

**SATISFAÇÃO DOS UTENTES NUMA UNIDADE DE SAÚDE DO
INTERIOR**

António José Eugénio de Oliveira

Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientação:

Professor Doutor Carlos Manuel Sousa Albuquerque

Agosto de 2012

**SATISFAÇÃO DOS UTENTES NUMA UNIDADE DE SAÚDE DO
INTERIOR**

António José Eugénio de Oliveira

*Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde
Para obtenção do Grau de Mestre sob a orientação do
Professor Doutor Carlos Manuel Sousa Albuquerque*

Agosto de 2012

**”Não há satisfação maior do que aquela que sentimos quando
proporcionamos alegria aos outros”...**

Masaharu Taniguchi

AGRADECIMENTOS

A todos os utentes que através do seu contributo viabilizaram a realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor Carlos Albuquerque, a minha profunda gratidão, pela sua paciência, dedicação, simpatia, estímulo, ensinamentos e observações indispensáveis à realização deste trabalho.

À minha família agradeço o apoio e carinho dispensados.

Resumo

Introdução – A satisfação do utente funciona como um indicador de qualidade no sistema de saúde de qualquer país, pelo que o conhecimento da perspectiva do utente à cerca desta dimensão é considerada indispensável, para monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e para identificar problemas a corrigir, expectativas em relação aos cuidados e ainda reorganizar serviços de saúde. A investigação pretende identificar o índice de satisfação dos utentes, utilizando os indicadores EUROPEP e determinar em que medida as variáveis a influenciam.

Método – Realizou-se um estudo transversal de natureza quantitativa não experimental, descritivo correlacional, com recurso a uma amostra de 419 indivíduos, da Unidade de Saúde de Tarouca, na sua maioria do sexo feminino (58.0%), casados (70.4%), residentes na Cidade (51.7%), detém o 3º Ciclo do Ensino Básico (35.3%) e com uma média de idade de 39.40 anos.

Resultados – O índice de “satisfação global” obteve a média de 53.3%, mas melhor média no indicador “relação e comunicação” (63.2%) e a menor em “organização dos serviços” (29.3%).

Das variáveis, enquanto hipotéticos determinantes da satisfação dos utentes realçamos que as que evidenciam um efeito significativo diferente e melhor sobre a generalidade das dimensões são: sexo (homens), local de residência (cidade), habilitações literárias (ensino secundário).

Conclusões – Conhecer o índice de satisfação dos utentes que recorrem aos serviços de saúde é um elementos estruturante e fundamental para a eficiência e qualidade dos cuidados prestados. Porém fica patente que esta avaliação deve ser monitorizada, tendo em conta as realidades socio económicas e culturais de cada comunidade, para assim se planearem e implementarem serviços.

Palavras-Chave: Satisfação; Utentes; Saúde; Gestão de Serviços.

Abstract

Introduction: The satisfaction of the User works as an indicator of quality in the Health System of any country, whereby the knowledge of the perspective of the User, in relation with this dimension it's considered indispensable to monitor the quality of the Health Services, and to identify the issues to correct, expectations relative to the care provided, and also to reorganize the Health Services. The purpose of this investigation, is to identify the satisfaction index of the Users, using the EUROPEP indicators and determine in what measure the variables influence it.

Methods: It was held a quantitative and transversal study, non-experimental, descriptive-correlational; Sample: 419 individuals from the Health Unit of Tarouca, being the biggest part of the sample female (58 %), married (70.4 %), living in the city (51.7%), having the 3rd Cycle of Basic education (35.3%) and with a mean age of 39.4 years.

Results: The index of "global satisfaction" obtained a mean of 53.3%, with a better mean in the indicator "relation and communication" (63.2%) and the lowest in the "services organization" (29.3%). From the variables, while hypothetic determinants of the user's satisfaction, we've highlighted the ones that evidence a different, significant and better effect upon the generality of the dimensions: sex (male), place of residence (city), qualifications (secondary education).

Conclusions: knowing the index of satisfaction of the users, that resort to the Health Services is a structuring and crucial element for the efficiency of the quality of the care provided. However it stays underlined that this evaluation has to be monitored according to the social, economic and cultural realities of each community, to plan and implement adequate services.

Key words: Satisfaction, Users, Health, Managing Services.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS, SÍMBOLOS E SIGLAS

Absolutas (n)

ACES - Agrupamentos dos Centros de Saúde

ADSE - Assistência na Doença aos Servidores do Estado

ANOVA - *análise de variância*

CCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

CEISUC - Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

Cit. in – Citado em

CRI - Centros de Responsabilidade Integrada

CS - Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CV - coeficiente de variação

Dec. Lei – Decreto-lei

Desvios padrão (Dp)

DGS – Direcção Geral de Saúde

EPE - Entidade Pública Empresarial

EPE - Entidade Pública Empresarial

GCR CSP - Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

INE - Instituto Nacional de Estatística

K/erro - kurtosis/std_{Error} - (Kurtosis)

K-S - Kolmogorov-Smirnov

M - Média

MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários

Medianas (Md)

n.º - Número

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização mundial de Saúde

Percentuais (%)

PIB - Produto Interno Bruto

PNS - Plano Nacional de Saúde

POS Saúde XXI

r - Coeficiente de correlação de Ró de Spearman

Siglas

SK/erro - Skewness/std_{Error} - (Skewness)

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Science

t - teste t de Student

ULSNA - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

USF - Unidades de Saúde Familiares

\bar{x} - Média

WHO - World Health Organization

Símbolos

> Maior que

< Menor que

≤ Menor ou igual

≥ Maior ou igual

% Percentagem

± Mais ou menos

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
PARTE I	
1. SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS: ENQUADRAMENTO ORGANIZATIVO E FUNCIONAL	6
1.1. O CENTRO DE SAÚDE COMO UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS	13
2. SATISFAÇÃO DOS UTENTES	19
2.2. ESTADO DA ARTE NO DOMINIO DA SATISFAÇÃO EM SAÚDE	27
PARTE II	
1. CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	36
1.1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	36
1.2. OBJECTIVOS	38
1.3. METODOLOGIA	39
1.3.1. Desenho da investigação	40
1.3.2. Amostra	40
1.3.3. Instrumento de colheita de dados	41
1.4. PROCEDIMENTOS	45
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	49
2.1. ANÁLISE DESCRITIVA.....	49
2.1.1. Caracterização sócio-demográfica	49
2.1.2. Caracterização dos indicadores relativos à consulta	51
2.1.3. Dados da auto-avaliação do estado de Saúde.....	54
2.1.4. Indicadores-chave EUROPEP.....	54
2.1.5. Indicadores de áreas específicas de satisfação	59
2.2. ANÁLISE INFERENCIAL	60
2.2.1. Estudo da associação entre as variáveis	61
3. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	73
4. CONCLUSÃO	84
BIBLIOGRAFIA	87
ANEXOS	96
ANEXO 1: ESTUDO «A VOZ DOS UTILIZADORES DOS CENTROS DE SAÚDE»	97
ANEXO 2: INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	118

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo conceptual da relação entre as variáveis estudadas na investigação empírica	38
--	-----------

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Indicadores-chave EUROPEP	43
Quadro 2 – Indicadores de áreas específicas de satisfação.....	44
Quadro 3 – Estatísticas relativas à Idade em função do sexo	50
Quadro 4 – Grupos Etários em função do Sexo	50
Quadro 5 – Estado Civil, Zona de Residência, Habilitações Literárias e situação perante o trabalho em função do Sexo	51
Quadro 6 – Iniciativa da Consulta, Razão da Consulta, 1ª Consulta, Marcação da Consulta, Modo como efectuou a Marcação e Informação de alteração de data e hora em função do sexo.....	53
Quadro 7 – Estado de saúde em função do sexo	54
Quadro 8 – Descritivos dos Indicadores-Chave Europep.....	55
Quadro 9 – Avaliação do Indicador “Relação e Comunicação”	56
Quadro 10 – Avaliação do Indicador “Cuidados Médicos”	57
Quadro 11 – Avaliação do Indicador “Informação e Apoio”	57
Quadro 12 – Avaliação do Indicador “Continuidade e Cooperação”	58
Quadro 13 – Avaliação do Indicador “Organização dos Serviços”.....	59
Quadro 14 – Distribuição dos indicadores de áreas específicas.....	60
Quadro 15 - Resultados do Test <i>t</i> de <i>Student</i> , na Satisfação dos Utentes em função da variável Sexo..	62
Quadro 16 – Correlações de <i>Pearson</i> entre a Satisfação dos Utentes e a Idade	63
Quadro 17 - Resultados da ANOVA e Teste de Tukey: Satisfação dos utentes em função do Local de Residência.....	65
Quadro 18 - Resultados do Test <i>t</i> de <i>Student</i> , na Satisfação dos Utentes em função da variável Estado Civil.....	66
Quadro 19 - Resultados da ANOVA e Teste de Tukey: Satisfação dos utentes em função das Habilitações Literárias.....	68
Quadro 20 - Resultados da ANOVA e Teste de Tukey: Satisfação dos utentes em função do Estado de Saúde	71
Quadro 21 - Resultados do Test <i>t</i> de <i>Student</i> , na Satisfação dos Utentes em função da variável frequência com que recorre ao Centro de Saúde	72

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde resulta de um processo evolutivo de aperfeiçoamento constante influenciado por determinantes, sendo que estes não derivam apenas das decisões governamentais, mas também da participação e adesão das forças envolvidas, sobressaindo os profissionais de saúde e os cidadãos.

A oferta de cuidados de saúde em Portugal sofreu grandes transformações e tem sido influenciada por agentes tão diversos como a legislação que define a estrutura do SNS português, o sistema de financiamento, a evolução demográfica e as características da população, o crescimento económico, o investimento público e privado na área da saúde e a dinâmica do sector privado (Barros, 2009).

A qualidade em saúde tem vindo a merecer uma crescente e prioritária atenção, a par do que acontece na actividade económica. O próprio conceito evoluiu, na direcção da satisfação dos indivíduos ou populações, surgindo os conceitos de qualidade e satisfação do cliente/utente cada vez mais interligados. Compreendendo abordagens técnicas de estrutura, processo e resultados, assim como de serviços, relações interpessoais do atendimento, a qualidade em saúde tem destacado a prioridade de intervenção na acessibilidade dos serviços, personalização dos cuidados, acolhimento, acompanhamento e continuidade dos cuidados. A formação profissional, particularmente do pessoal de contacto (enfermeiros, médicos e administrativos incluídos), é tida como prioritária. Para o futuro, considera-se impreterível centrar o sistema de saúde na pessoa, cidadão e profissional, garantindo uma permanente participação, liderança e flexibilidade (DGS, 1997).

Na melhoria da prestação de cuidados de saúde, um dos critérios de sucesso é saber em que medida os serviços de saúde conseguem ir ao encontro das necessidades e carências dos cidadãos utilizadores. Para tal, é imprescindível escutar as opiniões emitidas pelos utentes, sobre em que medida os cuidados dos quais foram alvo contribuíram para melhorar, minimizar ou resolver o seu estado de saúde e a sua qualidade de vida (Pisco, 2001 *cit. in* Ribeiro, 2005).

A medição da satisfação dos utentes é essencial para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, sendo também uma oportunidade de participação do utente na construção de um Serviço de Saúde à sua medida, baseado na percepção e valorização dos serviços prestados.

A satisfação é uma percepção pessoal relacionada com a realização de uma expectativa, quer pela própria pessoa, ou com intervenção de outros, avaliada pela perspectiva da pessoa, logo é

o resultado das boas práticas, ou seja, é o bem-estar do utente manifesto pela sua opinião positiva sobre a qualidade dos cuidados que lhe foram prestados (Ribeiro, 2005).

Carr-Hill (1992: 237) afirma que a “satisfação humana é um conceito complexo que se relaciona com um grande número de factores, incluindo o estilo de vida, experiências anteriores, expectativas futuras e valores individuais e da sociedade”.

Da mesma forma, a satisfação abarca um conjunto de várias dimensões e condicionantes próprias. Pego (1998), para entender essa dinâmica, contextualiza que as principais dimensões da satisfação dos utentes devem ser interpretadas separadamente, devem ser separadas conforme os objectivos, pois poderá ser a única forma de compreender completamente as fontes de satisfação e insatisfação desses mesmos utentes.

Muitas são as classificações e divisões das dimensões da satisfação dos utentes. A mais identificada na bibliografia e a mais usual é a divisão referenciada por Ware (1981 e 1983), Nelson (1989) e Goldfield (1994). De acordo com estes investigadores, a satisfação assenta em seis dimensões distintas: (1) acessibilidade/conveniência; (2) disponibilidade; (3) continuidade dos cuidados; (4) aspectos financeiros; (5) aspectos interpessoais; e (6) aspectos técnicos.

Para os mesmos investigadores, todos estes aspectos são marcantes para avaliar o grau de satisfação dos utentes num serviço de saúde. Todavia, cada instituição pode dar primazia apenas a alguns desses aspectos, ou mesmo apenas a um, de acordo com os objectivos ou necessidades de informação.

Nas Instituições de Saúde a satisfação dos utentes, ou melhor a percepção dos utentes acerca da realização das suas expectativas, estabelece um dos parâmetros a considerar na avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. Ao estimarmos essa satisfação estamos a determinar o resultado dos cuidados prestados, na perspectiva dos utentes.

O grau de satisfação do cliente de acordo com Ferreira, Raposo e Godinho (2005) deve ser encarado com um valor balizador da conduta dos profissionais de saúde, devendo esta ser orientada para as necessidades e desejos do utente. Toda a política da qualidade em saúde, para ser eficaz, tem de se basear em informação fiável e actual sobre o desempenho das unidades de prestação de cuidados. Torna-se assim necessário manter uma postura de constante medição, através de instrumentos cientificamente adaptados e validados para o contexto e para a realidade que é objecto de medição.

A quando da recolha dos dados para mensuração da satisfação as respostas obtidas podem ser influenciadas por experiências negativas anteriores que causaram insatisfação face a aspectos diversos. Logo esta insatisfação pode ser declarada quando ocorre uma experiência

negativa. Em contraponto a gratidão é um fenómeno que também pode ocorrer e confundir o resultado da satisfação (Williams, 1994, *cit. in* Sitzia and Wood, 1997). Nesta óptica, uma resposta positiva num questionário, pode não ser indicativo de que o cuidado foi “bom”, mas eventualmente que nada “mau” aconteceu.

