 4,8% (Gardete, L. C. *et al.*, 2013, b).

2.2 – A Importância da Satisfação para a Saúde

A satisfação dos utentes pode, à primeira vista, parecer apenas uma consequência do tratamento prestado e/ou dos resultados obtidos pelo doente durante a sua passagem pelos serviços de saúde independentemente dos mesmos. No entanto, a dinâmica da satisfação altera bastante a forma como os utentes se relacionam com estes serviços. Utentes satisfeitos têm maior facilidade em expor as suas queixas clínicas, cumprir tratamento e em se manterem em programas de acompanhamento prolongado (Guldvog, 1999) e (Donabedian, 1988), algo importantíssimo no caso dos doentes diabéticos e fundamental naqueles em que a idade avançada significa maiores riscos de doença. Esta relação não é de todo diferente daquela que se estabelece entre, por exemplo, uma pessoa e qualquer outra loja. Se um cliente está insatisfeito com o serviço prestado num determinado estabelecimento, relutantemente voltará a querer usufruir do mesmo. Claro que no caso da saúde, muitos utentes, mesmo insatisfeitos com os serviços

prestados, não se poderão ou dificilmente conseguirão alterar o local onde recebem os seus cuidados. no entanto poderão usufruir destes de forma menos participativa para com os funcionários o que dificulta bastante a tarefa deles. Ao não se sentirem satisfeitos, poderão assumir uma atitude passiva, e não ativa, em relação ao seu estado de saúde, participando com pouco entusiasmo no cumprimento das indicações dos médicos e dos enfermeiros, dificultando bastante a tarefa deles.

Alguns autores como Gupta *et al.* (2012 e 2014), demonstram que existem relações entre a satisfação dos utentes e o resultado final da doença, sendo que são os doentes mais satisfeitos que revelam maiores índices de sobrevivência. Estes resultados podem também ser interpretados como tendo a sua causalidade no facto de doentes menos saudáveis considerarem o serviço em que se encontram como de menor qualidade, o que, no entanto, não retira validade à conclusão de que doentes mais satisfeitos têm maior tendência a melhorar os seus problemas de saúde. Assim, a satisfação do utente, de uma maneira ou de outra, tem um papel importante nos resultados finais. Torna-se indispensável que se reúnam esforços e que se trabalhe neste sentido, uma vez que melhores indicadores de saúde significam, regra geral, melhores índices de poupança, tanto para o doente como para o SNS.

Para se entender melhor a necessidade de um controlo apertado da qualidade da saúde praticada, é importante analisar a situação económica atual. Como se pode ver na tabela (anexo A), apesar da descida nos encargos dos SNS, muito devida aos cortes avultados nos últimos anos, o número de medicamentos prescritos tem vindo a aumentar de ano para ano assim como os encargos para os utentes. Ao considerar o aumento da prevalência prevista da Diabetes e a evolução dos seus fatores de risco, é possível, com razoável confiança, prever que estes números irão aumentar dando origem a uma provável situação insustentável do ponto de vista financeiro que, pelas palavras dos funcionários que trabalham nas unidades de saúde, já se começa a verificar na disponibilidade de materiais de trabalho. Estes acontecimentos foram já descritos por Rachiotis G *et al.* (2014). Este estudo realizado na Grécia, um país com características económicas semelhantes a Portugal demonstra a existência de uma grave falta de equipamento médico associado aos sucessivos cortes nos orçamentos dos hospitais públicos. A acrescentar, tem-se ainda a exaustão psicológica vivida pelos funcionários que põe em causa a qualidade e

humanização dos serviços prestados e que, de acordo com Romani e Ashkar (2014), poderá conduzir a complicações mais graves num futuro próximo.

A educação de saúde apropriada e contextualmente adaptada aos doentes é um fator que se poderá relacionar com a satisfação reportada. Um estudo efetuado por Mohamadirizi, S. *et al* (2014) a mulheres grávidas, mostrou que uma educação de saúde em moldes diferentes e adaptada a estas, pode ter resultados significativamente bons, não só a nível da satisfação como também da perceção da sua situação. No caso dos doentes diabéticos, tratando-se de uma patologia crónica e que necessita de bastante atenção e cuidados diários, percebe-se o valor desta educação num contexto preventivo. É no entanto um processo a duas partes no sentido em que, embora a educação possa melhorar os índices de satisfação, doentes mais satisfeitos terão maior facilidade, como foi referido anteriormente, em adotar a informação apresentada. Infelizmente muitas das informações disponíveis nos serviços de saúde não se encontram adaptadas á população que deles usufrui, um facto flagrantemente visível em vários centros de saúde.

2.3 – A Equidade na Saúde

O conceito de equidade no acesso a serviços de saúde tem sido amplamente debatido socialmente a nível mundial e é uma das maiores batalhas travadas pelo SNS. Não obstante, numa altura em que os constantes encerramentos de serviços de saúde inflamam vários debates e protestos, há que considerar que a equidade não se trata apenas da igualdade de acesso físico ás unidades de saúde, mas também na capacidade de oferecer os mesmos serviços com a mesma qualidade nesses locais diferentes. Embora as diretrizes do tratamento dos doentes diabéticos sejam semelhantes em todo o SNS, a capacidade de cada serviço de prestar o melhor nível e ir mais além com esses cuidados pode não ser igual, ou seja, pode existir uma iniquidade horizontal entre utentes, na qual cada um deles, possuindo as mesmas necessidades, têm direito a um uso de cuidados de saúde diferentes. É neste ponto que a equidade se começa a relacionar com a satisfação, sendo importante que serviços que cumpram o mesmo objetivo possuam graus de eficácia similares e que os seus utentes se sintam igualmente bem servidos. Trata-se de uma questão característica da sociedade moderna que visa oferecer as mesmas oportunidades a todos

os seres humanos. A equidade ganha ainda mais relevo em países que tentam promover a inexistência da distinção entre cidadãos de primeira e segunda classe e onde todos contribuem para o financiamento do SNS e ainda, ao considerarmos a realidade inescapável da doença e da morte que é parte inerente a todos nós.

Em relação aos portadores da Diabetes, correntemente, os serviços de acompanhamento oferecidos são gratuitos, pelo que, de um ponto de vista económico, a iniquidade, considerando que ela existe, passa pelo facto de que independentemente das capacidades financeiras diferentes de cada individuo, ambos consomem os recursos disponibilizados sem ocorrerem em despesas, o que, sendo ótimo do ponto de vista da prevenção, coloca alguns constrangimentos monetários no sistema implementado.

Não existe apenas uma razão responsável pela disparidade no acesso à saúde. Existem diversos fatores, que variam consoante a população estudada, e que podem contribuir para as diferenças verificadas na equidade. especialmente quando considerando a generalidade da população diabética de tipo 2. Considerando a população diabética de tipo 2, esta possui, entre outras características, uma idade média consideravelmente avançada que acarreta alguns problemas, nomeadamente: a existência de barreiras estruturais que ainda se verificam em alguns centros de saúde, inclusive centros de saúde recentes, e que complicam o acesso de doentes mais fragilizados e fisicamente incapacitados aos serviços de saúde; o elevado número de aposentados com baixos rendimentos, sem capacidade financeira para suportar os gastos com a deslocação aos serviços de saúde e com os medicamentos, verificando-se assim uma maior taxa de faltas às consultas e o não cumprimento da terapêutica instituída; e por ultimo, alguma dificuldade na compreensão e aceitação dos fatores de risco e preventivos.

Em relação a Portugal, a iniquidade dos serviços de saúde entre as diversas áreas geográficas já tinha sido referida no relatório de performance da WHO. *“There are still sizeable inequalities in health status between men and women and among geographical regions.”* (DGS, 2011). O encerramento e centralização de serviços de vários centros de saúde por todo o país, que têm ocorrido nos últimos anos como parte integrante da reforma dos cuidados de saúde, ainda levantam muitas dúvidas sobre a sua efetividade. Embora esta política poderá ter originado uma avaliação económica positiva, pelo menos diretamente, ficando por saber os custos indiretos

derivados da perda da equidade horizontal entre populações, no acesso á saúde, não só dos doentes diabéticos, mas de todos aqueles que necessitam de deslocações regulares às unidades de saúde e que poderão deixar de o fazer perdendo-se alguns dos fatores minimizadores e preventivos das doenças.

Contrariamente às recomendações dadas pela WHO (WHO, 2010), em que se aconselhava ao SNS que “*Develop more coherent approaches to the decentralization of health service delivery: further decentralize decision-making authority, including budgetary and financial autonomy, together with corresponding accountability and performance management.*” Cada vez mais é notória uma centralização de alguns órgãos diretivos e funcionais numa tentativa de redução de custos. Isto apesar de um dos pontos principais das ‘Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários’ (Sócrates, J., 2005) prever maiores poderes de autonomia aos centros de saúde e respetivos ACES criados. Isto no entanto verificou-se apenas ao nível da criação destes organismos uma vez a delegação de autonomia de gestão, em grande parte, ainda não se realizou criando algumas dificuldades de gestão própria.

2.4 – Aposta na Prevenção

A aposta nos planos de prevenção tem vindo a tomar um lugar de destaque, muito por via da necessidade financeira atual, e tem demonstrado resultados bastante positivos. As intervenções na área de prevenção e tratamento da Diabetes Mellitus têm apresentado, na sua grande maioria, bons resultados de custo-eficiência (ou custo-eficácia), realçando a importância e a necessidade de um adequado acompanhamento dos doentes pré-diabéticos e diabéticos.