É cada vez mais aceite que a insatisfação é relativa a componentes próprias dos cuidados: tempo de espera, comunicação, privacidade, informação e acessibilidade. Os clientes valorizam benefícios de aumento de eficiência operacional, geralmente tendo como consequência, resultados como tempo mínimo de espera, filas mais curtas e experiências livres de controvérsias (Kotler and Lee, 2008).

Algumas razões de insatisfação dos utentes face aos cuidados recebidos nos centros de saúde são a impossibilidade de acesso ao médico de família durante o fim-de-semana e em períodos pré e pós-laborais, a escassez de visitas domiciliárias, a dificuldade de marcação de consultas e o tempo de espera no dia da consulta, o pouco tempo que o médico dispõe para proporcionar ao doente a possibilidade de falar das suas preocupações e a pouca valorização das opiniões dos doentes.

Tendo por base o contexto anteriormente descrito e no pressuposto dos poucos estudos portugueses, já efectuados no domínio concreto da realidade local vivenciada em pequenas instituições de saúde sediadas no interior do País, fomos levados a expressar a nossa problemática na seguinte questão de investigação: “*Como se caracteriza a satisfação dos utentes de uma Unidade de Saúde do Interior Centro de Portugal e quais os seus principais determinantes?*”. Tendo presente esta questão, referimos que o presente estudo persegue quatro grandes *objectivos gerais*:

- o *primeiro* propõe-se avaliar a satisfação dos utentes de uma Unidade de Saúde do Interior Centro de Portugal, de acordo com os indicadores EUROPEP;
- o *segundo* objectivo, visa conhecer as diferenças entre os grupos susceptíveis de se formar com a população do estudo.
- o *terceiro* objectivo, visa determinar a influência de um conjunto de variáveis de contexto sócio-demográfico e de natureza biopsicológica sobre a satisfação dos utentes.
- o *último* grande objectivo, visa contribuir para a reflexão sobre os indicadores inerentes à satisfação dos utentes, numa lógica de produção de conhecimento que favoreça a promoção de intervenções potenciadoras de ganhos em saúde, pautados por níveis de satisfação plena dos utentes que recorrem ao SNS Português.

Este trabalho encontra-se estruturado em duas partes. Na primeira parte apresentamos a fundamentação teórica e para melhor disposição deste enquadramento teórico subdividimo-lo em vários pontos abordando-se: a problemática do sistema de saúde português: enquadramento organizativo e funcional, o Centro de Saúde como uma unidade prestadora de serviços e a temática da satisfação nos serviços, com ênfase no sector da saúde. Na segunda parte apresentamos o estudo empírico, a metodologia utilizada bem como a construção do instrumento de colheita de dados. Ainda apresentamos a análise do estudo empírico, com os resultados da pesquisa, onde se apresenta a análise das frequências, a discussão dos resultados do estudo, relacionando-os com trabalhos realizados na mesma área. Por último apresenta-se as conclusões, as limitações do estudo e ainda as implicações futuras do mesmo.

PARTE I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS:

ENQUADRAMENTO ORGANIZATIVO E FUNCIONAL

O CENTRO DE SAÚDE COMO UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS

SATISFAÇÃO DOS UTENTES

DETERMINANTES DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES DOS CSP

ESTADO DA ARTE NO DOMINIO DA SATISFAÇÃO EM SAÚDE

1. SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS: ENQUADRAMENTO ORGANIZATIVO E FUNCIONAL

Os sistemas de saúde e os determinantes da sua evolução são de uma grande complexidade. Os sistemas de saúde evoluem sob o jogo de pressões contínuas de interesses e pontos de vista distintos. Para a governação da saúde, o desafio centra-se em conseguir compatibilizar a promoção e a protecção da saúde das pessoas, com a necessidade de incentivar o crescimento económico da comunidade (Sousa, 2009).

Conforme POS Saúde XXI (2000), o sistema de saúde é constituído por três sectores que se complementam, a saber:

- o Serviço Nacional de Saúde (SNS), proprietário e gestor da maioria dos meios de produção de cuidados de saúde e o maior comprador de cuidados de saúde produzidos pelo sector privado;
- o sector social e o sector privado, este em parte convencionado com o Estado;
- o conjunto de subsistemas, públicos e privados, que abrangem cerca de 22% dos portugueses e de que são exemplos, a Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE), o das Forças Armadas e os de algumas grandes empresas públicas e privadas.

Foi em conexão com outras transformações na sociedade portuguesa que, ao longo da década de 70, foram instituídas as maiores reformas no sistema de saúde português (Baganha, Ribeiro and Pires, 2011).

Os últimos 30 anos de políticas de saúde em Portugal produziram várias mudanças de rumo e de enfoque. A evolução do sistema de saúde português tem sido marcada, nos últimos anos, por um conjunto de factores que poderão ser analisados em quatro planos distintos: a questão da responsabilidade social e individual no financiamento dos cuidados de saúde; a possibilidade de se evoluir para um Estado Garantia (que para além de regular, seja prestador de cuidados e exigente na saúde); a aposta na centralidade do cidadão, no contexto da sociedade do conhecimento e da inovação; e, por último, a gestão de mudança nos sistemas de saúde (Sousa, 2009).

Nessa década (70) do século passado a cobertura do país em serviços de saúde era insuficiente e o acesso das pessoas aos cuidados de saúde era limitado. As profissões da saúde, principalmente os médicos, adaptando-se às limitações económicas no sector e à debilidade financeira das instituições públicas, acumulavam diferentes ocupações de forma a conseguir um

nível de remuneração e de satisfação profissional aceitável (Sakellarides, Reis, Escoval, Conceição and Barbosa, 2006).

Em 1971, com a reforma do sistema de saúde e assistência, conhecida como “a reforma de Gonçalves Ferreira”, surge o primeiro esboço de um Serviço Nacional de Saúde (SNS). São explicitados princípios, como sejam o reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado assegurar esse direito, através de uma política única de saúde da responsabilidade do Ministério da Saúde; a integração de todas as actividades de saúde e assistência, com vista a tirar melhor rendimento dos recursos utilizados, e ainda a noção de planeamento central e de descentralização na execução, dinamizando-se os serviços locais.

No entanto, é a partir de 1974 que a política de saúde em Portugal sofreu modificações radicais, tendo surgido condições políticas e sociais que permitiram, em 1979, a criação do SNS, através do qual o Estado assegura o direito à saúde (promoção, prevenção e vigilância) a todos os cidadãos.

Em 1976, o “despacho Arnault” abriu acesso aos postos de Previdência Social (mais tarde Segurança Social) a todos os cidadãos independentemente da sua capacidade contributiva.

Nos anos 90 é aprovada a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e é publicado o novo estatuto do SNS através do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, que tenta ultrapassar a dicotomia entre os cuidados de saúde primários e diferenciados, através da criação de unidades integradas. As unidades integradas de saúde pretendem viabilizar a articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais. Procura-se uma gestão de recursos mais próxima dos destinatários. Em 1999 foi estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde, que são um conjunto de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, que visam facilitar a participação social e que, em conjunto com os centros de saúde e hospitais, pretendem promover a saúde e a racionalização da utilização dos recursos. É no prosseguimento desta linha de actuação que são criados os Centros de Responsabilidade Integrada (CRI). Pretende-se que os CRI constituam verdadeiros órgãos de gestão intermédia, que, sem quebrar a unidade de conjunto, sejam dotados de poder decisório, possibilitando-se a desconcentração da tomada de decisão.

Os primeiros passos para a reforma dos CSP surgiram entre 1996 e 1999. Seguiram-se cerca de cinco anos em que não houve qualquer evolução neste sentido (Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, 2009).

É referido no POS Saúde XXI (2000), que quanto ao funcionamento do sistema, verificam-se fortes estrangulamentos no acesso aos cuidados de saúde, não obstante a subida constante do orçamento destinado à Saúde.

Efectivamente, registam-se insuficiências e inadequações que constituem fortes condicionantes à eficácia e eficiência do sistema de saúde, importando destacar as seguintes:

- Baixa procura de cuidados preventivos e existência de deficientes níveis de saúde e bem-estar por parte das camadas da população em situação de exclusão social, criando a necessidade de desenvolver programas específicos de intervenção nestes domínios;
- Manutenção de hábitos e estilos de vida prejudiciais à saúde por segmentos importantes da população portuguesa, apontando para a necessidade de um esforço concertado no sentido de modificar atitudes e comportamentos considerados nocivos, com particular destaque para a criação de estruturas e programas de promoção da saúde;
- Deficiente informação dos cidadãos, enquanto consumidores, acerca da qualidade de bens e serviços;
- Deficiente registo de situações patológicas de elevada morbidade, como as DST, a tuberculose, as complicações da diabetes, as doenças pulmonares crónicas, os acidentes vasculares cerebrais, o enfarte do miocárdio e os traumatismos provocados pelos acidentes, o que exige o desenvolvimento de sistemas de informação apropriados;
- Insuficiência dos sistemas de vigilância, particularmente no tratamento de dados e na pronta disponibilização dos indicadores de saúde;
- Dificuldades na gestão da informação sobre o medicamento, quer em relação à sua produção e consumo, quer quanto à análise de situações adversas, havendo necessidade de implementar um sistema que facilite a tomada de decisão neste domínio;
- Deficiente sistema de informação para a hemovigilância, bem como insuficientes medidas para a promoção da dádiva de sangue, sendo fundamental criar mecanismos favoráveis à segurança e auto-suficiência em sangue;
- Pouca adequação dos actuais serviços de saúde pública às exigências de um rigoroso sistema de diagnóstico e vigilância do estado de saúde e dos seus determinantes, bem como da respectiva rede laboratorial para cumprimento das regras e dos novos modelos de controlo e fiscalização decorrentes da aplicação da legislação nacional e comunitária, tornando indispensável reorganizar a rede destes serviços;
- Tratamento deficiente dos resíduos hospitalares, com consequências negativas no meio ambiente, implicando a implementação de um plano nacional de gestão destes resíduos;

- Insuficiente oferta de cuidados de saúde primários, induzindo uma frágil confiança nos cidadãos, que tendem a preferir as instituições hospitalares;
- Desajustamento da funcionalidade de alguns hospitais face à necessidade de garantir a complementaridade técnica e a continuidade de cuidados numa rede de serviços (*Rede de Referência Hospitalar*), capaz de melhorar o acesso, a eficiência, a qualidade e a segurança, num contexto de rentabilização da capacidade instalada, evitando duplicações, omissões e ineficiências diversas;
- Deficiente articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, bem como entre os prestadores públicos e restantes prestadores;
- Inadequação e insuficiência de estruturas de internamento de média e longa duração que não requeira actuação diagnóstica, terapêutica ou de reabilitação muito diferenciada, sendo possível criar soluções a partir da remodelação de pequenas unidades hospitalares de nível local, públicas e privadas;
- Insuficiência de mecanismos de apoio às doenças crónicas de carácter degenerativo e de evolução prolongada, havendo necessidade de dotar o País de um sistema de cuidados continuados de natureza multidisciplinar e intersectorial;
- Inexistência de estruturas próprias de resposta intermédia entre o internamento hospitalar e a reintegração no domicílio;
- Insuficiência de apoios específicos para doentes terminais ou com dor crónica;
- Insuficiência de estruturas de apoio e tratamento de toxicodependentes e alcoólicos, face ao grande crescimento do consumo de drogas e de álcool;
- Deficiências nos processos de garantia da qualidade na Saúde, apesar das preocupações manifestadas pelos gestores e profissionais do sistema, importando corrigi-las através da instituição de programas sistemáticos de avaliação, monitorização e melhoria da qualidade organizacional.

Em 2005, a reforma dos CSP foi reiniciada dando-se a grande expansão das Unidades de Saúde Familiares (USF) e originando um conjunto de iniciativas que permitiram o arranque definitivo desta reforma. Em 2008 continuou a expansão das USF e iniciou-se uma nova fase de reforma dos CSP centrada na implementação dos ACES (Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, 2009).

A reforma dos CSP, no âmbito da qual a reconfiguração dos CS é uma peça essencial, deve ser lida e compreendida no quadro mais vasto da reforma da administração pública que está em curso. Os princípios de racionalização de estruturas e recursos, de simplificação e de melhoria

da qualidade que inspiram a reforma da administração pública são concretizados com o processo de reconfiguração dos actuais CS e da extinção das sub-regiões de saúde (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007).

De acordo com o programa do XVII Governo Constitucional, os CSP são reconhecidos como um pilar central do sistema de saúde. Os CS constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção de saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade de cuidados (Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro).

Para Ferreira (2004), a insatisfação crescente dos cidadãos com a rigidez do funcionamento do sistema de saúde e a mudança de características sócio-demográficas e de morbilidade da população são factores que, do lado da «procura», explicam o impulso para a reforma.

A visão clássica da economia da regulação é insuficiente para explicar a importância da regulação em saúde.

No mercado da saúde, e concretamente na actividade de prestação de cuidados de saúde, existe uma série de especificidades grandemente debatidas pela literatura da economia da saúde que é útil ter presente no enquadramento da regulação neste sector.

Relativamente à eficiência, variadas características tornam este mercado tendencialmente ineficiente e naturalmente não competitivo. A existência de fortíssimas assimetrias na informação a diversos níveis gera uma multiplicidade de relações de agência em que os objectivos do agente não coincidem exactamente com os do principal e em que os problemas de monitorização e de concepção de sistemas de incentivos adequados se avolumam. As questões relacionadas com a selecção pelo risco (selecção adversa) e o risco moral (sobreconsumo e comportamentos oportunistas, dada a sua difícil observação) são outras consequências das assimetrias de informação. Estes problemas são agravados pelo contexto de incerteza em que decorre esta actividade, pela multidimensionalidade do «produto» final e por dificuldades na mensurabilidade do produto (*output*) e dos resultados (*outcomes*). Tudo isto torna a avaliação da qualidade uma tarefa árdua, bem como a monitorização do desempenho a este nível.

Quanto à regulação da qualidade, esta é uma área que tem recebido uma atenção crescente, com o objectivo de garantir e promover a qualidade na estrutura, processos e resultados em saúde da actividade das entidades prestadoras. Há variados actores que se dedicam a estes aspectos, desde os grupos envolvidos em formas de auto-regulação, como entidades governamentais propriamente ditas, ou entidades acreditadoras, havendo, inclusive, alguma sobreposição de funções a vários níveis (Propper, 1993 *cit. in* Ferreira, 2004).

A estratégia de acreditação, uma das que têm suscitado maior predilecção no domínio da regulação da qualidade, consiste basicamente na avaliação, por uma entidade externa, do cumprimento, pela organização, de um conjunto de normas e critérios escritos que avaliam a organização e os procedimentos utilizados com o objectivo de originar um desempenho de qualidade (Scrivens, 2002 *cit. in* Ferreira, 2004). É um processo voluntário de hetero e auto-regulação, tipicamente não pública, mas que hoje está também implementada em praticamente todos os grandes hospitais ou sectores destes e esta acreditação envolve um processo de aprendizagem por parte da entidade prestadora, até atingir de níveis de excelência. O enfoque inicial da acreditação era algo estático, assente em questões estruturais e organizacionais, embora recentemente haja algumas evoluções para aspectos dinâmicos relacionados com o desempenho das organizações e uma tónica maior nos resultados alcançados.

O serviço público de saúde necessita de diversidade, concorrência, rapidez de resposta e o conhecimento sistemático dos custos e das necessidades da população. Mas também é importante que todos os actores colaborem entre si através outros mecanismos de colaboração sob a supervisão do governo. Esta tarefa não se afigura fácil porque ainda há um longo caminho a percorrer (Araújo, 2011).

A Constituição da República Portuguesa de 1976, consubstanciando as reivindicações dos movimentos sociais, criou um SNS inspirado no modelo inglês, garantindo o direito à protecção da saúde a todos os cidadãos e baseando-se na universalidade e na gratuidade do acesso aos cuidados de saúde (Simões, 2008).

Segundo a Constituição Portuguesa, o SNS é baseado num sistema de organização descentralizado, embora se tenha mantido ao longo de tempo uma estrutura centralizada, dominada pela oferta pública da maioria de cuidados primários e hospitalares (Oliveira and Pinto, 2005).

De acordo com Barros e Simões (2007), tendo por base a Lei de Bases da Saúde, o SNS caracteriza-se por:

- ser universal quanto à população abrangida;
- prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;
- ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;
- garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados;
- ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada.

Segundo Sakellarides *et al.*, (2006), as circunstâncias políticas, sociais e económicas em que o Serviço Nacional de Saúde foi criado fizeram com que este incorporasse importantes debilidades fundacionais:

- Frágil base financeira;
- Ausência de uma cultura de gestão apropriada à especificidade da saúde e portanto persistência de modelos de organização e gestão de comando e controlo, de natureza essencialmente administrativa;
- Um estado de coexistência assumida entre o financiamento público do Serviço Nacional de Saúde e o da "medicina convencionada" e, simultaneamente, uma grande falta de transparência entre os interesses públicos e privados;
- Limitações no acesso aos cuidados de saúde e pouca informação sobre a sua qualidade.

Desde 1979, o sistema de cuidados de saúde português tem sido baseado na estrutura de um SNS, com seguro público, cobertura universal, acesso quase livre no ponto de utilização de serviços e de financiamento através de impostos (Oliveira and Pinto, 2005).

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

- Recursos materiais e humanos insuficientes;
- Subaproveitamento da capacidade instalada, desmotivação e falta de incentivos;
- Acesso difícil aos cuidados de saúde com extensas listas de espera para consultas e cirurgias e muito burocratizado;
- Qualidade do atendimento em termos de conforto, informação e pontualidade mau, pese embora a qualidade do atendimento técnico seja boa;
- Crescimento das despesas de saúde sem controlo e sem o correspondente aumento de produtividade e qualidade;
- Reduzida eficiência dos recursos utilizados;
- Falência técnica dos cuidados de saúde primários, que se traduz na transferência de utentes para os hospitais (as urgências atendem cerca de 10 milhões de utentes por ano);
- Descontrolo no tempo de serviço prestado e pago;

- Despesas com medicamentos que representam quase o dobro dos valores que se observam para outros países da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico);
- Gestão dos hospitais pouco profissional;
- Mecanismos de controlo e supervisão do SNS desactualizados e ineficazes;

Segundo Pinto (1994), o que caracteriza um bom sistema de saúde, será a combinação de quatro factores: qualidade; grau de satisfação razoável por parte dos utentes; custos controlados e um sistema de financiamento repartido. Cresce a preocupação de imprimir ao sistema, ganhos de qualidade e eficiência, pois não só ao cidadão se reconhece o direito à acessibilidade aos cuidados de saúde como também à qualidade destes, que deve igualmente pautar-se por padrões de melhoria na relação de custo/benefício dos serviços prestados.

1.1. O CENTRO DE SAÚDE COMO UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS

As necessidades de saúde de uma população manifestam-se numa procura constante de cuidados de saúde, o que, a par de outros factores como o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), o ritmo da inovação, o desenvolvimento tecnológico no domínio das ciências da saúde e indústria farmacêutica, o envelhecimento da população, e o facto de os cuidados em saúde serem vinte e quatro horas e num trabalho intensivo, implica crescentes volumes de despesa neste sector (Simões *et al.*, 2007).

O grande desenvolvimento científico, tecnológico, social e económico verificado nas últimas décadas, permitiu resolver muitos dos problemas de saúde do passado, mas, contribuiu para que hoje sejamos confrontados com problemas novos e mais complexos, entre outros, as alterações nas necessidades em cuidados de saúde motivadas pelo aumento da esperança de vida, envelhecimento progressivo da população, maior incidência e prevalência de doenças crónicas, o que origina novos desafios aos sistemas de saúde. Este contexto gera novos problemas sociais e de saúde com elevada ênfase na acessibilidade a serviços de saúde, na incapacidade agravada com o isolamento, no aumento do número de famílias com recursos económicos escassos (Sousa, 2009).

Os cuidados de saúde primários representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde. Os cuidados de saúde primários estão abrangidos pela “universalidade, generalidade e tendencial gratuitidade” a que se refere a alínea a) do n.º 2 do art. 64 da Constituição da Republica Portuguesa, enquanto concretização do

direito de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde. É nesta medida que todos os cidadãos têm direito à inscrição num Centro de Saúde livremente escolhido, e o recurso aos cuidados de saúde prestados nestas instituições.

Nos anos oitenta e noventa do século passado, o Estado, pelo Ministério da Saúde, passou a dispor de uma vasta estrutura nacional de estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde: hospitais gerais e especializados, institutos e centros de saúde, com milhares de funcionários de diferentes categorias profissionais, com uma administração central poderosa e administrações regionais fracas e sendo todo o sistema regulado pelas normas da administração pública (Simões 2008).

Os primeiros centros de saúde foram criados pelo Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro. A filosofia de assistência destes centros de saúde, “Centros de Saúde de Primeira Geração”, que duraram pouco mais de uma década (1971-1982), centrou-se fundamentalmente na protecção da população, prevenção das principais doenças infecto-contagiosas, de que, as campanhas de vacinação são um exemplo, e na assistência a grupos mais vulneráveis da sociedade, fundamentalmente mulheres e crianças. Paralelamente, “Os Postos das Caixas de Previdência” prestavam assistência social e na doença apenas aos trabalhadores e suas famílias que descontavam para as respectivas “Caixas”.

Tendo como principal objectivo a melhoria do nível de saúde da população através de ganhos em saúde e da satisfação dos utilizadores e dos profissionais, foi importante repensar as formas de organização da prestação dos cuidados numa óptica de eficiência e equidade. Os Centros de Saúde são os principais responsáveis pela promoção da saúde e prevenção da doença no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, são as entidades privilegiadas para se atingirem melhores níveis de saúde, factor decisivo para a qualidade de vida dos cidadãos.

O Despacho Normativo nº 97/83 define o CS como *“unidade integrada, polivalente e dinâmica prestadora de cuidados primários, que visa a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo-se, globalmente, a sua acção ao indivíduo, à família e à comunidade”*.

O Centro de Saúde é a unidade básica do SNS para atendimento e prestação de cuidados de saúde à população.

Por seu turno o Dec. Lei nº 157/99, de 10 de Maio, estabelece que *“os centros de saúde têm como objectivo primordial a melhoria do nível de saúde da população da área geográfica por eles abrangida”* e *“são, em especial, objectivos dos centros de saúde a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da*

prestação de cuidados, bem como do desenvolvimento de actividades específicas dirigidas, globalmente, ao indivíduo, à família, a grupos especialmente vulneráveis e à comunidade”.

Este mesmo Dec. Lei estabelece no seu artigo 12.º que “*cada unidade de saúde familiar tem por missão a prestação de cuidados de saúde de forma personalizada, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos*” e que “*a unidade de saúde familiar é a unidade elementar de prestação de cuidados de saúde a uma população identificada através da inscrição em listas de utentes*”.

Mas só em 2005 por Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, foi criada na dependência directa do Ministro da Saúde, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), com a natureza de estrutura de missão, para a condução do projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos Centros de Saúde e implementação das USF.

Refere a Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005 “O Programa do XVII Governo Constitucional na área da saúde dá um particular enfoque aos cuidados de saúde primários e à sua importância na ligação ao utente, por serem o primeiro acesso deste aos cuidados de saúde. Dando cumprimento ao previsto no Programa do Governo, foi criado o Grupo Técnico para a Reforma dos CSP, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005, de 27 de Abril, que tinha como objectivos definir frentes de trabalho e metas operacionais, tendo por base a experiência acumulada no Ministério e ainda o contributo dos diversos parceiros institucionais e sociais relevantes. Pretendia-se, ainda, identificar as medidas operacionais e actividades, a executar de forma calendarizada, a curto, médio e longo prazos, para concretização do plano.

O Grupo Técnico de Missão para os Cuidados de Saúde Primários, assume que a sua reforma, tem como finalidade contribuir para a melhoria continuada da qualidade dos cuidados de saúde, tornando-os, acessíveis, adequados, efectivos, eficientes e respondendo às expectativas dos cidadãos e dos profissionais: “melhores cuidados e melhor saúde”.

A reforma funcional dos actuais Centros de Saúde, com a criação das USF, implica que a adaptação, aquisição, aluguer ou construção de novos espaços para USF, devem ter em conta princípios e orientações nacionais: fundamentalmente a acessibilidade dos cidadãos aos diversos serviços da USF, o conforto, humanização e funcionalidade do espaço, uma imagem agradável e uma organização interna assente no trabalho em equipas nuclear e alargada; prevê-se, também, espaço próprio para formação de profissionais nas suas diferentes fases, além de salas de apoio técnico e apoio geral, não só tendo em conta a equipa multidisciplinar de que é composta, como a população que vier a servir.

Podemos constatar, pela Lei nº 31/2007 que o Governo, continua a apostar em 2008, na continuação da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, que considera ser o pilar central do sistema de saúde, através da consolidação da reestruturação organizacional dos Centros de Saúde, da promoção e da criação de mais Unidades de Saúde Familiares, do desenvolvimento e aplicação de projectos de melhoria contínua da qualidade, modernização e apetrechamento tecnológico das instalações dos CS (em particular no que respeita a sistemas de informação adequados), do desenvolvimento de uma política adequada de recursos humanos nas suas diversas vertentes, incentivado o bom desempenho das equipas, propondo-se a melhoria da acessibilidade dos cidadãos ao médico de família e o desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (CCI) a nível nacional, regional e local, de cuidados de saúde e apoio social.

O governo através da MCSP definiu o Plano Estratégico que iria assegurar e acompanhar a operacionalização desse quadro estratégico nos anos (até Abril de 2009). Este seria um período crítico para a consolidação do novo modelo organizacional, relevando não só a extensão das USF a todo o território nacional, mas também a operacionalização, implementação, acompanhamento e evolução das outras unidades funcionais já previstas no processo de reconfiguração dos centros de saúde em ACES. Não se tratará apenas de conduzir o processo de criação de mais USF, mas será também a fase de introdução e consolidação do conceito de autonomia gestonária dos ACES e paralelamente, do fim das sub-regiões de saúde. Será por outro lado, a fase de desenvolvimento das necessárias competências de liderança dos dirigentes e práticas de *accountability*, para a difusão e apropriação, pelas diversas unidades, de práticas inovadoras de gestão, nomeadamente, do conhecimento e aprendizagem contínua, da governação clínica, da investigação, e da prestação de cuidados de saúde, de modo que os CSP em Portugal sejam sinónimo de excelência.

A missão dos Agrupamentos dos Centros de Saúde é assegurar a prestação de cuidados de saúde primários à população da respectiva área de influência, contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos cidadãos.

No seu âmbito de intervenção estará presente: a prestação de cuidados de saúde comunitários e de base populacional; a prestação de cuidados de saúde personalizados, facultando aos cidadãos o direito à livre escolha do seu médico de família; a gestão de recursos, valorizando as competências individuais e organizacionais e a cooperação com as entidades e instituições locais, fomentando o trabalho em parceria e a criação de sinergias.

Para assegurar o direito de acesso aos serviços da saúde é necessário garantir, entre outros aspectos, a equidade, a qualidade e a participação dos cidadãos, nas várias dimensões em que esta se justifica. A equidade, enquanto forma de expressão e de desenvolvimento do princípio da igualdade, é assegurada através da garantia de acesso em tempo útil aos cuidados de saúde prestados em condições de efectiva igualdade, em toda a área geográfica abrangida pelas unidades de saúde. No âmbito dos CSP, os cidadãos esperam que o sistema de saúde lhes facilite o acesso a cuidados de saúde no momento e no local onde deles têm necessidade. Uma das expressões da boa acessibilidade e concretização da equidade no acesso aos CSP é o trabalho em equipa, seja em USF ou noutra unidade funcional do ACES, o qual deve ser promovido e valorizado, numa concepção aberta e flexível, adaptando os seus modelos de funcionamento às necessidades dos utentes da sua área de influência. Para este efeito dever-se-á considerar, em especial, horários de trabalho dos cidadãos activos, podendo ser indispensável alargar a oferta de cuidados de saúde programados e regulares, em particular a introdução de tempos de consulta em horário pós-laboral.