O estudo sobre a implementação de um plano de acompanhamento e prevenção de uma população desfavorecida realizado por Gilmer *et al.* (2007) é um bom exemplo da eficiência deste tipo de intervenções, tendo sido obtido resultados de poupança na ordem das dezenas de milhares de dólares por doente, apesar de algumas limitações. Resultados confirmados por Li *et*

al. (2010) recomendam procedimentos preventivos e ativos de “baixo valor” (<50.000\$/QALY¹), considerando-os muito custo-efetivos. O mesmo estudo demonstra, no entanto, que é necessário um cuidado com os planos focados na prevenção, uma vez que estes, se não forem realizados de forma objetiva (p. ex: rastreio universal para pessoas menores de 45 anos de idade), têm ganhos bastante reduzidos quando comparados com planos que possuem uma população alvo bem mais definida e estudada.

É impossível, contudo, apostar tudo na prevenção da Diabetes Mellitus. Embora alguns estudos, como o de Lindström *et al.* (2003) ou o de Torgerson *et al.* (2004), demonstrem alguns bons resultados com o ajuste apenas do estilo de vida dos doentes e os estudos para a educação dos pacientes diabéticos em relação à sua saúde realizados por Norris *et al.* (2002) e Schillinger *et al.* (2004) evidenciem também resultados positivos na melhoria dos seus indicadores de saúde da comunicação com os seus prestadores de cuidados, existirá sempre a necessidade de recorrer a tratamentos de saúde para uma parte da população em causa. É então necessário que se atinja um equilíbrio entre os dois que permita atingir os maiores valores de eficiência possíveis. Neste aspeto, a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde prestados desempenha um papel de grande relevo, sendo uma importante fonte de informação para os responsáveis da gestão de serviços, o que por sua vez facilitará a aplicação de um processo de melhoria/aperfeiçoamento, em casos onde este seja necessário.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes é, neste sentido, de extrema importância, permitindo aumentar os níveis de qualidade de vida dos doentes diabéticos e, simultaneamente, poupar milhares de euros em gastos diretos e indiretos, que poderiam advir do aparecimento das complicações mais comuns associadas à doença. Estes custos são provavelmente maiores do que os estimados, uma vez que uma das grandes dificuldades em contabilizar os custos associados às complicações da Diabetes é o facto destas se encontrarem muitas vezes registadas como outras patologias na altura do seu tratamento (Kanavos, P. *et al.*, 2012).

¹ QALYs – Quality-Adjusted Life Year - A QALY gives an idea of how many extra months or years of life of a reasonable quality a person might gain as a result of treatment (particularly important when considering treatments for chronic conditions). *National Institute for Care and Health Excellence, 2004.*

3 – DIFICULDADES NO ACESSO À INFORMAÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE.

As dificuldades inerentes à realização deste trabalho que merecem ser alvo de apresentação e discussão englobam-se em algo a que poder-se-ia chamar de ‘burocracia de conveniência’, praticada por alguns dos órgãos gestores do SNS. Pode-se dar-se como exemplo o processo de requerimentos de forma a obter autorização para a recolha de dados deste estudo. Desde o envio do processo aos órgãos competentes (neste caso do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES)) até à sua conclusão foram necessários cerca de dez meses, requerimentos para quatro instituições específicas diferentes (ACES, Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD), Comissão de Ética (CES), e Centro de saúde coordenador) e vários encargos e formulários diferentes decorrentes do processo.

É também de notar que o estudo já padecia de concordância prévia por parte de todos os funcionários das unidades de saúde onde se iria realizar, os quais demonstraram curiosidade e entusiasmo em relação aos resultados possíveis e às conclusões que poderiam vir a ser retiradas. Todos consideravam importante e pertinente saber a opinião dos seus utentes relativa à qualidade do serviço prestado e reconheciam ser uma ferramenta, apesar de uma visível falta de meios, para melhorarem os seus serviços.

Assim, surpreende o facto de que, apesar dos principais intervenientes na prestação dos cuidados de saúde, intitulando-os como a base do SNS, se mostrarem disponíveis e agradecerem a participação em projetos que lhes permitam ter alguma perspetiva dos seus serviços, os órgãos de gestão se mostrem tão burocráticos e reticentes à sua realização, muito provavelmente pela possibilidade dos resultados poderem ser pouco satisfatórios. Não se tratou de situações pontuais, mas uma constante “muralla” burocrática que, sem justificações, impedia o acesso e divulgação de dados. A título de exemplo, os pedidos de autorização para colheita/recolha de dados foram enviados inicialmente para duas ACES, Lisboa Norte e Pinhal Litoral II. Em Lisboa, o requerimento foi negado, por carta, quatro semanas depois, sem qualquer justificação concreta. No Pinhal Litoral, apesar de não demonstrarem qualquer objeção, a primeira parte do processo demorou quatro meses a ser resolvida, devido ao facto deste ter sido 'perdido' duas vezes devido a 'erros informáticos'. Aliás, alguns ex-altos-funcionários, que permaneceram no anonimato,

mencionaram que havia “*uma tendência para os processos e requerimentos mais problemáticos se perderem*”. O processo só ficou concluído por parte do ACES do Pinhal Litoral II aquando a substituição temporária do presidente do organismo pelo vice-presidente, o qual já tinha sido contactado pelas entidades participantes no estudo para avançar com a autorização. O processo foi encaminhado então para a CES, devido à passagem de alguns prazos temporais não descritos e nunca antes mencionados. Na CES foi pedido entre outros um parecer da CNPD a qual, ao fim de um mês, deu o seu parecer positivo e deixou explícito que não seria necessário o consentimento informado, uma vez que tal já estava implícito no pedido. Contudo, a autorização de um organismo competente (CNPD) não parece ter sido suficiente, uma vez que o processo ficou mais uma vez bloqueado desta vez por “*técnicas*”, levando à necessidade de repetir a entrega de documentos e, conseqüentemente, a mais atrasos na concretização do projeto.

Seguiu-se uma espiral contínua de reuniões sem efeito e adiadas por falta de quórum e de promessas de que todos os processos em atraso seriam resolvidos em breve. Só seis meses depois e após várias insistências através de outras entidades e contactos foi possível obter uma resposta. Com base na informação da própria secretária, neste período de tempo, ocorreram duas reuniões efetivas. Poder-se-ia considerar um acontecimento pontual, mas observando atentamente os regulamentos próprios do CES (2014), disponíveis ao público em geral, verifica-se a presença de várias cláusulas criadas especificamente para não permitirem que ocorram situações como esta, nomeadamente o artigo 11, pontos 1, 2 e 4. Foi possível apurar que na mesma situação encontravam-se mais três pessoas.

É do ponto de vista deste autor difícil de perceber e aceitar que um serviço público, pago por todos os contribuintes, se mostre tão relutante em fornecer dados sobre a qualidade das suas funções e serviços, com receio de transmitir uma imagem pouco satisfatória. É compreensível a proteção de alguns dados em relação à população geral que poderá ter pouca formação na área e tirar conclusões erradas e prejudiciais. Contudo, não é explicável o controlo destes em relação aos próprios funcionários das instituições de saúde, que dos quais poderiam tirar conclusões importantes e, assim, conseguir melhorar a prestações dos seus serviços, o que atualmente é de grande importância, considerando a falta recursos nas unidades de saúde. É igualmente perturbador que organismos públicos sejam usados puramente como entraves burocráticos, independentemente da sua função principal, colocando não só uma maior e desnecessária carga

de trabalho nestes, como dificultando o trabalho de estudantes e responsáveis de gestão da mesma forma. Para além disto, o facto de que muitos dos seus funcionários desempenharem funções noutros lugares que possuem, obviamente, uma prioridade maior, ajuda a que eficiência destes organismos seja bastante reduzida. Não seria portanto de estranhar estudar-se uma possível reformulação não só destes organismos, como da relação entre eles e da autonomia conferida a cada. Este problema já foi mencionado por alguns autores como Hart e Hazelgrove (2001) para o qual *“Workers have a different motivations to remain silent... Constrained by the lack of consensus and motivated by a variety of political and psychological interests.”* De realçar que o interesse político foi apontado pela pessoa anónima anteriormente mencionada como sendo uma das razões principais do atraso na aquisição do acesso à informação, sendo referido que *“uma vez que existem eleições próximas, qualquer trabalho que possa ter implicações, ainda que remotamente negativas será bloqueado”*. Até mesmo a WHO (WHO, 2010) refere, num estudo elaborado com a participação do Ministério da Saúde, que: *“There are critical gaps in health information in Portugal that may limit the potential to develop health system policies and strategy on the basis of sound evidence. There were limited data on measures of safety and health and it is difficult to assess and monitor the extent of socioeconomic inequalities in health. The gaps in health information also limit the capacity to support transparency and accountability through public reporting of results.”*

É de conhecimento geral que o SNS caracteriza-se por um grande número de falhas mais ou menos controláveis e aceitáveis. É importante que haja partilha de informação, principalmente dos erros, para que todos os intervenientes na saúde dos utentes os possam corrigir, muitos dos quais se demonstram recetivos a melhorar e os quais se deparam também muitas vezes com as barreiras aqui mencionadas dando origem a um sentimento de frustração, principalmente tendo em conta que, havendo utentes e funcionários mais satisfeitos com a forma de realização dos serviços de saúde trás largas vantagens ao nível de saúde que se traduzem também ao nível económico como já foi mencionado.

4 – METODOLOGIA

4.1 – Objetivos

O objetivo principal deste trabalho é verificar a existência de discrepâncias tanto ao nível do atendimento dos utentes em diferentes unidades de saúde de características díspares, as quais possuem diferentes dimensões, condições e geografia, como ao nível do acompanhamento dos doentes diabéticos locais, e ainda verificar quais as áreas mais passíveis de melhorias. Secundariamente, pretende-se verificar a existência de correlações entre problemas reportados, tanto ao nível da saúde pessoal como do atendimento prestado e analisar as respostas dadas pelos participantes para localizar os aspetos das unidades de saúde que precisam de ser melhorados, se os houver, de forma a permitir uma melhor relação entre os prestadores de cuidados de saúde e os seus utentes.