A qualidade é, a par da inovação e da capacidade de gestão, um dos factores decisivos para o desenvolvimento do SNS. É unânime que a “Qualidade em Saúde” é um procedimento contínuo de acções planeadas, assente na verificação de desempenhos e no estabelecimento de metas específicas, com o objectivo de melhorar a qualidade efectiva dos cuidados prestados. Dai, o desenvolvimento da reforma dos CSP, exige uma abordagem dinâmica, orientada para os resultados em saúde, utilizando-os para melhorar os níveis de desempenho, através de processos de melhoria da qualidade, baseando-se na auto e hetero-avaliação, num processo evolutivo que conduzirá à acreditação dos serviços.

Para a prossecução deste objectivo, tem de se implantar uma estratégia de acompanhamento e avaliação das Unidades Funcionais e dos ACES que integre as vertentes clínica, financeira, funcional e legal.

Os novos desafios na área da saúde, fruto de novos estilos de vida e comportamentos habituais, bem como as novas exigências dos cidadãos, fruto de uma maior consciência dos seus direitos, implicam uma diversificação dos CSP, tanto ao nível da prestação de cuidados de saúde como na forma de acessibilidade a essa mesma prestação. A diferenciação profissional resultante, designadamente, da emergência de novas competências e novas profissões permite traçar uma estratégia de diversificação que vá de encontro a essas novas necessidades e expectativas dos cidadãos. Os ACES, ao nível das suas unidades funcionais, podem contemplar um espaço para o desenvolvimento de novas abordagens a esses desafios. Assim, impõe-se nos CSP o aprofundamento de uma cultura de análise prospectiva das necessidades, a médio e

longo prazo, em cuidados de saúde das populações servidas pelos ACES, tendo em vista a concepção e promoção de “novos” produtos e serviços. É também necessário promover o desenvolvimento de competências e a partilha de práticas de *marketing research*, tendo em vista o alargamento, o enriquecimento e o rejuvenescimento das carteiras básica e adicional de serviços com novos serviços e cuidados de saúde, que resultem da integração de abordagens multidisciplinares e da aposta em soluções com vocação preventiva e curativa, mas especialmente focalizadas na modificação de comportamentos de risco e na aprendizagem e disseminação de práticas promotoras da autonomia dos cidadãos e combate às exclusões.

Os cidadãos esperam que os cuidados de saúde recebidos, assentem nos melhores e mais recentes conhecimentos científicos. A qualidade dos CSP, na perspectiva dos cidadãos, assenta sobretudo nestes dois parâmetros: acessibilidade e conhecimento.

O novo modelo organizacional dos CSP embora mais complexa, mas melhor adaptada às necessidades das pessoas e às expectativas dos profissionais de saúde deve adquirir a sua maturidade correspondendo às exigências de qualidade e à melhoria dos cuidados que presta. Para que isso suceda, é fundamental lançar, conceber e executar, uma estratégia de avaliação da qualidade dos CSP de forma a obter resultados, com manifestos ganhos em saúde e estabelecendo uma relação clara entre a qualidade e o desempenho. A qualidade deve conjugar a incorporação das inovações com a segurança e a efectiva aplicação destas, numa lógica de antecipação de respostas e soluções para os problemas de saúde das pessoas. A avaliação e melhoria da qualidade deve visar sobretudo obter novo conhecimento sobre o valor acrescentado que este tipo de actuação produz, em termos de impacto, na saúde da população.

2. SATISFAÇÃO DOS UTENTES

Ao longo dos anos 60 e 70 do século XX, a opinião do utente foi sendo cada vez mais valorizada, existindo por isso um maior envolvimento dos consumidores em todas as formas de vida social. Contudo só nos anos 80 desse século é que a satisfação do Consumidor/Utente/Cliente/Doente ganhou grande popularidade e começou a ser vista como importante indicador da qualidade dos serviços de saúde.

A palavra satisfação deriva do latim *satisfactio* e define-se como a acção de pôr termo a um desejo, a uma necessidade; acto ou efeito de satisfazer ou satisfazer-se (Academia das Ciências de Lisboa, 2001). De acordo com Carr - Hill (1992), a satisfação humana é um conceito complexo que se relaciona com um grande número de factores, incluindo o estilo de vida, experiências anteriores, expectativas futuras, valores individuais e da sociedade.

A satisfação é uma atitude, uma emoção ou um sentimento que pode ser verbalizado e medido através duma opinião. Enquanto atitude, a satisfação compreende aspectos afectivos, cognitivos, avaliativos e comportamentais (Graça 1999; Donabedian 1988).

A avaliação da satisfação é assim uma importante ferramenta de pesquisa, administração e planeamento (Sepúlveda, 1998).

Acerca da avaliação feita pelos doentes Cohen, Forbes e Garraway, (1996), Cruz e Carvalho (1994), referem que embora as questões estejam bem construídas, administradas de forma correcta, perguntar aos indivíduos que avaliem os seus cuidados pode ser problemático, contudo ainda não se encontrou até hoje melhor forma de o fazer, se não questioná-los sobre o que pretendem e o que pensam sobre a qualidade dos cuidados e serviços que lhe são prestados.

A satisfação aparece assim, como uma componente da qualidade dos cuidados, sendo um resultado que se deseja obter no processo de prestação.

Vários investigadores e organizações internacionais têm realçado a importância de ouvir os doentes, argumentando que são normalmente estes que melhor conhecem qual o resultado de saúde desejável, fornecendo expectativas, quereres e prioridades diferentes das dos profissionais. Por outro lado, os doentes cada vez mais se apresentam perante os sistemas de saúde com um poder específico, como parceiros nos cuidados e nas tomadas de decisão (Grol *et al.*, 2000; Guadagnoli and Ward, 1998; Mossialos, 1997; WHO, 2000).

O grau de satisfação do utente deve ser encarado, como um valor orientador da conduta dos profissionais de saúde, devendo este ser orientado para as suas necessidades e desejos. Só assim poderemos saber se a relação de ajuda prestada e a comunicação foram eficazes.

Para Monteiro (2000), a satisfação ou insatisfação do utente, constitui uma reacção cognitiva ou emocional à estrutura, processo e resultado dos cuidados prestados, tendo por base os aspectos objectivos ligados à sua experiência.

Ovretveit (1992), salienta que os utentes terão várias expectativas e suposições acerca dos diferentes aspectos do serviço de saúde. São elas:

- O que os utentes desejam do serviço, ou seja, o que desejam receber do serviço por comparação com um ideal ou com um serviço semelhante;
- O que os utentes realisticamente esperam do serviço, ou seja, que tipo de serviço pensam que será prestado;
- O que os utentes pensam necessitar.

Cada vez mais, os CSP constituem um foco de atenção por parte do SNS. Os maiores desafios que se colocam, actualmente, a este sistema consistem, por um lado, em integrar as diferentes áreas de intervenção dentro de um quadro conceptual e metodológico de melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde e, por outro, em conferir qualidade aos serviços de saúde tornando-os assim num lugar prioritário, garantindo os recursos necessários ao fortalecimento do planeamento de acções de melhoria da qualidade. O objectivo primordial visa a satisfação dos utentes destas instituições (Silva *et al.*, 2007).

Para conseguir dar resposta aos desafios acima mencionados é essencial a participação dos cidadãos na implementação de melhorias no que respeita à qualidade dos serviços de saúde. Os destinatários destas melhorias são quem exclusivamente sente os problemas ou necessidades a que se quer dar resposta e, conseqüentemente, quem melhor pode ajudar a encontrar as soluções mais adequadas (Neves, 2002; Ferreira, 2003; Pisco, 2001 *cit. in* Silva *et al.*, 2007).

De um modo genérico as dimensões mais usuais identificadas pelos investigadores para medir a satisfação dos doentes são acessibilidade/ conveniência, disponibilidade, continuidade dos cuidados, aspectos financeiros e qualidade de cuidados, (incluindo-se aqui os aspectos interpessoais de cuidados, os aspectos técnicos e a satisfação com os resultados). Ao contrário da qualidade dos aspectos interpessoais e aspectos técnicos, a satisfação com os resultados tem sido muito poucas vezes medido (Ware, Snyder and Wright, 1976; Ware, Davies and Stewart, 1978; Ware, 1981; Nelson *et al.*, 1989; Goldfield *et al.*, 1994). Para entender estas e outras dinâmicas, cada instituição de cuidados de saúde pode dar preferência a algumas destas dimensões ou apenas a uma, de acordo com os objectivos ou necessidades de informação.

Ribeiro (2005) e Lobo (2008), partilham da ideia de que o utente é um elemento fundamental para a avaliação dos serviços prestados pelos profissionais das instituições bem como para a melhoria contínua da qualidade em saúde.

A satisfação pode contribuir decisivamente quer para a implementação quer para a efectivação dos cuidados, já que a prestação dos mesmos não é algo estático mas implica um processo activo e participativo tanto do prestador como do utente e pode ser entendida ainda como um julgamento deste face à qualidade dos cuidados recebidos, sobretudo na área interpessoal onde ele exerce um juízo supremo (Alves, 2007).

Ao nível da saúde e dos cuidados prestados pelos profissionais, o grau de satisfação dos utentes demonstra a qualidade dos cuidados prestados, traduzindo-se num indicador da monitorização da excelência dos mesmos com um bom planeamento e gestão de cuidados. Os utentes esperam ser tratados com respeito, como seres únicos, dignos e membros afectivos e participantes das tomadas de decisão relacionadas com o processo de doença, tratamento e recuperação, onde devem ser aceites de acordo com os valores e crenças que regem a sua vida pessoal, familiar, profissional e comunitária, para que consigam adaptar-se e ter uma melhor qualidade de vida e a sua perspectiva é imprescindível para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde e para a identificação de problemas a corrigir, expectativas relativas aos cuidados e, por fim, para a reorganização dos serviços de saúde (McIntyre and Silva 1999 *cit. in* Ribeiro, 2005; Fernandes, Queirós and Seco, 2009).

Melo (2000), refere que os utentes valorizam a relação interpessoal que se estabelece com os profissionais de saúde. Neste âmbito tem especial relevo a admissão e o acolhimento, o apoio que é prestado na satisfação das necessidades básicas, o conforto que é dispensado desde a tranquilidade, privacidade, higiene das roupas e instalações até à ocupação do tempo disponível.

Hespanhol (2005), sustenta que a satisfação dos utentes consiste no modo como estes se apercebem dos serviços que lhe são prestados e dependem de duas ordens de factores: as expectativas conscientes e as suposições inconscientes, bem como a experiência com o serviço.

Concluindo, num sistema de saúde cada vez mais competitivo, satisfazer os utentes é um requisito fundamental para o êxito clínico, não só porque se trata de uma fonte importante de informação sob o ponto de vista do utente, como também constitui um método válido para identificar melhorias no processo de saúde em questão (Morgan, 1999).

2.1. DETERMINANTES DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES DOS CSP

Conhecer os determinantes que influenciam a satisfação dos clientes no âmbito dos serviços de saúde é um processo que apesar de inúmeros estudos efectuados não tem sido fácil e por vezes os resultados controversos. A literatura diverge bastante no que se refere aos determinantes relativos aos clientes.

Com os estudos damos voz aos cidadãos e captámos a sua satisfação face à forma como os cuidados de saúde são prestados nos centros de saúde.

Os seus resultados podem ser usados para identificar áreas mais carentes de uma intervenção por parte de auditores, gestores e profissionais, permitindo mesmo uma afectação mais orientada dos recursos, sempre escassos e outras formas de actuar.

Satisfação com os cuidados de saúde está intimamente relacionada aos conceitos de qualidade de cuidados de saúde. Ware *et al.*, (1977) referiram que a satisfação do paciente deve ser um conceito multidimensional. Essas dimensões incluem "a arte do cuidado", que incide sobre os atributos da personalidade do profissional de saúde; "competência técnica", ou a percepção do paciente do conhecimento do prestador e perícia, "o ambiente físico", como é percebido pelo paciente, e "eficácia do cuidado", ou a percepção do cliente do resultado Linder-Pelz (1982), sugeriram ainda ter construções ou elementos que devem ser usados para determinar a satisfação: acessibilidade ou conveniência, disponibilidade de recursos, a continuidade da eficácia de cuidados, ou os resultados dos cuidados, finanças, humanidade, a colheita de informações de qualidade, agradabilidade do ambiente, e ou competência.

Weiss (1988), apresenta quatro grupos principais de determinantes da satisfação:

- Características dos pacientes (incluindo as sócio-demográficas; as expectativas destes sobre a consulta médica e os seus estados de saúde);
- Características dos profissionais que prestam o atendimento (incluindo traços de personalidade, qualidade técnica e a "arte do cuidado");
- Aspectos da relação médico-paciente;
- Factores estruturais e ambientais (incluindo o acesso, forma de pagamento, tempo de tratamento, marcação de consulta e outros).

Enquanto uns estudos mostram associação positiva, outros mostram associação negativa, havendo ainda um terceiro grupo, que não encontra associação alguma.

Fox e Storms (1981 *cit. in* Carr-Hill 1992), fazem referência que na bibliografia sobre satisfação com os cuidados de saúde, os resultados apresentados sobre as variáveis sócio

demográficas (características como, classe social, estado civil, sexo, e idade) são contraditórios, tendo a situação evoluído de tal forma confusa que muitos autores deixaram de valorizar estas variáveis como predictoras da satisfação, partilham também desta opinião outros investigadores (Hall and Dornant 1990; Fitzpatrick 1990; Fox and Tempestades, 1981, *cit. in* Sitzia and Wood 1997). No estudo realizado por Hall e Dornant (1988 *cit. in* Carr-Hill (1992), a relação das características sócio demográficas com a satisfação, apesar de estatisticamente significativas, foram muito fracas.

A variável que apresenta maior concordância entre os estudos é a idade. Em estudos realizados em vários países, sugerem que utentes mais velhos estão mais satisfeitos com os cuidados de saúde (Houts *et al.*, 1986; Blanchard *et al.*, 1990; Zabr *et al.*, 1991, *cit. in* Sitzia and Wood, 1997), o que sugere que utentes mais velhos podem ser tratados de forma mais gentil, ou estão menos preparados para criticar porque têm expectativas modestas, (Salvage *et al.*, 1988 *cit. in* Sitzia and Wood 1997).

Cartwright e Anderson (1981, *cit. in* Sitzia and Wood, 1997), concluíram que utentes mais velhos esperam menos informação do seu médico. Hopton *et al.*, (1993), Khayat e Salter (1994, *cit. in* Sitzia and Wood, 1997) concluíram que utentes mais novos estão menos satisfeitos com as questões relacionadas com a consulta nos cuidados de saúde primários, e também cumprem menos com as prescrições ou conselhos médicos.

É possível que tais explicações não estejam relacionadas com a idade por si só, mas com as características de grupos mais idosos, como o maior carisma ou menores expectativas.

Para a variável sexo, embora alguns autores não encontrem variação, outros apontam que as mulheres estão mais aptas a criticar os serviços, constituindo-se em boas narradoras para as pesquisas.

Na generalidade, o sexo, parece não ser determinante da satisfação, (Doering, 1983; Hopton *et al.*, 1993; Hall and Dornan, 1990, *cit. in* Sitzia and Wood, 1997). No entanto Khayat e Salter (1994), citados pelos mesmos autores, referem que a satisfação global com os cuidados de saúde primários é significativamente maior nos homens do que para as mulheres. Outro estudo revela que as mulheres são mais rígidas com os horários e a privacidade (Williams and Calnan, 1991 *cit. in* Sitzia and Wood, 1997).

O campo de estudos da literacia encontra-se ainda em grande debate no que diz respeito aos tipos de literacia e das suas aplicações práticas no dia-a-dia. Existe, no entanto, algum consenso de que estas classificações, somente identificam tipos de literacia, não como medidas de capacidade de leitura e de escrita, mas mais em termos do que a literacia nos permite fazer ou

resolver no nosso quotidiano. De uma forma geral têm-se vindo a assumir três níveis de literacia (Nutbeam, 2000):

- *Literacia básica ou funcional*, em que a pessoa tem competências básicas para a leitura e a escrita, de forma a poder funcionar eficientemente nas situações do dia-a-dia;

- *Literacia comunicativa ou interactiva*, em que a pessoa tem competências cognitivas e de literacia mais avançada, que em conjunto com competências sociais, lhe permite participar activamente nas actividades do dia-a-dia, seleccionar informação e dar-lhe significado e aplicar nova informação para a mudança de situações;

- *Literacia crítica*, em que a pessoa tem competências cognitivas e de literacia ainda mais avançadas, e que em conjunto com competências sociais, é capaz de analisar criticamente a informação que recebe e usar esta informação para exercer maior controlo sobre os mais variados acontecimentos nas diversas situações de vida. Desta classificação pode concluir-se que os níveis de literacia progressivamente mais elevados permitem uma maior autonomia e capacitação pessoal "*empowerment*". Esta progressão não será apenas dependente do desenvolvimento cognitivo, já que a componente de exposição à informação ou comunicação, bem como a resposta a estas é importante e mediada pelas competências pessoais e sociais do indivíduo.

Neste âmbito Nutbeam (1998, *cit. in* Carvalho, (2002) refere-se ao conceito de "*Literacia para a Saúde*" da seguinte forma: "*Literacia para a Saúde representa as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos conseguirem o acesso, a compreensão e o uso da informação de forma a que promovam e mantenham uma boa saúde*". Acrescenta ainda que: "*Literacia para a Saúde significa mais do que ser capaz de ler folhetos. Ao melhorar o acesso das pessoas à informação sobre saúde e a sua capacidade para a usar eficientemente, a literacia para a saúde torna-se crítica para o empowerment pessoal*".

Os utentes com menor literacia, provavelmente provenientes de classes mais baixas, são também os mais insatisfeitos, especialmente nas dimensões "informação e apoio" e "continuidade e cooperação". No que respeita à "organização dos serviços", assiste-se a uma inversão da situação, pois aqui são os utentes com mais literacia os que mais facilmente discordam do estado de coisas. Também os utentes que se sentem com pior qualidade de vida avaliaram mais desfavoravelmente a qualidade dos cuidados prestados.

O nível de literacia, parece ter significado na satisfação, ou seja, nível de satisfação mais alto está associado com nível mais baixo de literacia, (Hall and Dornan, 1990 *cit. in* Ferreira, 2000).

Strong (1979, *cit. in* Carr-Hill, 1992) refere que os profissionais de saúde comunicam mais com os utentes de classe média.

Um doente com um problema de saúde, é também muitas vezes um doente com problemas sociais, que podem estar relacionados com o trabalho ou com a família, mas que precisam igualmente de ser tratados e resolvidos, e em relação a isto, enquanto que alguns profissionais de saúde encorajam os seus doentes a falarem destes problemas, outros tendem ainda a suprimi-los através de atitudes de autoridade tais como interrupções, mudança de assunto e desvalorização (Waitzkin and Britt, 1989). Este tipo de atitudes por parte dos profissionais de saúde vão ser interpretadas pelos doentes, que muitas vezes podem até ter dificuldades em se pronunciar sobre as suas capacidades técnicas mas não sobre os seus comportamentos afectivos, pelo que o apoio emocional dado ao doente durante a prestação de cuidados, irá influenciar de forma determinante o sentimento de satisfação por parte dos doentes e de facto, verifica-se que quanto melhores forem as relações interpessoais dos profissionais de saúde com o utente maior será o seu nível da sua satisfação (Melo, 2001).

Outro factor determinante na satisfação dos doentes com os cuidados recebidos, está relacionado com os aspectos da comunicação e da informação dada ao doente (Carolino, 1994). Isto é qualquer coisa que tem de facto um peso muito grande na relação entre o doente e os profissionais de saúde sobretudo se tivermos em conta que, *“mais de 70% do trabalho da enfermeira é dedicado a actividades relacionadas à comunicação”* (Brunner and Suddarth, 1998).

Roter (1989), fez uma meta-análise de 41 estudos confrontando aspectos do comportamento dos médicos e a satisfação dos seus utentes e aferiu que o aspecto mais importante na satisfação do utente era o fornecimento de informação por parte do profissional em relação ao seu problema e tratamento.

A comunicação e a informação são os aspectos mais importantes para que as pessoas se sintam satisfeitas com os cuidados que lhes são prestados, e de acordo com Ley (1997), parece existir uma correlação positiva entre o nível de informação e o nível de satisfação dos doentes, o que nos poderia levar a pensar que quanto mais informação fosse dada ao doente maior seria o seu nível de satisfação, o que foi também confirmado pelos estudos de Smith, Polis e Hadac (1981), que demonstraram que quanto maior era a quantidade de informação fornecida pelo médico maior era o grau de satisfação do doente. Mas na prática esta correlação existente entre o nível de informação e o nível de satisfação dos doentes, só é verdadeira até determinado ponto, uma vez que, um aumento exagerado da informação dada é ineficaz, porque os doentes

frequentemente não compreendem ou não se lembram do que lhes foi dito (Chantal, 2001; Ley, 1997), e numa fase inicial da doença, a informação pode até ampliar o stress e a ansiedade (Buela-Casal and Moreno, 1999).

Outros estudos permitiram concluir que a maioria dos cidadãos deseja que os profissionais não só respeitem as suas preferências mas que também lhes forneçam a informação adequada sobre as diferentes opções de tratamento efectivo (Wensing, 2002).

A forma como é realizada a admissão do doente no serviço, é um factor que parece ter também uma grande influência na satisfação do doente com os cuidados recebidos uma vez que quanto melhor for a admissão melhor será o nível de satisfação dos utentes (Melo, 2001). Assim, a primeira imagem do serviço com que o doente fica, é muito importante porque de acordo com Elhart *“toda a gente sabe que as primeiras impressões são por vezes as que mais perduram, pelo que os profissionais de saúde deverão envidar os maiores esforços no sentido de exteriorizarem interesse, simpatia e compreensão durante os primeiros momentos que o doente passa no hospital”* (Moreira, Castanheira and Reis, 2003, p.30). É de facto importante que a primeira imagem com que o doente fica no acto da admissão seja a *“imagem de disponibilidade (por parte da equipa de saúde) para o esclarecimento de dúvidas, de alguém que domina o ambiente onde o doente vai ficar internado e de alguém que pode fornecer informações e que estará sempre presente quando o doente necessitar”* (Pegacha, 1999, p.200).

A imagem positiva que se constrói do Centro de Saúde não depende apenas das pessoas que o compõem, mas também dos aspectos organizacionais. Aspectos como a forma de organizar o espaço, o atendimento e os aspectos burocráticos assumem-se também como determinantes de satisfação (Ferraz, 1996; Mendes, 1996; Buss *et al.*, 1998).

Em relação aos determinantes respeitantes aos serviços, também é observada divergência. A maioria dos estudos confere a satisfação a aspectos humanitários da relação médico-paciente, à quantidade e qualidade das informações recebidas, à efectividade dos problemas e à continuidade do atendimento (Ware 1978).

Os factores físicos e estruturais do serviço de saúde, são também determinantes na satisfação dos doentes, e isto está relacionado com aspectos como a localização, o acesso, o tempo de espera e de tratamento e a continuidade dos cuidados. Isto são tudo aspectos que tem a ver com a organização da instituição, dos serviços e dos cuidados que são prestados, mas que por vezes faz toda a diferença se tivermos em conta que os doentes tendem a procurar os melhores médicos, a melhor qualidade e a melhor tecnologia (Hill, 1997).

Franco e Florentim (2006), referem que uma das conclusões mais consistentes no âmbito da satisfação é associar um alto nível satisfatório às características do prestador, do serviço ou da organização que presta cuidados personalizados. De referir que essas mesmas características estão relacionadas com uma boa comunicação, empatia e cuidados personalizados no tratamento. Desta forma, traduzem-se num maior envolvimento do utente e em melhores resultados.

A crescente exigência dos utentes dos serviços de saúde fez com que determinados factores, como a informação, a comunicação, a qualidade das instalações e o desempenho dos profissionais de saúde, fossem destacados e relacionados directamente com o processo de satisfação. Este processo, enquanto indicador de qualidade, é cada vez mais tido em conta nas instituições de saúde, onde a participação do utente visa a ser cada vez mais solicitada e valorizada.

Ser tratado com cortesia pela equipe, ser reconhecido por ela, ter enfermeiro disponível na unidade, haver disponibilidade de consulta em 48 horas, tempo de espera da consulta ser inferior a vinte minutos, a unidade não ser muito grande, ser possível a execução de exames no próprio serviço.

Em suma, muitos factos são tidos em consideração na obtenção da satisfação ou insatisfação, variando de estudo para estudo. Para um maior entendimento sobre estes determinantes será necessário mais pesquisas que se valham de métodos e técnicas padronizadas, visando à devida comparação entre os estudos.

2.2. ESTADO DA ARTE NO DOMINIO DA SATISFAÇÃO EM SAÚDE

Os estudos sobre a satisfação dos utentes, podem servir para melhorar a imagem que os utentes possam vir a ter dos profissionais e instituições, mas eles servem essencialmente para fundamentar a implementação de mudanças na organização, nas estratégias adequadas, que permitam responder em geral, aos desejos, expectativas e necessidades em saúde, das populações. Neste sentido, o nível de satisfação dos utentes é sem dúvida um indicador essencial na avaliação da qualidade dos cuidados de saúde.

Ferreira (1991) refere que houve um aumento das expectativas dos doentes relativamente à cura das doenças e deve-se sobretudo aos seguintes aspectos: actualmente trocaram-se doenças agudas e ameaçadoras de morte, no início da vida, por doenças crónicas e limitadoras da

actividade normal nos anos terminais, vive-se hoje mais do que à alguns anos atrás, os profissionais de saúde procuram diminuir ou eliminar a disfunção e melhorar a capacidade dos doentes viverem com doenças crónicas; um outro aspecto prende-se com a crescente consciencialização da população relativamente a sintomas e sensações das doenças e as pessoas dispensam mais atenção à alimentação, dieta e à perda de peso. Contudo alguns autores (Miller *et al.*, 1981, Pennebaker, 1982, *cit. in* Ferreira 1991: 161), referem “que quanto maior é a atenção que prestamos ao nosso corpo e à nossa saúde, menor é a sensação de bem-estar físico e emocional. Temos hoje tendência para nos preocuparmos com sintomas que até há pouco ignorávamos.” Finalmente a progressiva medicalização do dia a dia vem aumentar as expectativas, as limitações físicas e os sintomas são encaradas de forma mais negativa do que era costume.

Em Portugal Ferreira, Raposo e Godinho (2005), realizaram um estudo intitulado “A voz dos utilizadores dos Centros de Saúde” o qual tem sido referenciado em vários trabalhos de satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários, pois para além de ser pioneiro, também foi de âmbito nacional e realizado pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC). A amostra é de 11166 utentes, sendo estes na sua maioria (65,9%) do Sexo feminino e apenas 34,1% do Sexo masculino. Relativamente à Idade encontrou-se uma população envelhecida com 40,8% de utentes inseridos no grupo “65 ou mais anos”, sendo seguido pelo grupo etário dos “45 aos 64 anos” (31,1%). Aqueles que apresentam menor percentagem são os grupos “< a 25 anos” e “24 a 44 anos” (5,8% e 22,3%, respectivamente). O referido estudo faz referência a alguns indicadores: indicadores-chave EUROPEP e indicadores das áreas específicas. Numa perspectiva de tornarmos mais esclarecedor e complementar os dados do citado estudo, decidimos apresentar os resultados do mesmo em anexo (Anexo I), já que entendemos serem pertinentes para a discussão com os do nosso estudo (CEISUC, 2005).

No estudo intitulado “A Voz dos Utilizadores dos Centros de Saúde” apresenta dados referentes aos concelhos pertencentes ao distrito de Viseu, a amostra de utentes inquiridos foi de 733. A maioria destes, ou seja, 32,8% classifica o conforto do CS como “Razoável” assim como o horário de atendimento do médico de família (39,9%). Face à instituição em si, os utentes consideram que a limpeza desta é classificada como “Boa” (35,3%). Relativamente à rapidez de atendimento, estes consideram-na como sendo “Má”, com uma percentagem de 38,2% (Ferreira, Raposo and Godinho, 2005).