4.1.1 – Objeto de estudo

O objeto de estudo são os centros de saúde responsáveis pelo acompanhamento dos doentes diabéticos, a sua prestação de cuidados de saúde e os próprios doentes diabéticos. Será analisada a satisfação, equidade e ocorrências incomuns do serviço prestado.

4.2 – Localização

Na escolha das unidades de saúde para a recolha de dados do estudo, procurou-se que estas difiram o mais possível no âmbito do contexto social onde se inserem, prestem os mesmos serviços no acompanhamento dos doentes com Diabetes Mellitus e pertençam ao mesmo agrupamento de centros de saúde.

A primeira unidade de saúde selecionada foi uma extensão de saúde, situada na freguesia de Barosa, uma pequena aldeia com cerca de 2156 habitantes (Instituto Nacional de Estatística(INE), 2013) e que apesar da proximidade com a cidade de Leiria, insere-se num

contexto completamente rural. Tem pequenas dimensões, e um quadro de funcionários bastante diminuto, composto por um médico, uma enfermeira e uma administrativa. As instalações foram adaptadas de parte do edifício da junta de freguesia correspondente e possui fáceis acessos ainda que os mesmos não pertençam à extensão de saúde. A segunda unidade de saúde escolhida foi o centro de saúde Dr. Arnaldo Sampaio na freguesia de Marrazes, inserida na cidade de Leiria, e com cerca de 22528 habitantes (INE, 2013). Este centro de saúde possui já uma dimensão considerável tanto a nível do tamanho físico das instalações, como no número de utentes inscritos (que abrange uma larga parte da população da cidade de Leiria), como na variedade de consultas e ainda no número de funcionários, que figuram nas dezenas, entre médicos, enfermeiros, administrativos, funcionários de limpeza e agentes de segurança. É um centro de saúde recente com cerca de sete anos e é o centro de saúde coordenador designado, dando orientação a dezassete extensões de saúde de saúde, duas unidades de saúde familiares e uma unidade de cuidados na comunidade. Apesar do seu amplo espaço interior e exterior, a sua acessibilidade não é a melhor principalmente a nível da inclinação das suas entradas e do estacionamento que é geralmente insuficiente para suprimir as necessidades, não só dos utentes, mas também dos próprios funcionários, forçando ambos a procurarem alternativas distantes.

Figura 1 – Mapa das unidades de saúde



A diferença de características entre estas duas unidades de saúde a nível de dimensão e “importância” reflete-se em todos os aspetos diários dos serviços, seja nas condições materiais,

no fluxo de entrada de doentes, no número de funcionários ou nos recursos disponíveis. Apesar disto, devido às características da Diabetes Mellitus, seria expectável uma semelhança do perfil dos utentes de ambas as unidades de saúde.

4.3 – Método de recolha de dados

O método escolhido para a recolha de dados foi a aplicação de um questionário de satisfação aos utentes das duas unidades de saúde, administrado presencialmente e de forma voluntária – vide Anexo B.

Foram realizados 79 questionários numa amostragem por conveniência, sendo que estes se encontram distribuídos em 30 efetuados na extensão de saúde de Barosa e os restantes 49 no centro de saúde Dr. Arnaldo Sampaio em Marrazes. O questionário foi aplicado a todos os utentes que se dirigiram às consultas específicas para pessoas diabéticas que se realizam geralmente a todas as 4^a-feiras da parte da manhã.

Optou-se por este método por diversas razões. Primeiramente a dimensão da população é reduzida, permitindo assim a obtenção de uma amostra representativa da população. Em segundo lugar, a patologia dos doentes em estudo é predominante em pessoas de idade mais avançada, que poderiam assim ter alguma dificuldade em responder às perguntas sem acompanhamento. Este método possui também a vantagem de ter um elevado nível de respostas entre os participantes uma vez que estes possuem maior confiança para responder a perguntas feitas por membros das unidades de saúde. Também devido à natureza das marcações de consultas para este tipo de doentes, que ocorrem, em geral, de 3 em 3 meses, existe um fluxo contínuo destes utentes em dias e horas específicas da semana, permitindo uma facilidade de acesso a estes. Em último lugar, o tempo de espera que é geralmente requerido aos utentes entre a entrada, a primeira avaliação por parte de uma enfermeira e posteriormente a respetiva consulta por parte de um médico, tem como consequência uma predisposição não só para responderem ao questionário mas também para conversarem casualmente significa que os utentes têm bastante tempo para ser inquiridos e conversarem casualmente sobre a sua opinião. É ainda de registar que poderá, eventualmente, haver inibição por parte do entrevistado em responder a algumas

questões devido à presença de um entrevistador. No entanto, devido ao anonimato do questionário, espera-se que este facto tenha desabatido um reduzido impacto nos resultados.

4.4 – O questionário escolhido – SERVQUAL

Para este trabalho foi selecionado o questionário SERVQUAL - Anexo C - ao qual foram efetuadas algumas alterações. Este questionário, desenvolvido por Zeithaml, V., Parasuraman, A. e Berry, L., tem como objetivo “estabelecer uma definição da qualidade de serviço” e consegue-o usando as expectativas e perceções dos clientes, neste caso utentes, que são a razão de existência destas mesmas unidades de saúde.

A escolha deste questionário recaiu no facto de permitir obter um bom panorama de um serviço de saúde a partir dos seus utilizadores utilizando cinco critérios principais de avaliação: Tangibilidade, Fiabilidade, Resposta, Segurança e Empatia, que se desdobram em 22 declarações diferentes. Como não é exigido que seja aplicado por um profissional de saúde, permite também minimizar a interação com os funcionários das unidades de saúde, um ponto a favor da aceitação das entidades reguladoras, que não veem com bons olhos a possibilidade de perturbações aos serviços.

O questionário é de simples aplicação e possui perguntas acessíveis e de fácil resposta, o que é essencial dada a população em estudo. As suas várias declarações permitem avaliar a o melhor ou pior desempenho dos critérios e compará-los com os resultados de outras unidades de saúde.

4.4.1 – Alterações efetuadas

O questionário ServQual começa geralmente por uma série de declarações de satisfação semelhantes às que se vão aplicar, uma declaração de importância de critérios e a uma nova série de declarações semelhantes às primeiras, neste caso referentes às expectativas dos utentes. Esta parte final do questionário não foi usada devido ao facto de que, grande parte dos inquiridos, não compreendeu a necessidade do que era, para eles, essencialmente dois questionários “iguais”, provocando várias confusões. Para além disto, o tempo despendido pelos inquiridos iria ser bastante maior, podendo dar origem a respostas menos sinceras ou mesmo à ausência destas por parte dos utentes com menor disponibilidade de tempo. Aliado a isto, o facto da parte intermédia do questionário original dar já uma boa indicação das expectativas de cada utente, para cada um dos cinco critérios em avaliação, faz com que a importância desta parte não aplicada possa ser colmatada por outras análises.

Foram efetuadas algumas alterações ao questionário base por via da imposição do ACES responsável pela autorização à realização do trabalho. Como tal foram removidas as seguintes perguntas que figuravam no questionário original:

‘A organização de saúde conclui o serviço no tempo prometido.’

‘Na organização de saúde os funcionários informam com precisão os seus clientes quando se concluirá cada serviço.’

‘Os funcionários da organização de saúde servem-no com rapidez.’

Estas perguntas foram consideradas pelos quadros responsáveis como ‘não se enquadrando na natureza do serviço prestado’ e como tal pediram a sua remoção.

Foi ainda inserida uma pergunta extra, fora do questionário ServQual, relativa ao número de incidências problemáticas como resultado direto ou indireto da patologia da Diabetes Mellitus, com o objetivo de avaliar a existência de uma possível relação entre a satisfação demonstrada e uma propensão para casos graves.

4.5 – Tratamento de dados

Começou-se por fazer um levantamento das características das amostras obtidas com o objetivo de obter um perfil comparativo da população inquirida, tendo sido recolhido a idade e o sexo de cada participante. Analisaram-se as médias de cada declaração, em cada unidade de saúde, e procurou-se a existência de valores fora do comum para os resultados obtidos. Efetuou-se a conjugação dos resultados de satisfação em critérios principais para análise (Tangibilidade, Fiabilidade, Resposta, Segurança, Empatia) de acordo com os padrões do ServQual e averiguou-se a importância associada pelos inquiridos a estes.

Foi feita uma ponderação entre os valores dados nas declarações e a importância dada a cada critério, de forma individual, para se obter os valores reais influência de cada um destes na satisfação geral dos utentes.

Elaborou-se um índice de satisfação agrupando a média individual de pontuação de cada inquirido e, em seguida, repetiu-se a mesma análise mas à pontuação dada agrupou-se as importâncias associadas de forma a obter um índice real ponderado. Calculou-se a média para cada unidade de saúde e entre os sexos para verificar se existiam diferenças significativas.

Através das análises anteriores fez-se uma divisão dos critérios ponderados, por quadrantes relativos às médias dos resultados obtidos entre todos os participantes, de forma a facilmente verificar quais aqueles que se encontram urgentemente a precisar de melhorias e os que possuem valores satisfatórios. Dividiu-se os quadrantes em Pontos Fortes (Quadrantes superiores), Pontos Passíveis de Melhorias (Quadrante inferior direito) e Pontos Fracos (Quadrante inferior esquerdo).

Em adição, foi analisado o número de casos graves tendo como causa direta a Diabetes Mellitus e, em último lugar, foram consideradas as observações externas ao inquérito que pudessem possuir relevância na explicação dos dados obtidos.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao software SPSS versão 17.

5 – RESULTADOS

5.1 – Caracterização da amostra

Ouve alguma dificuldade pontual na aplicação dos questionários devido à idade avançada de alguns inquiridos, mas regra geral obtiveram-se questionários completos e válidos com uma taxa de resposta média de 97,5%. A taxa mínima de resposta obtida foi de 68%, pelo que não foi necessário anular nenhum questionário.