Quanto à competência, cortesia e carinho do pessoal médico e administrativo, os utentes classificam-na como sendo “Razoável” (35,0% e 35,2%, respectivamente). No entanto, o

peçoal de enfermagem é avaliado com “Boa” (35,8%). Contudo, os três grupos profissionais obtiveram classificação “Razoável” relativamente à pontualidade com os respectivos valores 33,5%, 36,9% e 40,5%.

Os utentes manifestam ter “Má” liberdade de escolha do seu profissional de saúde (44,4%); também os serviços ao domicílio fornecidos pelo CS foram avaliados de igual forma (35,5%).

Citando o mesmo estudo sobre a Sub-região de Saúde de Viseu, os utentes consideram a forma como os profissionais dos CS se interessam pelos seus problemas de saúde como “Razoável” (40,1%) assim como o respeito com que o utente considera ter sido tratado e a manutenção da sua privacidade (40,9%).

Maioritariamente (75,4%) os utentes marcam uma consulta no CS por iniciativa própria, sendo que a forma de o fazer é deslocando-se ao mesmo (42,4%). Quando há alguma alteração em relação à data e hora da consulta, a grande parte dos utentes (77,1%) diz-se não informado.

Na sua generalidade, os utentes não têm facilidade em marcar uma consulta para a hora que mais lhe convém (52,2%).

O tempo de espera para além da hora da marcação da consulta situa-se no intervalo de uma a duas horas (32,6%), sendo que o tempo total passado no CS situa-se no mesmo intervalo (34,3%).

Porém outros estudos têm sido realizados no território nacional, centrando-se em várias dimensões subjacentes à satisfação com os cuidados de saúde. Um estudo realizado em 2004 pelo Ministério da Saúde apresentou os seguintes resultados: quanto à dimensão *qualidade geral das instalações do CS*, cerca de 67% dos utentes manifestaram estar “Satisfeitos ou Muito Satisfeitos”. No que respeita à limpeza geral do CS, aproximadamente 82% dos utentes mostraram-se “Satisfeitos ou Muito Satisfeitos”. Reportando-nos agora ao atendimento telefónico, cerca de 48% dos utentes responderam estar “Satisfeitos ou Muito Satisfeitos” com este, predominando os utentes com idades compreendidas entre os 15-25 anos. Mostraram-se, por sua vez “Insatisfeitos” 32% dos utentes questionados com idades compreendidas entre os 46-59 anos. No que concerne à amabilidade e disponibilidade dos administrativos, cerca de 67% dos utentes encontravam-se “Satisfeitos ou Muito Satisfeitos”. Por sua vez, em relação aos médicos, cerca de 86% dos utentes estavam “Satisfeitos ou Muito Satisfeitos” no que diz respeito a este item. Por fim, 69% dos utentes manifestaram-se “Satisfeitos ou Muito Satisfeitos” com o enfermeiro. Aproximadamente 60% dos utentes considerava-se “Satisfeitos ou Muito Satisfeitos” quanto à competência e eficácia dos administrativos. O mesmo item é avaliado para a classe profissional médica e de enfermagem, sendo que 85% e 67%

respectivamente, dos utentes estavam “Satisfeitos ou Muito Satisfeitos” (Ministério da Saúde, 2004).

Outro estudo realizado pela entidade de investigação (CEISUC), reporta-se a uma amostra de 915 utentes dos CS da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA), Entidade Pública Empresarial (EPE). Um dos parâmetros avaliados é a Relação e Comunicação. Este é avaliado com base no tempo para cuidar, humanidade, envolvimento dos utentes e confidencialidade do processo, sendo que, de um modo geral, os utentes se apresentam “Bastante Satisfeitos” (45,8%). Também “Bastante Satisfeitos” (46,6%) encontram-se os utentes, no que concerne aos Cuidados Médicos que foram avaliados quanto à efectividade e competência/precisão. No referente ao tipo de Informação e Apoio/aconselhamento prestados ao utente, a maior percentagem (45,4%) é para o item “Bastante Satisfeito” (Ferreira, 2009).

Ainda o supracitado estudo refere que quanto à Continuidade (conhecimento que o médico tem sobre o que foi feito e dito em consultas anteriores) e Cooperação entre prestadores (preparação sobre o que esperar dos especialistas e dos cuidados hospitalares) mais uma vez os utentes consideram-se “Bastante Satisfeitos” (44,7%). A Organização dos serviços mantém a apreciação anterior, apresentando-se os utentes “Bastante Satisfeitos” (41,1%), sendo que foram avaliadas não só a acessibilidade e espera, como, também, o apoio geral prestado. No que respeita à Oferta de outros serviços são avaliados três parâmetros: serviços ao domicílio, resposta a necessidades especiais e contacto para prevenção, sendo que os utentes se mostram “Bastante Satisfeitos” (48,3%). De igual modo, “Bastante Satisfeitos” mostram-se os utentes no que concerne à rapidez de atendimento, respeito e liberdade de escolha (45,5%).

O mesmo estudo avaliou também o conforto, a limpeza e horário das instalações do CS, tendo-se obtido, respectivamente, as percentagens de 45,8%, 52,4% e 36,5%, enquadrando-se todas no patamar de “Bastante Satisfeito”.

Num estudo que teve como população-alvo os utentes dos centros de saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo, realizado com uma amostra de 4000 utentes, em 2001, a maioria desta era constituída por mulheres (62%), sendo a idade média de 47 anos, aproximadamente. Metade da amostra tinha uma escolaridade igual ou inferior ao ensino básico (50%), sendo que destes 6% “Não sabiam ler nem escrever”. As doenças mais referidas pelos utentes foram as osteo-articulares, seguidas da hipertensão arterial e das enxaquecas e outras dores de cabeça crónicas e fortes. As menos referidas foram os acidentes vasculares cerebrais e as doenças malignas. Em termos de intenções, 78% dos utentes não vêm qualquer necessidade de mudarem de médico de família (Ferreira *et al.*, 2001).

Ainda o mesmo estudo, descreve no que se refere ao indicador Relação e Comunicação, uma tendência de resposta dos utentes para o “Muito Boa”, o mesmo sucede para o indicador Cuidados Médicos. No entanto, no que respeita à Informação e Apoio, a maioria dos utentes respondeu “Excelente”. O indicador Continuidade e Cooperação é classificado pela maioria dos utentes como “Boa” enquanto a Organização dos Serviços é tida na sua maioria como “Muito Boa”. Fazendo uma análise global de todos os indicadores avaliados, estes são classificados como “Excelentes”.

Lobo (2008), no seu estudo sobre satisfação dos utentes, concluiu que 90% dos utentes estavam “Insatisfeitos” com a Organização dos Serviços e 56% com o indicador Relação e Comunicação.

Num estudo realizado por Ferreira e Antunes (2009), abrangendo 146 USF’s (12713 utentes questionados) verifica-se que mais de metade da amostra (67,5%) é constituída por pessoas do sexo feminino. A maioria dos utentes situa-se entre os 35 e 44 anos (21%). No que toca ao grau de escolaridade, 26% dos utentes concluíram o primeiro ciclo do Ensino Básico, seguidos daqueles que concluíram o Ensino Secundário com 20%. Quando questionados se era a sua primeira consulta naquela USF, 94,9% dos utentes respondeu “Não”. No que concerne ao indicador Relação e Comunicação, de um modo geral, os utentes encontravam-se “Satisfeitos”, sendo que o mesmo se verifica para os restantes indicadores.

O estudo anterior no que concerne ao indicador Relação e Comunicação que é composto por várias questões, de entre elas salientam-se: tempo dedicado a si pelo pessoal de enfermagem, classificado por 48,4% dos inquiridos como “Satisfeito”, assim como, forma como foi envolvido nas decisões sobre os cuidados (47,3%); facilidade com que se sentiu à vontade para contar os problemas ao médico, classificada como “Muito Satisfeito” (49,1%); forma como o médico o ouviu e confidencialidade do processo foram classificadas como “Muito Satisfeitos” (50,9% e 52,0%, respectivamente). Dentro do indicador Cuidados Médicos encontram-se várias questões. No que diz respeito à efectividade, mais concretamente ao alívio rápido dos seus sintomas e à ajuda para se sentir suficientemente bem nas suas tarefas diárias, estes são classificados como “Satisfeito” (50,0% e 50,2%, respectivamente), à excepção da oferta de serviços da prevenção de doenças que é classificada como “Muito Satisfeito” (44,6%). Direcção-nos agora para a competência e precisão, a atenção dispensada e o exame que o médico lhe fez encontram-se no patamar do “Satisfeito” (44,6% e 44,5%, respectivamente).

O mesmo estudo em relação aos quatro itens que compõem o indicador Informação e Apoio (explicação dos objectivos dos exames e tratamentos, informação sobre os seus sintomas e

doenças, ajuda que recebeu para enfrentar problemas emocionais e apoio para compreender a importância de seguir os conselhos médicos), a maioria dos utentes referiram encontrar-se “Satisfeito” com os mesmos No indicador Continuidade e Cooperação, o conhecimento que o médico tem sobre o que foi feito e dito nas consultas anteriores é referido como “Muito Satisfeito” (44,5%) e a preparação sobre o que esperar de especialistas e cuidados hospitalares como “Satisfeito” (42,5%). No que se refere à Acessibilidade e espera, a facilidade em marcar uma consulta (42,5%), facilidade em falar pelo telefone para a USF (41,4%), possibilidade de falar pelo telefone com o médico de família (37,2%) e rapidez com que os problemas agudos foram resolvidos (46,6%) foram classificados como “Satisfeitos”. Em relação à oferta de outros serviços, mais propriamente aos serviços fornecidos ao domicílio, 36,7% classificam como “Satisfeito”.

O estudo supra citado referencia a competência, cortesia e carinho das três classes profissionais (médicos, enfermeiros e administrativos), todas elas foram classificadas como “Muito Satisfeito” (49,8%, 50,6% e 44,3%, respectivamente). Relativamente à pontualidade destas três classes, os utentes questionados classificam como “Satisfeito” (45,4%). No que respeita às Instalações, o conforto e horário de atendimento são classificados em “Satisfeito” (45,4% e 46,1%, respectivamente), sendo que a limpeza é avaliada em “Muito Satisfeito” para 47,7% dos inquiridos.

O estudo sobre Satisfação dos Utentes realizado no Hospital do Espírito Santo de Évora EPE incluiu uma amostra de 366 utentes. Quanto aos indicadores em estudo, no que diz respeito ao tempo de espera pela consulta, este foi considerado superior a um mês para a maioria dos utentes, sendo que apenas 37,04% destes esperou menos tempo e 62,96% esperou mais do que um mês. O tempo que os utentes esperam pelo médico no momento da consulta é para a maioria dos utentes superior a 60 minutos (37,89% dos casos). Relativamente à avaliação do pessoal prestador de serviços, no caso dos médicos, 4,63% dos questionados indicam um mau desempenho enquanto a maioria (53,70%) apontam um desempenho positivo. No que se refere às funções dos médicos, 60,64% dos inquiridos avaliam como “Bom” e 10,64% como “Muito bom”. No que diz respeito à simpatia cortesia e disponibilidade destes profissionais, 50,00% dos utentes consideram-na como “Bom”. A classe de enfermagem é classificada com “Bom” em relação à informação clínica prestada por 57,80% dos inquiridos assim como pelo desempenho das suas funções com 58,76%. Quanto à simpatia e disponibilidade dos enfermeiros, 57,58% dos utentes inferem uma avaliação positiva (Silva *et al.*, 2007).

De seguida mencionaremos outros estudos internacionais relativos à satisfação dos utentes utilizando o mesmo instrumento (Europep).

Esch, Marian, Busato, e Heusser, (2008) no estudo realizado na Suíça, com o título “Patient satisfaction with primary care: an observational study comparing anthroposophic and conventional care” os pacientes da medicina não convencional referem ser mais ouvidos pelos seus médicos (80,0% vs 67,1%, $p < 0,001$), referem que os seus médicos estiveram mais tempo com eles (76,5% vs 61,7%, $p < 0,001$), mencionam que os seus médicos tinham mais interesse na sua situação pessoal (74,6% vs 60,3%, $p < 0,001$), referiram também que os seus médicos os envolveram mais nas decisões sobre os cuidados médicos (67,8% vs 58,4%, $p = 0,022$), constatou-se que é mais fácil informar o médico sobre os seus problemas (71,6% vs 62,9%, $p = 0,023$). Estes pacientes da medicina não convencional evidenciaram scores significativamente melhores na dimensão “*informação e apoio*” (70,4% vs 56,5%, $p < 0,001$).

Wensing, Hermsen, Grol, e Szecsenyi, (2008), no estudo “Patient evaluations of accessibility and co-ordination in general practice in Europe”. O estudo foi baseado em dados do estudo europeu realizado em 10 países no ano de 2004 e foi maioritariamente constituído por uma amostra feminina (62%) com uma idade média de 50 anos, chegaram à conclusão que: a) em geral, os pacientes fizeram avaliações positivas aos cuidados de clínica geral; b) as prioridades dos pacientes sobre a “acessibilidade, consulta e marcação” mostraram variar com as características destes, tais como idade, sexo, educação e saúde.

Kronemana, Maarse, e Van der Zee (2006), com o estudo “Direct access in primary care and patient satisfaction: a European study”, realizado em 18 países europeus (“antigos” países da União Europeia mais Noruega, Islândia e Suíça). O estudo contextualiza a relação entre a satisfação do paciente com a “acessibilidade” ao médico nos diferentes países europeus, concluíram que: a) os pacientes mostram maior satisfação, quanto mais acessíveis estiverem os médicos (r de Pearson = 0,54, $p = 0,05$); b) nos países onde é o acesso é mais dificultado os utentes inquiridos mostraram menor satisfação do que os utentes dos países com “acesso directo”; c) a satisfação dos utentes com a comunicação médico-paciente (r de Pearson = 0,46, $p = 0,10$) e conteúdo técnico dos cuidados médicos (r de Pearson = 0,41, $p = 0,14$) não foram significativamente influenciados pela acessibilidade directa; d) a satisfação dos utentes com os aspectos da organização dos serviços médicos apresentou uma correlação significativa com a acessibilidade directa (Pearson $r = 0,67$, $p = 0,01$).