Todos os inquiridos reportaram ter Diabetes Mellitus tipo 2, não tendo sido observado nenhum utente com patologia de Diabetes tipo 1 ou gestacional. Obteve-se uma proporção de homens para mulheres de 1,72 no centro de saúde Dr. Arnaldo Sampaio e de 1,31 na extensão de saúde de Barosa correspondendo a um total de 49 inquiridos do sexo masculino e 30 inquiridos do sexo feminino. A média de idades foi de aproximadamente 67 e 70 anos respetivamente a cada unidade de saúde, com um intervalo entre 34 e 88 anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da População e Amostra, por unidade de saúde

		Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio	Extensão de Saúde Barosa
População		359	128
Sexo	Masculino	31	17
	Feminino	18	13
Total		49	30
Idade média	Masculino	67,7	68,6
	Feminino	65,4	71,0

O erro de proporções associado de 13,0% para a amostra do centro de saúde Dr. Arnaldo Sampaio e de 15,7% para a extensão de saúde de Barosa. Estes resultados foram obtidos

considerando um intervalo de confiança de 95%, um cenário pessimista, e considerando uma população finita de indivíduos.

Todos os participantes deram o seu consentimento informado de acordo com o padrão estabelecido pela CNPD (Anexo B).

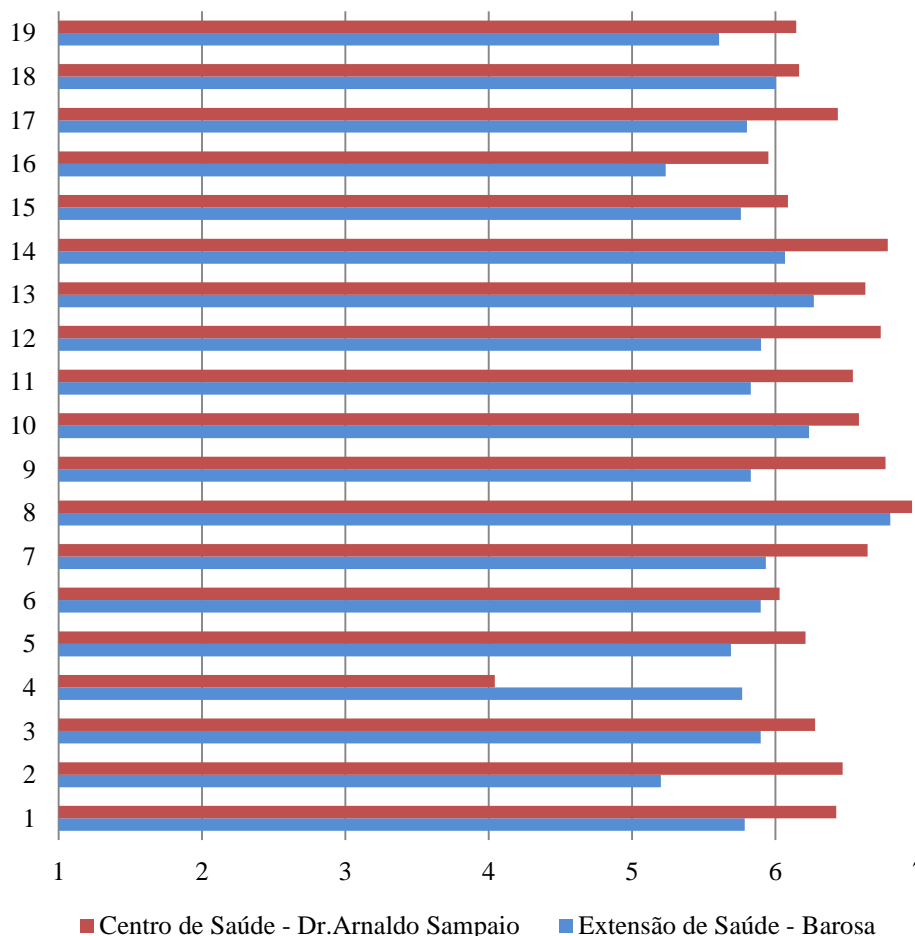
5.2 – Valores numéricos obtidos por declaração

A média dos valores dados a cada declaração pelos inquiridos encontra-se representada na tabela 2 e gráfico 1. O erro associado a estes valores é de 0,17 no centro de saúde e de 0,20 na extensão, considerando a escala utilizada de 1 a 7 pontos.

Tabela 2 – Satisfação média para cada uma das declarações, por unidade de saúde

Declaração	Centro de Saúde	Extensão de	Declaração	Centro de Saúde	Extensão de
	Dr. Arnaldo Sampaio	Saúde - Barosa		Dr. Arnaldo Sampaio	Saúde - Barosa
1	6,42	5,79	11	6,54	5,83
2	6,47	5,20	12	6,73	5,90
3	6,28	5,90	13	6,63	6,27
4	4,04	5,77	14	6,78	6,07
5	6,21	5,69	15	6,09	5,76
6	6,03	5,90	16	5,95	5,23
7	6,64	5,93	17	6,44	5,80
8	6,95	6,80	18	6,16	6,00
9	6,77	5,83	19	6,14	5,61
10	6,58	6,23			

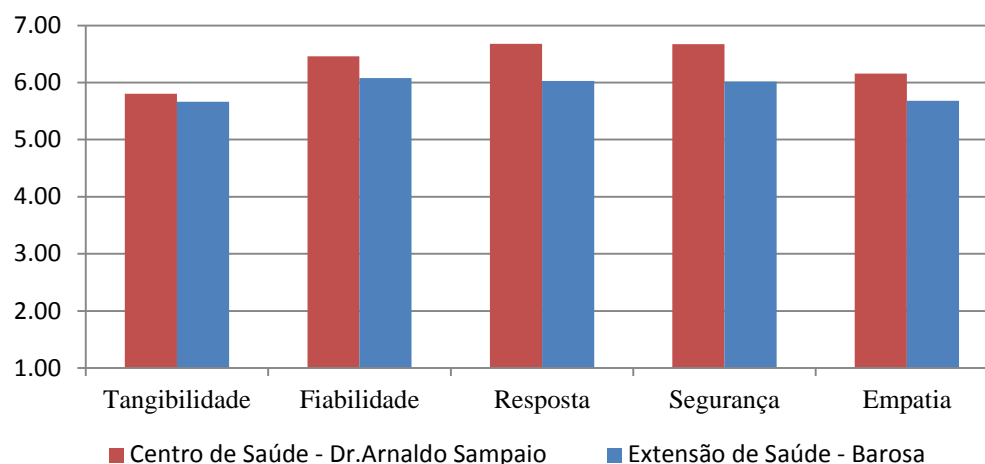
Gráfico 1 – Satisfação média para cada uma das declarações, por unidade de saúde



(Declarações: 1- As equipas da organização de saúde presente têm uma aparência eficaz e profissional.; 2- As instalações físicas da organização de saúde presente são visualmente atrativas.; 3- Os funcionários da organização de saúde presente têm uma aparência agradável.; 4- Os materiais relacionados com o serviço que utiliza a organização de saúde presente (folhetos, estados de conta etc.) são visualmente atrativos.; 5- Quando a organização de saúde presente promete fazer algo em certo tempo, fá-lo.; 6- Quando você tem um problema, a organização de saúde presente mostra um interesse sincero em solucioná-lo.; 7- A organização de saúde presente realiza bem o serviço à primeira vez.; 8- A organização de saúde presente mantém os registos isentos de erros.; 9- Os funcionários da organização de saúde presente mostram-se sempre dispostos a ajudar.; 10- Os funcionários da organização de saúde presente nunca estão demasiado ocupados para responder às suas perguntas.; 11- O comportamento dos funcionários da organização de saúde presente transmite confiança.; 12- Sente-se seguro nas suas interações com a organização de saúde presente.; 13- Os funcionários da organização de saúde presente são usualmente amáveis consigo.; 14- Os funcionários da organização de saúde presente têm conhecimentos para responder às perguntas que lhes faz.; 15- Na organização de saúde presente dão-lhe uma atenção individualizada.; 16- Na organização de saúde presente têm horários convenientes para todos os seus clientes.; 17- Na organização de saúde presente dão-lhe uma atenção personalizada.; 18- Na organização de saúde presente preocupam-se com os seus melhores interesses.; 19- Na organização de saúde presente compreendem as suas necessidades.)

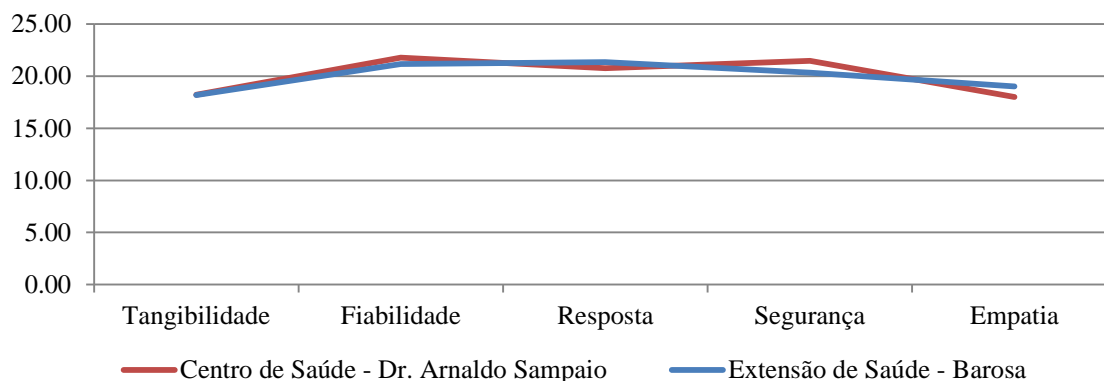
De acordo com as respostas obtidas no questionário aplicado, foi feita a média dos resultados de acordo com os cinco critérios principais em avaliação com o ServQual (Gráfico 2). Os resultados obtidos correspondendo a cada conjunto centro de saúde/extensão foram de: Tangibilidade - 5,80/5,66; Fiabilidade - 6,46/6,08; Resposta - 6,68/6,03; Segurança - 6,67/6,02; Empatia - 6,16/5,68.

Gráfico 2 – Satisfação média obtida em cada critério



Os valores médios de importância associados a cada um dos critérios foram de: Tangibilidade - 18,20%/18,17%; Fiabilidade - 21,78%/21,17%; Resposta - 20,76%/21,33%; Segurança - 21,47%/20,33%; Empatia - 18,00%/19,00% (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Importância média associada a cada critério



Nesta questão, é de salientar que 51,9% de todos os inquiridos distribuíram uma pontuação igual a todas as critérios, considerando que todas possuem a mesma importância.

Com base nestas respostas foi elaborado um simples índice de satisfação geral (Tabela 3), agrupando os resultados das diversas declarações e realizando a sua média simples, independentemente do critério em avaliação. Os resultados obtidos, de um máximo de 7 pontos possíveis, foram de 6,30 (90%) e 5,88 (84%) para o centro de saúde Dr. Arnaldo Sampaio e extensão de saúde de Barosa, respetivamente. Construindo um índice de satisfação ponderado, ou seja, conjugando estes valores com as importâncias associadas a cada critério, os resultados obtidos foram de 6,38 (91,14%) e 5,90 (84,29%). Analisando estes resultados por sexo, ao invés de por unidade de saúde, obtemos valores de 6,21 (88,71%) e 6,03 (86,14%) em relação à população masculina e feminina para valores de satisfação não ponderados e de 6,27 (89,57%) e 6,09 (87%) para valores de satisfação ponderados.

Tabela 3 – Índices de Satisfação

Índice de Satisfação Média	Centro de Saúde	Extensão de Saúde	Masculino	Feminino
	Dr. Arnaldo Sampaio	Barosa		
Não ponderado	6,30	5,88	6,21	6,03
Ponderado	6,38	5,90	6,27	6,09

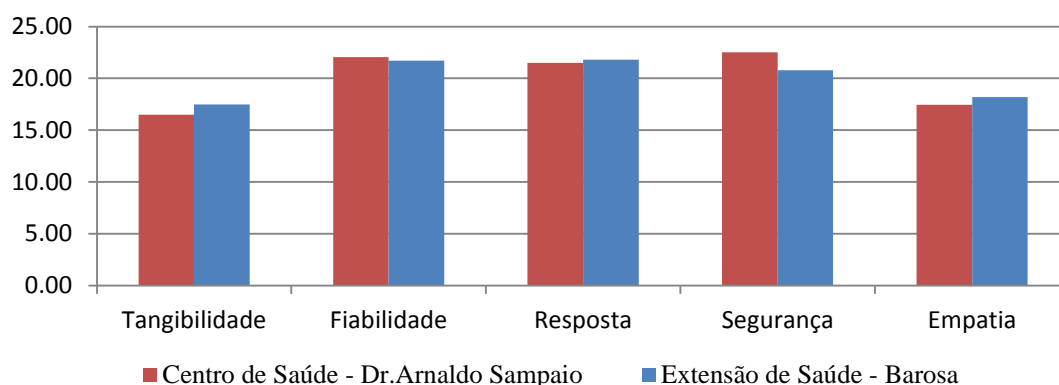
Os níveis de satisfação obtidos entre unidades de saúde foram considerados significativamente diferentes (t-test com Sig 0,04 para valores não ponderados e 0,011 para valores ponderados). De forma oposta, a diferença entre a satisfação de acordo com o sexo dos inquiridos não foi considerada significativa (t-test com Sig 0,202 para valores não ponderados e 0,229 para valores ponderados).

De forma a perceber qual dos critérios mais contribuiu para o índice de satisfação obtido, ponderou-se a satisfação de cada critério pela respetiva importância e normalizou-se por este índice, tendo-se obtido os seguintes resultados: Tangibilidade – 16,45%/17,49%; Fiabilidade -

22,05%/21,72%; Resposta – 21,50%/21,79%; Segurança – 22,53%/20,80%; Empatia – 17,43%/18,20% (Gráfico 4).

Para o centro de saúde Dr. Arnaldo Sampaio a Segurança é o critério que mais contriui para a satisfação, enquanto que para a extensão de saúde de Barosa é o critério de Resposta que mais contribui para o índice.

Gráfico 4 – Ponderação da satisfação pelas importâncias, normalizada pelo índice de satisfação global obtido



A divisão dos resultados em quadrantes relativos à importância e satisfação associada de cada critério permite classificá-los.

Considerando cada unidade de saúde como uma entidade individual, tanto no centro de saúde Dr. Arnaldo Sampaio como na extensão de saúde de Barosa os critérios de Fiabilidade, Resposta e Segurança obtiveram elevados valores de importância e de satisfação, podendo ser assim classificados como Pontos Fortes. Já os critérios de Tangibilidade e Empatia obtiveram baixos valores de importância e de satisfação classificando-os como Pontos Fracos (Gráfico 5 e 6).

Gráfico 5 – Distribuição dos critérios por quadrantes de satisfação vs. importância – Centro de Saúde – Dr. Arnaldo Sampaio

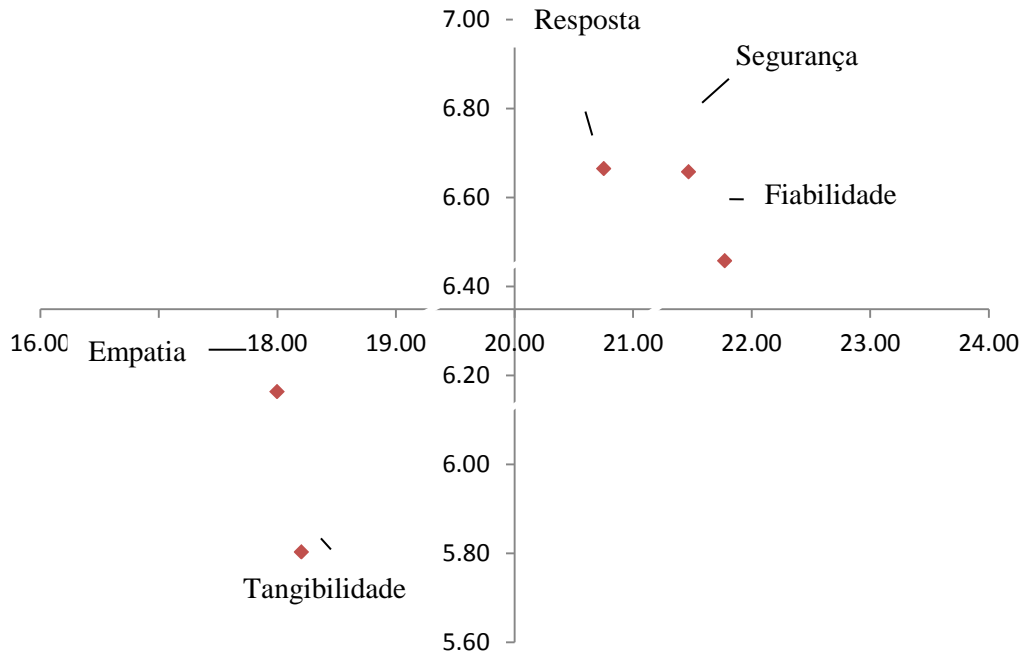
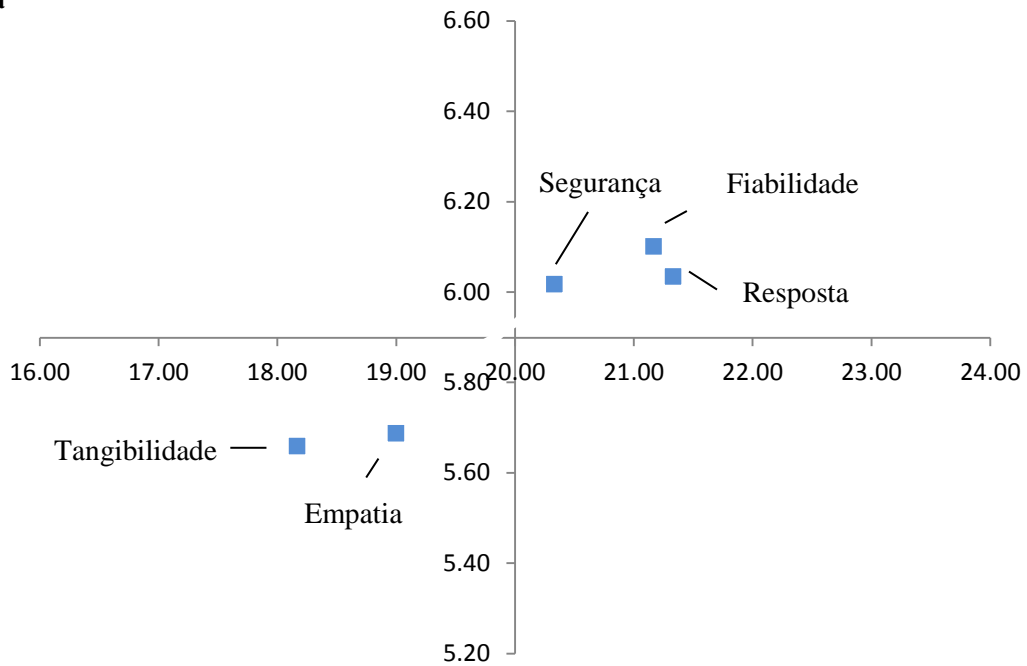