Kirschner, Braspenning, Maassen, Bonte, Burgers and Grol (2010), com recurso a um estudo realizado a uma amostra de utentes no sul da Holanda “Improving access to primary

care: the impact of a quality-improvement strategy” constatou que muitos utentes com problemas não estão satisfeitos com a “acessibilidade e disponibilidade” e gostariam de ver melhorias.

Fica expresso a pertinência destes estudos e tanto em contexto nacional como internacional, os estudos realizados e analisados acerca da satisfação dos utentes têm permitido documentar as suas experiências com os serviços de saúde e com os resultados dos cuidados prestados, demonstrando que os utentes estão satisfeitos, com os profissionais e insatisfeitos com a organização dos serviços de saúde, em especial com os tempos de espera, contudo o interior do território nacional é onde existe a maior lacuna em número de estudos, daí mais uma vez acharmos a pertinência do nosso estudo cujos dados apresentamos no capítulo seguinte.

PARTE II

Investigação Empírica

1. CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

- DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS
 - OBJECTIVOS
 - METODOLOGIA
- DESENHO DA INVESTIGAÇÃO
- AMOSTRA INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS
 - PROCEDIMENTOS

2. ANÁLISE DOS RESULTADOS

- ANÁLISE DESCRITIVA
- ANÁLISE INFERENCIAL

3. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

- DISCUSSÃO DE RESULTADOS
 - CONCLUSÕES

1. CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Após a realização da fundamentação teórica essencial para enquadrar e contextualizar a temática em estudo passamos a abordar a parte da investigação empírica tornando-se necessário aportar na fase da conceptualização da investigação empírica onde se encontra a delimitação do problema e definição das variáveis, objectivos, metodologia, desenho da investigação, amostra, instrumento de colheita de dados e procedimentos.

1.1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

A ideia de que a satisfação é difícil de operacionalizar é consensual, dada a sua natureza multidimensional. São múltiplos os factores que podem influenciar o grau de satisfação dos sujeitos. Cada utente é um ser único, que tem opinião própria alicerçada em valores, referências e expectativas, que dependem da cultura, tradição e da sociedade onde está inserido. Os utentes têm uma experiência de vida, uma cultura, uma heterogeneidade e referências que constroem diferentes expectativas, e, conseqüentemente, criam diferentes necessidades de prestação de cuidados (Jorge and Simões, 1995).

A satisfação do utente opera como um indicador de qualidade, na medida em que reflecte a visão dos utilizadores, tanto sobre as características do processo a que foram alvo, como acerca da conformidade dos resultados com as suas expectativas.

Desde há muito que o debate em torno da prestação de cuidados de saúde tem vindo a realizar-se, sendo recentemente motivo de crescente interesse a discussão de dois dos seus aspectos, nomeadamente os custos e a satisfação com os serviços.

Todos os serviços procuram desenvolver e manter um acesso fácil aos utentes que os procuram, dado que estes referem-se à acessibilidade como um índice de qualidade e um motivo de satisfação.

A reorganização dos actuais Centros de Saúde, apoiam-se em princípios e orientações que garantam aos cidadãos, uma boa acessibilidade, continuidade e qualidade de cuidados. Neste processo de reestruturação e por uma questão de proximidade e facilidade em realizar o estudo e ainda pelo facto do investigador trabalhar nesta área, consideramos pertinente o estudo, no sentido de obter respostas que possam levar a implementação de melhorias.

As reformas a decorrer no Sistema de saúde, sobretudo na área dos cuidados de saúde primários, têm em vista a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. A opinião do utente relativamente aos mesmos é vista como agente de mudança para a melhoria.

A opinião do utente sobre os serviços de saúde é indispensável para monitorizar a qualidade destes, identificar e corrigir problemas, criar novas expectativas em relação aos cuidados e, finalmente, para melhorar a organização e reorganizar os serviços de saúde (Santos, 1993).

Relação e Comunicação, Cuidados Médicos, Informação e Apoio, Continuidade e Cooperação, Organização dos Serviços e Áreas Específicas são os aspectos preponderantes a ter em conta sempre que se aborda esta temática.

Por todas estas razões é preciso ouvir as pessoas. Saber o que sentem, o que pensam e porquê, aquilo que preferem e por que razão. É, no entanto, igualmente importante, fazer bom uso daquilo que se vai aprendendo com os pontos de vista, as percepções e as escolhas do cidadão (Sakellarides, 2003).

Tendo por base o contexto anteriormente descrito e as sugestões recebidas de alguns investigadores fomos levados a colocar a seguinte questão: *“Como se caracteriza a satisfação dos utentes de uma Unidade de Saúde do Interior Centro de Portugal e quais os seus principais determinantes?”*

Como variáveis sócio-demográficas estudámos:

- Idade
- Sexo
- Estado civil
- Área de Residência
- Habilitações Literárias

Estado de Saúde

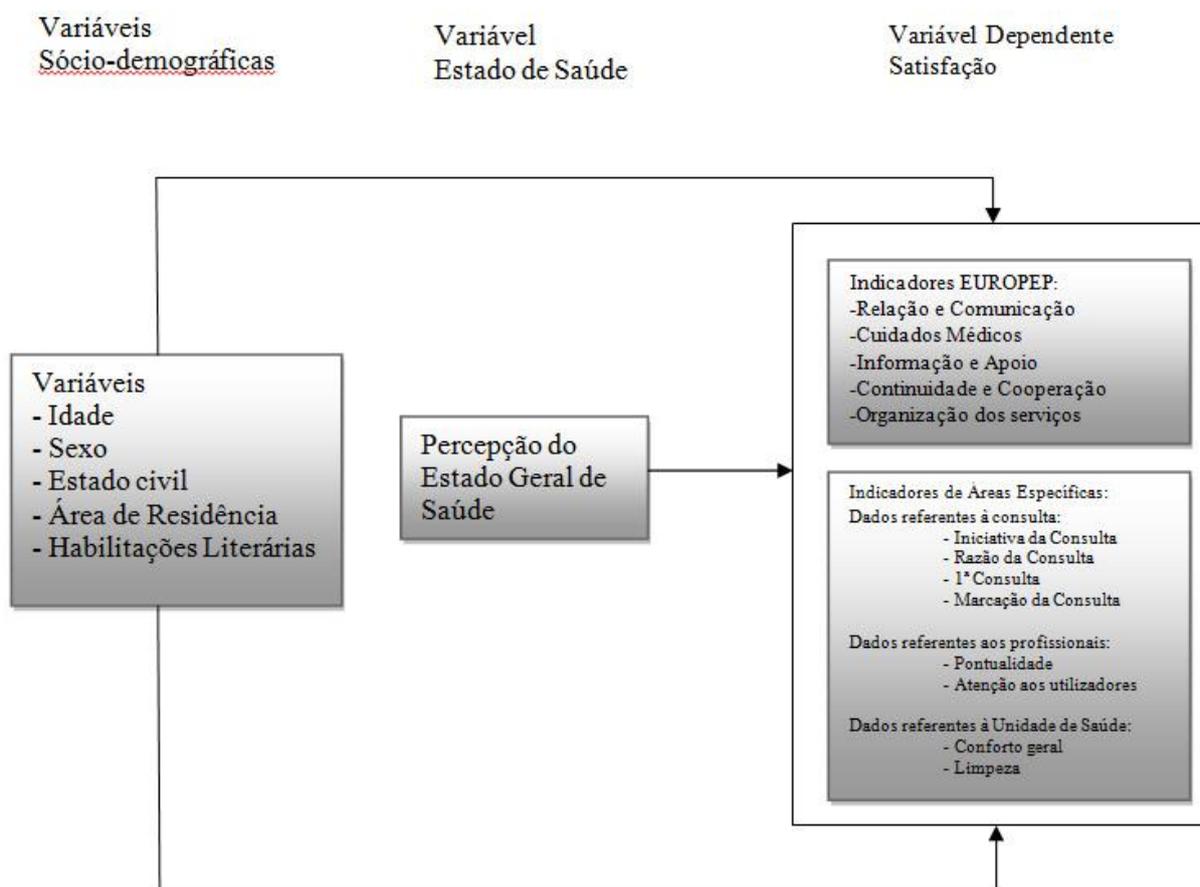
- Percepção do Estado Geral de Saúde;

Todas as variáveis, anteriormente descritas, foram consideradas variáveis independentes, tendo-se considerado como variável dependente a Satisfação dos Utentes, a qual integra um conjunto de dimensões relacionadas com:

- Relação e Comunicação;
- Cuidados Médicos;
- Informação e Apoio;
- Continuidade e Cooperação;
- Organização dos serviços;
- Áreas Específicas.

A articulação das variáveis estudadas é apresentada de forma esquematizada no modelo conceptual representado na Figura 1.

Figura 1 – Modelo conceptual da relação entre as variáveis estudadas na investigação empírica



1.2. OBJECTIVOS

O objectivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação (Fortin, 2009). Neste pressuposto, tendo presente o anteriormente exposto, referimos que a investigação será orientada segundo a matriz operativa dos seguintes quatro *objectivos gerais*:

- o *primeiro* propõe-se avaliar a satisfação dos utentes de uma Unidade de Saúde do Interior Centro de Portugal, de acordo com os indicadores EUROPEP;

- o *segundo* objectivo, visa conhecer as diferenças entre os grupos susceptíveis de se formar com a população do estudo;
- o *terceiro* objectivo, visa determinar a influência de um conjunto de variáveis de contexto sócio-demográfico e de natureza biopsicológica sobre a satisfação dos utentes;
- o *último* grande objectivo, visa contribuir para a reflexão sobre os indicadores inerentes à satisfação dos utentes, numa lógica de produção de conhecimento que favoreça a promoção de intervenções potenciadoras de ganhos em saúde, pautados por níveis de satisfação plena dos utentes que recorrem ao SNS Português.

Pretendeu-se analisar até que ponto os resultados encontrados na amostra se aproximam dos obtidos noutros estudos, em que o objecto privilegiado se centra na identificação de variáveis (de contexto sócio demográfico e do domínio da percepção do estado de saúde) que se associam á satisfação dos utentes (Wensing, 2002; Ferreira, Raposo and Godinho, 2005).

Num âmbito mais geral, o objectivo central do presente estudo poderá situar-se na procura de uma melhor compreensão dos determinantes da satisfação, bem como da organização dos serviços de saúde. Com efeito, se forem encontradas bases empíricas que traduzam importantes relações entre os constructos estudados, haverá que tê-las em conta na implementação de estratégias correctivas no serviço nacional de saúde.

Salientamos igualmente que a descrição dos objectivos anteriormente apresentada permite pensar que as *variáveis em estudo* foram, em grande parte, os factores dos instrumentos utilizados. Por conseguinte, a definição operacional destas variáveis coincide com a descrição funcional desses mesmos factores (referidos também como dimensões, conteúdos ou sub-escalas) tal como é apresentada na interpretação que deles é feita, quando nos centrarmos no estudo dos instrumentos utilizados (ponto 1.3.3).

1.3. METODOLOGIA

Partindo do pressuposto que a selecção do instrumental metodológico deve adequar-se ao problema a ser estudado, à natureza dos fenómenos, ao objecto da pesquisa, às hipóteses levantadas e, ainda, à equipa humana e outros elementos que possam surgir no campo da investigação (Lakatos e Marconi, 1996), este sub-capítulo terá como finalidade descrever o planeamento metodológico necessário ao desenvolvimento da nossa pesquisa.

1.3.1. Desenho da investigação

De forma a encontrar-mos resposta á questão de investigação formulada, conceptualizámos um estudo transversal de natureza quantitativa e procedemos a uma pesquisa que obedece a um desenho característico de um *estudo não experimental* (Pedhazur and Schmelkin, 1991), também designado por *estudo pós-facto* (Kiess and Bloomquist, 1985), *estudo de observação passiva* (Cook and Campbell, 1979,) ou *estudo correlacional e de observação* (Gil, 1995), dado que no estudo não há manipulação de variáveis independentes e com ele se pretende efectuar a descrição das características da amostra, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis.

1.3.2. Amostra

A população é um conjunto de elementos que têm características em comum. O elemento é a unidade de base da população junto da qual a informação é recolhida. A definição da população e dos elementos que a compõem é fundamental para a amostragem. Geralmente, existe alguma dificuldade em estudar a população na sua totalidade, por isso, recorre-se a uma amostra (Fortin, 2009). A amostra é composta por uma fracção (representativa) da população sobre a qual se irá realizar o estudo. A utilização de uma amostra comporta certas vantagens no plano prático, no entanto, é necessário que a amostra represente fielmente a população em estudo (Fortin, 2009).

Para a selecção da referida amostra optamos pelo método de amostragem não probabilístico e acidental. A amostragem não probabilística consiste em tomar uma amostra na qual se encontrem características conhecidas na população (Fortin, 2009). A amostra acidental ou de conveniência consiste em seleccionar indivíduos, pelo facto da sua presença num local determinado e num preciso momento. Constitui-se a amostra à medida que os indivíduos se apresentam até que o número desejado seja atingido (Fortin, 2009).

Entende-se por critérios de inclusão características essenciais dos elementos da amostra. Através de determinados critérios é feita uma selecção das características que se pretendem encontrar na nossa amostra, isto com o objectivo de a tornar o mais homogénea possível (Fortin, 2009).

No presente estudo definimos como critérios de inclusão:

- Idade igual ou superior a 16 anos;
- Pertencer à Unidade de Saúde do Concelho de Tarouca;
- Ter recorrido ao Centro de Saúde pelo menos uma vez nos últimos 12 meses;
- Estar inscrito no Centro de Saúde;
- Não ter mudado de equipa de saúde nos últimos 12 meses.

No presente estudo, a amostra ficou constituída por 419 utentes, todos eles inscritos na Unidade de Saúde do Concelho de Tarouca, valor este que segundo dados da própria unidade de saúde, representa cerca de 5,00% da população total inscrita na citada unidade, estimada em 8400. A amostra na sua maioria é do sexo feminino (58.0%) e a idade dos 419 elementos da amostra total oscila entre um mínimo de 17 anos e um máximo de 77 anos, correspondendo-lhe uma média de 39.40 anos.