Gráfico 6 – Distribuição dos critérios por quadrantes de satisfação vs. importância – Extensão de Saúde – Barosa

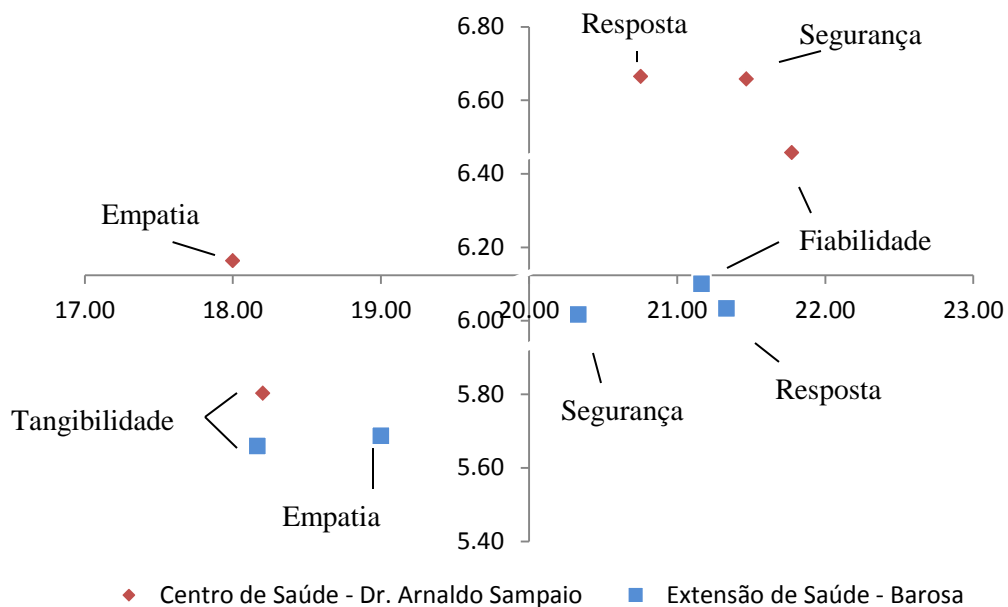


Considerando todos os inquiridos como uma única amostra, considerando ambas as unidades de saúde em conjunto (Gráfico 7):

Centro de saúde Dr. Arnaldo Sampaio: os critérios de Fiabilidade, Resposta e Segurança obtiveram elevados valores de importância e de satisfação, mantendo assim a classificação de Pontos Fortes; em adição, o critério de Empatia obteve baixos valores de importância e elevado valor de satisfação, sendo também classificado como um Ponto Forte. Face à média global, a Tangibilidade ainda verifica baixos valores de importância e de satisfação, sendo assim classificada de Ponto Fraco.

Extensão de saúde - Barosa: A Fiabilidade, Resposta e Segurança obtiveram elevados valores de importância mas baixos valores de satisfação, sendo agora classificados como Pontos Passíveis de Melhorias. As critérios de Tangibilidade e Empatia mantêm os baixos valores de importância e de satisfação registados anteriormente, sendo classificados como Pontos Fracos.

Gráfico 7 – Distribuição dos critérios por quadrantes de satisfação vs. importância



5.3 – Incidências graves

Os valores reportados de “incidências graves” foram de 7 casos para o Centro de Saúde, sendo que 4 dos quais aconteceram previamente ao diagnóstico da Diabetes e respetivas consultas de acompanhamento. Foi ainda reportada uma incidência devido a erros médicos protagonizados por serviços exteriores. Estes casos específicos não foram considerados. Os resultados dão assim origem a uma percentagem de 4% de casos graves em doentes acompanhados por este serviço de saúde. Em relação à Extensão de Saúde foram reportados 4 casos, 2 dos quais múltiplos, dando origem a uma percentagem de 13% de casos graves.

6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ambos as unidades de saúde apresentam uma demografia semelhante com uma média de idades dentro do que é expectável considerando as características da patologia. Nota-se, no entanto um maior número de pessoas do sexo masculino em ambos os locais em estudo em proporções ligeiramente diferentes. Estes valores encontram-se em linha com os valores esperados a nível mundial, ou seja, um rácio de 3:2 em relação a homens e mulheres (Gale e Gillespie, 2001), assim como dos os valores verificados em Portugal que mostram uma maior prevalência da Diabetes em pessoas do sexo masculino (Gardete, L. C. *et al.*, 2013, b). A população esperada foi, no entanto, mais baixa do que o esperado de acordo com as últimas estatísticas nacionais, principalmente no que concerne ao centro de saúde Dr. Arnaldo Sampaio. Neste centro de saúde, e considerando a dimensão da população que serve, observa-se uma proporção de doentes diabéticos de 1,59%, um valor muito inferior ao que seria esperado tendo em conta as últimas análises de prevalência diagnosticada em Portugal (7,3%). Neste aspeto, a extensão de saúde de Barosa registou números bastante mais próximos do esperado – 5,93%.

Na análise aos resultados do questionário aplicado verificam-se de forma geral valores de satisfação elevados (Tabela 2 e Gráfico 1). Apesar dos valores positivos a toda a linha, nota-se uma diferença relativa entre os índices de satisfação quando comparando o centro de saúde e a sua extensão, tendo este ultimo, tirando uma única exceção, registado valores mais baixos em todas as perguntas, cerca de 6% em média. Isto poderá sinalizar, embora em pequena escala, que existem maiores ineficiências ou problemas no serviço prestado na extensão de saúde.

A declaração 4 chama particularmente a atenção por ser de longe a que menor valor apresenta especialmente quando referindo ao Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, isto é explicado por três fatores. Em primeiro lugar o centro de saúde, apesar do seu amplo espaço e de inclusive possuir corredores com quadros grandes destinados a afixar informações e propaganda de saúde entre outros, estes encontram-se quase totalmente despidos. Em segundo lugar, os poucos materiais que se encontram dispostos são geralmente folhas técnicas sobre legislação e atas mais recentes escritas quase sobre forma de muralha de texto. Finalmente, em ultimo lugar, as pessoas constituintes deste estudo devido à sua idade, ou não se mostravam interessadas ou simplesmente não sabiam o significado do que estavam a ver. A extensão de saúde surpreende

neste ponto, obtendo um valor bastante satisfatório nesta pergunta. Para além de ter um número bastante superior de cartazes e panfletos informativos afixados nas suas paredes, alguns destes além da sua maior dimensão eram bastante mais simples e apelativos. Outro fator poderá ser que, misturado com estes, encontravam-se panfletos publicitários vários, referindo-se desde a grandes superfícies comerciais a negócios locais o que, não sendo útil do ponto de vista da saúde, chamam muitas vezes a atenção dos utentes o que poderá ter originado alguma confusão. A declaração 8 foi a que demonstrou os resultados mais positivos em ambas unidades de saúde, algo impressionante considerando a instabilidade notória dos serviços informáticos e que foram, inclusive, verificados por múltiplas vezes no decorrer deste estudo.

A importância de critérios encontra-se disposta de igual modo entre as duas unidades de saúde com pequenas variâncias entre os dois locais e mesmo quando comparando os próprios critérios (Gráficos 2 e 3) entre si. Isto vem em linha com as observações presenciais verificadas nos utentes dos serviços de saúde, os quais, quando confrontados com a questão dos critérios mais importantes, referem querer ‘o serviço completo’ e considerarem todos eles igualmente importantes, podendo dar alguma margem de manobra em relação à característica da tangibilidade e empatia, desde que o restante serviço seja da sua satisfação, o que leva a que estes assumam um plano secundário.

Existe uma diferença mínima nos resultados obtidos antes e depois de ponderar a importância dos critérios nas respostas dadas. Estes valores demonstram uma pequena correlação entre a importância os valores dados a um critério e a sua importância para cada pessoa e que pode ser verificado comparando os gráficos 2 e 3 nas quais se verificam padrões bastante semelhantes, não havendo relação entre valores e importância associada dos critérios em análise, (Qui-Quadrado – Sig: 0,027; p-0,05).

Os valores de satisfação obtidos (Tabela 3) são em todos os pontos bastante satisfatórios sendo superiores a 80% tanto no centro de saúde como da sua extensão (91,14% e 84,29% respetivamente) – Valores significativos de acordo com o t-test (Sig: 0,04/0,011; p-0,05), e que demonstram que não é igual optar por uma ou outra unidade de saúde. Há que mencionar, no entanto, que estes valores poderão estar influenciados pela senioridade dos utentes e pela liberdade, ainda que limitada, de escolha dos centros prestadores do serviço. No primeiro ponto,

a grande maioria dos inquiridos que referiu estar satisfeita com a prestação dos cuidados de saúde recebidos mencionou o facto de os funcionários responsáveis pelo seu acompanhamento já o fazerem à vários anos. Isto relaciona-se com o segundo ponto em que devido à relativa proximidade entre vários centros de saúde da região alguns inquiridos que anteriormente se tinham mostrado insatisfeitos terem mudado de centro de saúde. Isto leva á hipótese de que os inquiridos insatisfeitos não se mantêm no mesmo local ficando então, em grande maioria, os utentes satisfeitos. Esta auto-regulação demonstra-se positiva na medida em que os utentes ficam satisfeitos com os serviços de saúde que recebem, ainda que, possivelmente não numa primeira instância, e é um ponto a favor da semi-liberalização do acesso à unidades de saúde. A satisfação por sexo não obteve significância (t-test – Sig: 0,202/0,229; p-0,05) sugerindo tanto a população masculina como a população feminina se relacionam de igual modo com as unidades de saúde.

Os gráficos 5 e 6 em separado mostram que ambos as unidades de saúde possuem pontos fortes semelhantes, não revelaram nenhum critério onde houvesse uma necessidade urgente de melhorarias tendo em conta o seu contexto próprio. Ao agrupar a população, no entanto, isso já não se verifica. O gráfico 7 mostra claras falhas na extensão de saúde de Barosa com 2 critérios, Segurança e Resposta, abaixo dos valores médios da amostra, ainda que por pequenos valores, sugerindo uma prioridade em melhorar estes critérios em particular.

Os resultados até aqui apresentados poderão ter uma tendência a piorar visto que, à data da entrega deste trabalho, a extensão de saúde deu por encerrado os seus serviços de enfermagem obrigando os seus utentes a dirigirem-se ao centro de saúde Dr. Arnaldo Sampaio sendo que o impacto no serviço e na respetiva satisfação terá de ser posteriormente analisada.

Se a diferença da satisfação entre as duas unidades de saúde poderá não se revelar muito preocupante, a diferença entre casos graves registados, mesmo após o acompanhamento permanente por parte dos serviços de saúde aos utentes da extensão de Barosa, já representa um problema significativo. O facto de terem sido verificados o dobro dos casos graves em doentes acompanhados na extensão de saúde, numa amostra com pouco mais de metade dos inquiridos da amostra relativa ao centro de saúde, leva a que seja preciso olhar com atenção para estes doentes e as suas necessidades. Embora não haja dados para provar a existência de uma influência dos valores de satisfação neste resultado, não é, no entanto, uma possibilidade que

possa ser descartada. A medicação para o tratamento das complicações da diabetes estima-se que seja 3 a 4 vezes mais cara que a medicação simples para o controlo desta patologia (Kanavos, P. *et al.*, 2012), sendo portanto de extrema importância que não exista um agravamento desta situação que torne ainda mais difícil a gestão orçamental destes serviços. Num nota relacionada, também não existe informação quanto aos doentes diabéticos que não são acompanhados, ou por não saberem das consultas gratuitas a que têm direito, ou por vontade própria, sendo que, uma maior sensibilização destes seria sempre aconselhado.

6.1 – Falhas do estudo

Este trabalho é pautado por várias limitações. Terá que ter sido em conta que trata-se de uma análise limitada composta por apenas por duas unidades de saúde. O plano original de trabalho previa uma análise das várias extensões de saúde associadas, no entanto, os sucessivos atrasos administrativos já referidos anteriormente, obrigaram a uma redução dignificativa da área do estudo devido ao facto de os horários das consultas de acompanhamento dos doentes diabéticos serem semelhantes em todas elas, impedindo uma análise simultanea a várias unidades de saúde. Análise que, seria importante do ponto de vista organizacional, e que poderia determinar a existência (ou a sua falta) de padrões de insatisfação entre a população utente deste agrupamento de unidades de saúde.

A pequena dimensão da população e da respetiva amostra, aliado a dados existentes pouco precisos, também provocou a existência de um erro associado maior do que recomendável, uma vez que teve de se assumir a pior das hipóteses no que respeita às análises estatísticas.

7 – CONCLUSÕES

Apesar das limitações deste trabalho foi possível verificar algumas tendências positivas entre os dois grupos populacionais. O elevado nível de satisfação registado a quase todas as perguntas efetuadas mostra que estes serviços se encontram num bom caminho apesar de haver lugar a algumas melhorias. Não é demais realçar que estas unidades de saúde, por ventura á semelhança de tantas outras no país, se encontram em graves dificuldades financeiras e que, a perda de planos de prevenção, como os aplicados aos diabéticos nestas unidades de saúde, significará quase de certeza uma perda grave, a curto prazo, tanto no aspeto económico como social.

Um erro observado, é que, por vezes, a equidade tende a ser demasiado forçada de forma errada. Neste caso, tanto o centro de saúde como a sua extensão demonstraram, pelo menos ao nível organizacional, estarem equiparados e oferecerem as mesmas oportunidades aos seus utentes. Isto seria o ideal, se as necessidades destes últimos fossem semelhantes. Na prática, como foi observado, não é bem assim, sendo que, a maior incidência de casos graves registada na extensão de saúde, uma área mais rural, indica uma possível necessidade de maiores meios no acompanhamento dos seus utentes de forma a combater a doença.

Seria interessante tratar num estudo futuro a análise ao acesso dos serviços secundários disponíveis nas áreas de influência dos respetivos centros de saúde. Serviços como, por exemplo, as farmácias que, encontrando-se em contextos competitivos diferentes, podem praticar diferentes preços nos medicamentos vendidos, desviando assim, a igualdade no acesso á saúde, tanto ou mais, que as diferenças observadas entre as unidades de saúde exploradas neste trabalho.

De forma geral este estudo cumpriu os seus objetivos apesar de não tão amplamente como inicialmente esperado e desejado. Serviu, no entanto, como um ótimo estudo por dentro dos métodos de funcionamento dos serviços de saúde e das suas administrações, dos seus utentes e das suas perspetivas, e, acima de tudo, do relacionamento entre eles.

8 – BIBLIOGRAFIA

- Administração Regional de Saúde do Centro, **Regulamentos Comissão de Ética para a Saúde**. Consultado pela última vez em Março de 2014. Disponível em <http://www.arscentro.minsaude.pt/Institucional/Paginas/ComissãodeÉtica.aspx>.
- American Diabetes Association (2009), Diagnosis and classification of diabetes mellitus, **Diabetes Care**, 32(1): S62-S67. American Diabetes Association. USA.
- American Diabetes Association (2014), **Hyperglycemia**. Consultado pela última vez em Março de 2014. Disponível em <http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/treatment-and-care/blood-glucose-control/hyperglycemia.html>.
- Direção-Geral da Saúde (2008), **Circular Normativa n.º17/DSCS/DGID**, Lisboa. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BFFE4B7F-F496-4AC2-A6FE-EAD316D8DD4C/0/circularnormativan17de4808.pdf>.
- Donabedian, A. (1988), The quality of care. How can it be assessed?. **Journal of the American Medical Association**, 260(12): 1743-1748.
- Drewnowski, A. & Specter S.E. (2004), Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. **American Journal of Clinical Nutrition**, 79(1): 6-16.
- Gale, E.A.M. & Gillespie, K.M. (2001), Diabetes and Gender. **Diabetologia**, 44 (1): 3-15. Springer-Verlag, 2001, University of Bristol, UK.
- Gardete, L. C., Boavida, J.M., Almeida, J.P., Cardoso, M.S., Dores, J., Duarte, R.,... Raposo, J. (2013, a), **Diabetes: Factos e Números 2012 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes**. Sociedade Portuguesa da Diabetologia, Lisboa.
- Gardete, L. C., Boavida, J.M., Almeida, J.P., Cardoso, M.S., Dores, J., Duarte, R.,... Raposo, J. (2013, b), **Diabetes: Factos e Números 2013 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes**. Sociedade Portuguesa da Diabetologia, Lisboa.
- Gilmer, T.P., Roze, S., Valentine, W.J., Emy-Albrecht, K., Ray, J.A., Cobden, D.,... Palmer, A.J. (2007), Cost-Effectiveness of Diabetes Case Management for Low-Income Populations. **Health Research and Educational Trust**, 42(5): 1943-1959. USA.
- Guldvog, B. (1999), Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris?. **International Journal of Quality in Healthcare**, 11(3): 233-240.
- Gupta, D., Rodeghier, M. & Lis, C.G. (2012), **Patient satisfaction with service quality as a predictor of survival outcomes in breast cancer**. Springer-Verlag, 22: 129-174, 2013. Berlin.
- Gupta, D., Markman, M., Rodeghier, M. & Lis, C.G. (2012), **The relationship between patient satisfaction with service quality and survival in pancreatic cancer**. Dovepress, 6: 765-772. USA.

- Hart, E. & Hazelgrove, J. (2001), Understanding the organizational context for adverse events in the health services: the role of cultural censorship. *Quality in Health Care*, 10: 257-262. University of Nottingham, UK.
- Infarmed (2012), *Estatísticas de Medicamento 2011*, Infarmed Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. Lisboa. Disponível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ESTATISTICA_DO_MEDICAMENTO/EstMed-2011.pdf.
- Instituto Nacional de Estatística (2013), *Estatísticas Demográficas 2011*, Lisboa. Disponível em www.ine.pt.
- Instituto Nacional de Estatística (2013), *Quadros 1.01 - População residente, população presente, famílias, núcleos familiares, alojamentos e edifícios*. Disponível em www.ine.pt.
- International Diabetes Federation (2012), *Diabetes at a glance*. International Diabetes Federation.
- International Diabetes Federation (2013), *IDF Diabetes Atlas (6th ed)*, 29-31. International Diabetes Federation.
- Kanavos, P., Aardweg, S. & Schurer, W. (2012), *Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries*. LSE Health, London School of Economics, London.
- Li, R., Zhang, P., Barker, L.E., Chowdhury, F.M. & Zhang, X. (2010), Cost-Effectiveness of Interventions to Prevent and Control Diabetes Mellitus: A Systematic Review. *Diabetes Care*, 33(8): 1872-1894. American Diabetes Association.
- Lindström, J., Eriksson, J.G., Valle, T.T., Aunola, S., Cepaitis, Z., Hakumaki, M.,... Tuomilehto, J. (2003), Prevention of diabetes mellitus in subjects with impaired glucose tolerance in the Finnish Diabetes Prevention Study: results from a randomized clinical trial. *Journal of the American Society of Nephrology*, 14(7): S108-113. American Society of Nephrology.
- Maahs, D. M., West, N.A. & Mayer-Davis, E.J. (2010), Chapter 1: Epidemiology of Type 1 Diabetes. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 39(3): 481-497. Elsevier. USA.
- Mohamadirizi, S., Bahadoran, P. & Fahami, F. (2014), Effect of E-learning on primigravida women's satisfaction and awareness concerning prenatal care. *Journal of Education and Health Promotion*, 21(3):13. MedKnow.
- Norris, S. L. (2002), Self-Management Education for Adults with Type 2 Diabetes: A meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care*, 25:1159 –1171. American Diabetes Association.

- Rachiotis, G., Kourousis, C., Kamilaraki, M., Symvoulakis, E.K., Dounias, G. & Hadjichristodoulou, C. (2014), Medical Supplies Shortages and Burnout among Greek Health Care Workers during Economic Crisis: a Pilot Study. *International Journal of Medical Sciences*, 11(5): 442-447. Ivyspring. Greece.
- Sócrates, J.(2005), *Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005*, Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.
- Romani, M. & Ashkar, K. (2014), Burnout among Physicians. *Libyan Journal of Medicine*, 9: 23556. Coaction Publishing. Beirut.
- Schillinger, D., Bindman, A., Wang, F., Stewart, A. & Piette, J. (2004), Functional health literacy and the quality of physician–patient communication among diabetes patients. *Patient Education and Counseling*, 52(3): 315–323. Elsevier.
- Torgerson, J. S., Hauptman, J., Boldrin, M. N. & Sjöström, L. (2004), Xenical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS) study: a randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. *Diabetes Care*. (1):155-61. American Diabetes Association.
- van Dieren, S., Beulens, J. W., van der Schouw, Y. T., Grobbee D. E. & Neal B. (2010), The global burden of diabetes and its complications: an emerging pandemic. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(1): S3-8.
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R & King, H. (2004), Global Prevalence of Diabetes - Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27: 1047-1053. American Diabetes Association.
- World Health Organization (2010), *Portugal Health System – Performance Assessment*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://pns.dgs.pt/2011/01/13/port-system/>. Copenhagen.
- World Health Organization, *Data and Statistics*. Consultado pela última vez em Abril 2014 Disponível em <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/diabetes/data-and-statistics>.
- World Health Organization, *Fact Sheet n°312*. Consultado pela última vez em Março de 2014. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>.
- Zhang, P., Zhang, X., Brown, J., Vistisen, D., Sicree, R., Shaw, J., Nichols, G. (2010). Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87: 293-301.
- Zimmet, P., Shaw, J., Murray, S. & Sicree, R. (2003), The diabetes epidemic in full flight: forecasting the future. *Diabetes Voice*, 48. International Diabetes Federation.

9 – ANEXOS

Anexo A – Estatísticas de Medicamento 2011, *Infarmed*, 2012.

Mercado do SNS

<i>Dispensa de Medicamentos</i>	2007	2008	2009	2010	2011
PVP / RP	2 163 862 567	2 234 806 452	2 282 478 203	2 349 339 505	2 100 739 455
Encargos do SNS	1 398 013 292	1 467 354 690	1 558 976 363	1 640 678 917	1 326 200 964
Encargos do Utente	765 849 275	767 451 762	723 501 840	708 660 588	774 538 491
Embalagens	129 136 866	131 715 939	137 471 454	140 060 245	139 874 202
Receitas	56 222 601	58 134 433	62 271 427	67 045 254	68 300 221
<i>Taxa Média</i>	2007	2008	2009	2010	2011
Comparticipação	64,6%	65,7%	68,3%	69,8%	63,1%
Encargos do Utente	35,4%	34,3%	31,7%	30,2%	36,9%

Unidades: Euros/N.º Embalagens/N.º Receitas

Anexo B – Deliberação, Comissão Nacional de Protecção de Dados



Proc. N.º: 7069/2013 | 1

DELIBERAÇÃO N.º *381* / 2013

Nuno Alexandre dos Santos Ferreira Oliveira, no âmbito da sua Tese de Mestrado, notificou à CNPD um tratamento de dados pessoais com a finalidade de elaborar um estudo observacional sobre a qualidade dos serviços de saúde, do ponto de vista do doente diabético, em diversas unidades de saúde.

O estudo terá como amostra os utentes que se desloquem aos centros de saúde participantes, aos quais será solicitado que preencham um questionário anónimo.

Os dados que se pretendem recolher são: avaliação de 1 a 7 das equipas, instalações e aspetos físicos, fiabilidade do serviço, capacidade de resposta, segurança e empatia.

Pela análise dos dados recolhidos e da metodologia aplicada verifica-se que não há tratamento de dados pessoais, uma vez que em nenhum momento do estudo é possível o relacionamento directo ou indirecto da identificação dos participantes no estudo com a informação constante dos cadernos de recolha de dados. Assim, porque não existe tratamento de dados pessoais, não se aplica a Lei n.º 67/98, de 26 de outubro.

Lisboa, 01 de outubro de 2013

Carlos Campos Lobo (Relator), Vasco Almeida, Luís Paiva de Andrade


Ana Roque (Vogal em substituição da Presidente)

Anexo C – Questionário ServQual

O seguinte grupo de declarações refere-se ao que você pensa da unidade de saúde concreta, cujos serviços utilizou. Para cada declaração indique até que ponto considera que essa unidade de saúde possui as características descritas em cada declaração.

Fazer um círculo em volta do número 1 significa que você está fortemente em desacordo com essa característica e marcar o número 7 significa que está fortemente de acordo com a declaração. Pode traçar um círculo em redor de qualquer um dos números intermédios que melhor representam as suas convicções relativamente à declaração.

Não há respostas corretas ou incorretas. Só interessa que indique o número que reflita com precisão o que pensa com respeito ao modo como percebe o serviço.

Declarações:

1- As equipas da organização de saúde presente têm uma aparência eficaz e profissional.

1 2 3 4 5 6 7

2- As instalações físicas da organização de saúde presente são visualmente atrativas.

1 2 3 4 5 6 7

3- Os funcionários da organização de saúde presente têm uma aparência agradável.

1 2 3 4 5 6 7

4- Os materiais relacionados com o serviço que utiliza a organização de saúde presente (folhetos, estados de conta etc.) são visualmente atrativos.

1 2 3 4 5 6 7

5- Quando a organização de saúde presente promete fazer algo em certo tempo, fá-lo.

1 2 3 4 5 6 7

6- Quando você tem um problema, a organização de saúde presente mostra um interesse sincero em solucioná-lo.

1 2 3 4 5 6 7

7- A organização de saúde presente realiza bem o serviço à primeira vez.

1 2 3 4 5 6 7

8- A organização de saúde presente mantém os registos isentos de erros.

1 2 3 4 5 6 7

9- Os funcionários da organização de saúde presente mostram-se sempre dispostos a ajudar.

1 2 3 4 5 6 7

10- Os funcionários da organização de saúde presente nunca estão demasiado ocupados para responder às suas perguntas.

1 2 3 4 5 6 7

11- O comportamento dos funcionários da organização de saúde presente transmite confiança.

1 2 3 4 5 6 7

12- Sente-se seguro nas suas interações com a organização de saúde presente.

1 2 3 4 5 6 7

13- Os funcionários da organização de saúde presente são usualmente amáveis consigo.

1 2 3 4 5 6 7

14- Os funcionários da organização de saúde presente têm conhecimentos para responder às perguntas que lhes faz.

1 2 3 4 5 6 7

15- Na organização de saúde presente dão-lhe uma atenção individualizada.

1 2 3 4 5 6 7

16- Na organização de saúde presente têm horários convenientes para todos os seus clientes.

1 2 3 4 5 6 7

17- Na organização de saúde presente dão-lhe uma atenção personalizada.

1 2 3 4 5 6 7

18- Na organização de saúde presente preocupam-se com os seus melhores interesses.

1 2 3 4 5 6 7

19- Na organização de saúde presente compreendem as suas necessidades.

1 2 3 4 5 6 7

A Qualidade e Equidade dos Serviços de Saúde para os Doentes Diabéticos

A lista seguinte inclui cinco características que correspondem aos serviços que esta organização de saúde concreta oferece. Gostaríamos de conhecer que nível de importância atribui a cada uma dessas características quando avaliam a qualidade do serviço destas.

Distribua um total de 100 pontos entre as cinco características *de acordo com a importância que tem cada uma dessas características*. Quando mais importantes considere que são essas características para os seus clientes, mais pontos atribui.

Assegure-se de que os pontos atribuídos às cinco características somam 100 pontos.

1 – Aparência das instalações físicas, equipas, pessoal e material de comunicação. _____

2 – Capacidade da unidade de saúde em realizar o serviço prometido de forma segura e precisa. _____

3 – Disposição da unidade de saúde para prestar um serviço rápido. _____

4 – Conhecimentos e tratamento amável dos funcionários e a sua capacidade para transmitir um sentimento de fé e confiança. _____

5 – Cuidado, atenção individualizada que a unidade de saúde dá aos seus clientes. _____

Total de pontos atribuídos 100

Anexo D – Deliberação, Comissão de Ética para a Saúde



2015

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARECER FINAL:</p> <p>FAVORÁVEL</p>	<p>DESPACHO:</p> <p><i>Homologação o parecer final de Comissão de Ética para a Saúde</i></p> <p><i>30.1.2014</i></p> <p>Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.</p> <p><i>Dr. José Manuel Azinha Teresa</i> Presidente</p>
--	--

ASSUNTO: Estudo observacional sobre a qualidade dos serviços de saúde, do ponto de vista do doente diabético, em diversas unidades de saúde.
Investigador principal: Dr Nuno Alexandre dos Santos Ferreira Oliveira
Proc. nº 22/2013

Dr. Fernando José Lopes de Almeida
Vice-Presidente

Dr. Luís Manuel Militão Mendes Cabral
Vogal

Dr. Maria Augusta Mota
Vogal

É um trabalho para uma tese de mestrado, tendo como metodologia a aplicação de um questionário. Tem parecer positivo da Comissão Nacional de Protecção de Dados. O processo tem fragilidades que, contudo, não violam normas éticas. Assim, tem parecer favorável.

Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro

A Qualidade e Equidade dos Serviços de Saúde para os Doentes Diabéticos