1.3.3. Instrumento de colheita de dados

A recolha de dados foi processada com recurso a um instrumento de colheita de dados sob a forma de questionário auto-preenchido pelos utentes (Anexo II), o qual integra uma pequena contextualização do estudo, suas finalidades e objectivos. Estão igualmente salientados aspectos como o anonimato e a confidencialidade dos dados.

O questionário EUROPEP é um instrumento padronizado de medição das avaliações feitas pelos utentes sobre os CSP, focando a avaliação de aspectos específicos do cuidar. Desde a sua concepção que este tem sido usado em vários projectos locais, regionais e nacionais (Wensing, 2006).

O instrumento EUROPEP resultou de um estudo que começou a ser desenvolvido em 1995. Foi liderado por Michel Wensing e teve o apoio da União Europeia, foi sediado no *Center for Quality of Care Research*, da Universidade de Nijmegen, na Holanda. Contou com investigadores de oito países (Alemanha, Dinamarca, Holanda, Israel, Noruega, Portugal, Reino Unido e Suécia) por último juntaram-se mais oito países (Áustria, Bélgica, Eslovénia, Espanha, Finlândia, França Islândia e Suíça). Portugal participou neste grupo europeu através do CEISUC e da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, entidades responsáveis pela criação, teste e validação da versão portuguesa (Ferreira, Raposo and Godinho, 2005; Wensing, 2006).

O projecto teve como objectivos:

- o desenvolvimento de um instrumento de medição da satisfação dos utilizadores dos CSP;
- fornecer informação útil para a administração e governação em saúde e para os grupos dos cidadãos organizados e interessados numa melhor prestação de cuidados de saúde;
- colher opiniões dos utentes sobre os cuidados de saúde primários;
- avaliar a percepção que os cidadãos utentes dos centros de saúde têm relativamente aos cuidados prestados.

As questões que compõem o nosso instrumento de colheita de dados são pertencentes ao instrumento de medição EUROPEP.

O instrumento de recolha de dados é constituído por 4 partes, sendo que na primeira parte (secção A) integra 7 questões acerca dos dados sócio-demográficos e uma de dados escolares dos utentes. Na segunda parte (secção B) integra o questionário referente à “**última visita ao centro de saúde**”, com 4 questões. Na terceira parte (secção C) procede-se à avaliação da satisfação dos utentes através do questionário de medição EUROPEP. A quarta parte (secção D) integra uma questão referente à auto-avaliação do estado de saúde cuja possibilidade de resposta pode ser “Excelente / óptima”, “Muito boa”, “Boa”, “Razoável” e “Má”.

A informação respeitante aos utentes inclui dados sócio demográficos (Idade, Sexo, Estado Civil, Habilitações literárias), dados de saúde (Estado geral de Saúde), sobre quem preencheu o questionário ou se teve auxílio de alguém para o seu preenchimento.

Em relação aos Indicadores-chave EUROPEP: Relação e Comunicação, Cuidados Médicos, Informação e Apoio, Continuidade e Cooperação, Organização dos Serviços e Satisfação Global Europep estes são obtidos através de 23 perguntas (cf. Quadro 1) em que para todas as perguntas utilizamos escalas de Likert de um (má qualidade) a cinco (excelente qualidade) mais uma categoria prevendo situações em que a pergunta não se aplica ou não é considerada relevante (“Não Aplicável/Não Relevante”) para a situação específica de cada utente e na análise referente a estas questões não são contabilizadas as respostas “Não Aplicável/Não Relevante”, tendo sido estas transformadas em *missing value*, no sentido de não interferir no somatório dos scores e/ou médias finais (Ferreira, Raposo and Godinho, 2005).

Os índices são calculados através de médias, após uma conversão de todas as respostas para uma escala de 0 a 100, em que 0 corresponde à pior qualidade e satisfação possíveis e 100 às melhores imagináveis. Será também construído um índice de satisfação global, incluindo as respostas a todas as 23 perguntas. Esta operacionalização e cálculo são efectuados do mesmo modo como os autores referidos anteriormente efectuaram.

Quadro 1 – Indicadores-chave EUROPEP

Relação e Comunicação
Fazê-lo/a sentir que tinha tempo suficiente durante as consultas Interesse nos seus problemas de saúde Facilidade com que se sentiu à vontade para contar os seus problemas ao médico Forma como foi envolvido/a nas decisões sobre os cuidados que o médico lhe prestou Forma como o médico o/a ouviu Confidencialidade da informação sobre o seu processo
Cuidados Médicos
Alívio rápido dos seus sintomas Ajuda a sentir-se suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias Atenção dispensada Exame que o médico lhe fez Oferta de serviços de prevenção de doenças (por exemplo, rastreio, check-ups e vacinas)
Informação e Apoio
Explicação detalhada dos objectivos dos exames e dos tratamentos prescritos Informações sobre o que quer saber dos seus sintomas e da sua doença Ajuda a enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde Encorajamento para compreender a importância de seguir os seus conselhos
Continuidade e Cooperação
Conhecimentos sobre o que ele fez e disse em consultas anteriores A preparação sobre o que esperar de especialistas e dos cuidados hospitalares
Organização dos serviços
Apoio do pessoal deste CS, além dos médicos Facilidade em marcar uma consulta que me sirva no CS Facilidade em falar pelo telefone para o CS Facilidade em falar pelo telefone com o médico de família Tempo que esperou na sala de espera Rapidez com que os problemas urgentes foram resolvidos

O primeiro grupo é constituído pelos indicadores-chave EUROPEP (Relação e Comunicação; Cuidados Médicos; Informação e Apoio; Continuidade e Cooperação e Organização dos Serviços); o segundo grupo é constituído por indicadores de áreas específicas de satisfação (Consulta, marcação e acessibilidade; Profissionais e Condições do CS e serviços prestados).

O grupo de indicadores das áreas específicas engloba todas as perguntas referentes à experiência e à avaliação da qualidade dos serviços e dos cuidados prestados sob o ponto de vista dos utentes da Unidade de Saúde (cf. Quadro 2). Para as perguntas fechadas utilizamos escalas de Likert, variando a escala de um a cinco, em que um corresponde a “Má”, dois a “Razoável”, três a “Boa”, quatro a “Muito Boa” e cinco a “Excelente. Existe a possibilidade de resposta “Não aplicável/Não relevante” à qual é atribuído o número seis (Ferreira, Raposo and Godinho, 2005).

Quadro 2 – Indicadores de áreas específicas de satisfação

Consulta, Marcação e Acessibilidade
Principal objectivo da consulta
Primeira consulta no CS
Dias que decorreram entre o dia em que marcou a consulta e o dia desta
Consulta marcada para uma hora que lhe deu jeito
Forma de marcação da consulta
Informação sobre a possibilidade de alterar a data ou a hora da consulta
Tempo de espera no CS para além da hora marcada
Informação e explicação sobre a espera
Total de tempo passado no CS
Meio de transporte utilizado na deslocação ao CS
Profissionais
Horário de atendimento do médico de família
Pontualidade dos profissionais
Competência, cortesia e carinho do pessoal médico, de enfermagem e administrativo
Preocupação do pessoal do CS com a saúde do utente
Condições do CS e serviços prestados
Oferta de serviços ao domicílio
Conforto geral do CS
Limpeza do CS

Antes de iniciar o tratamento dos dados obtidos, alguns destes foram agrupados em grupos de coorte, havendo igualmente a necessidade de recodificar algumas questões, no sentido de lhes atribuir igual ponderação.

De realçar que os vários grupos de coorte criados são os mesmos que os utilizados por Ferreira, Raposo e Godinho (2005) no estudo “A voz dos utilizadores dos Centros de Saúde”, isto com o objectivo de permitir a comparação dos resultados obtidos no nosso estudo e os obtidos no estudo destes.

Os dados foram inseridos numa base de dados informatizada tendo-se posteriormente procedido ao seu tratamento estatístico.

1.4. PROCEDIMENTOS

Com vista a obter autorização superior para a administração do instrumento de avaliação, contactou-se inicialmente a Direcção do Centro de Saúde, foi explicitado o objectivo do estudo, apresentado o instrumento de avaliação e solicitada colaboração para a concretização da investigação.

No período de 5 de Maio a 21 de Maio de 2011, procedeu-se à aplicação dos instrumentos, em situação de ambiente natural (Unidade de Saúde), à amostra atrás descrita. A participação foi voluntária, sendo estabelecido, *à priori*, a garantia da confidencialidade dos dados pessoais, referindo-se que todos os dados iriam ser trabalhados e tratados como números, e que os mesmos seriam facultados aos interessados.

Os questionários por nós recolhidos foram 419, sendo 89.5% preenchidos pelo próprio e 10.5% por outro ou com auxílio de outro. Em relação ao preenchimento do questionário pelo próprio, 93.2% dos homens e 86.8% das mulheres efectuaram-no, mas recorreram a ajuda para preenchimento do questionário, 6.8% dos homens e 13.2% das mulheres.

No domínio dos procedimentos estatísticos, salvaguardamos, numa primeira análise, que o tratamento do nosso estudo será processado através do recurso à estatística descritiva e da estatística inferencial.

A estatística descritiva permite estruturar a informação numérica de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra, por isso determinaram-se:

- **Frequências:**
 - Absolutas (n)
 - Percentuais (%)
- **Medidas de tendência central:**
 - Médias (\bar{x})
 - Medianas (Md)
- **Medidas de dispersão ou variabilidade:**
 - Desvios padrão (Dp)
 - Coeficientes de variação (CV)

O **coeficiente de variação** permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados serem interpretados do seguinte modo (PESTANA e GAGEIRO, 2005):

$CV \leq 15\%$ – Dispersão fraca;

$15\% < CV \leq 30\%$ – Dispersão média;

$CV > 30\%$ – Dispersão elevada.

- **Medidas de simetria e achatamento:**

Para as medidas de simetria (Skewness) e de achatamento (Kurtosis), Pestana e Gageiro (2005) consideraram os seguintes valores de referência:

Desta forma, para $p = 0,05$ uma distribuição é:

- * Simétrica – quando “ $[\text{Skewness}/\text{std}_{\text{Error}}] < 1,96$, a mediana pertence ao intervalo de confiança a 95% ou está perto de um dos limites desse intervalo”.

- * Assimétrica – quando “ $[\text{Skewness}/\text{std}_{\text{Error}}] > 1,96$, a mediana não pertence ao intervalo de confiança nem está perto de um dos extremos do intervalo, e as medidas de tendência central aproximam-se mais do valor mínimo (assimetria positiva) ou do máximo (assimetria negativa)”.

De igual forma, uma distribuição pode ser:

- * Mesocúrtica quando $[\text{kurtosis}/\text{std}_{\text{Error}}] < 1,96$;

- * Platicúrtica quando $[\text{kurtosis}/\text{std}_{\text{Error}}] < -1,96$;

- * Leptocúrtica quando $[\text{kurtosis}/\text{std}_{\text{Error}}] > 1,96$;

A estatística analítica ou inferencial permite determinar se as relações observadas entre certas variáveis numa amostra são generalizáveis à população de onde foi tirada.

O estudo da simetria e do achatamento permitem ver se a distribuição é, respectivamente, simétrica e mesocúrtica, que são condições necessárias, mas não suficientes para a distribuição ser considerada normal. O teste Kolmogorov-Smirnov (K-S) de aderência à normalidade serve para analisar a aderência à normalidade da distribuição de uma variável. Não se rejeita a normalidade a 5% quando o nível de significância deste teste é superior a 0,05 (Pestana and Gageiro, 2005).

No âmbito da análise estatística serão utilizados os seguintes testes estatísticos: (1) *teste t de Student*, não emparelhado para amostras independentes, para avaliar se os sujeitos das nossas amostras, em função de algumas das suas características sócio-demográficas, se diferenciam na

variável dependente em estudo; (2) *análise de variância* (ANOVA), procedimento One-Way com teste de contrastação entre grupo Tukey, para avaliar a existência de diferenças entre os grupos susceptíveis de se formar com as amostras do estudo; (3) *correlação de Pearson*¹ para medir a intensidade da associação entre as variáveis intervalo/rácio em estudo. Teste Kolmogorov-Smirnov (K-S) de aderência à normalidade - para analisar a aderência à normalidade da distribuição de uma variável.

Nas análises estatísticas utilizaram-se os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05^*$ - diferença estatística significativa
- $p < 0.01^{**}$ - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001^{***}$ - diferença estatística altamente significativa
- $p > 0.05$ n.s. - Não significativas

O coeficiente de correlação de Ró de Spearman (r) mede a intensidade da relação entre as variáveis. Este coeficiente varia entre $-1 < r < 1$. 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. Para interpretar o valor do coeficiente de correlação foram considerados os seguintes valores (Pestana and Gageiro, 2003)

- $r < 0.2$ – associação muito baixa
- $0.2 < r < 0.39$ – associação baixa
- $0.4 < r < 0.69$ – associação moderada
- $0.7 < r < 0.89$ – associação alta
- $0.9 < r < 1$ – associação muito alta

O tratamento estatístico foi efectuado informaticamente através do programa (Statistical Package for the Social Science) SPSS versão 18.0 para o Windows.

A apresentação dos resultados é feita através de quadros, onde serão apresentados os resultados por nós considerados mais relevantes. Omitiu-se nos mesmos, o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram recolhidos através do preenchimento do instrumento

¹ O coeficiente de correlação de R de *Pearson* é uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas e varia entre -1 e $+1$. Quanto mais próximo estiver dos valores extremos maior é associação linear. Segundo Murteira (1993, *cit. in* Pestana e Gageiro, 2003, p.189) “A correlação indica que os fenómenos não estão indissoluvelmente ligados, mas, sim, que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente (em média, com maior frequência) pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso”.

por parte dos utentes da unidade de saúde. A descrição e análise dos dados obedecem à ordem por que foi elaborado o instrumento de colheita de dados.

Expostas as considerações metodológicas procedeu-se em seguida à apresentação e análise dos resultados.

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo pretendemos descrever e explicar o fenómeno em estudo (Satisfação dos utentes da Unidade de Saúde) procedendo para isso à descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos a partir dos dados recolhidos no terreno.

O procedimento de análise que agora começa encontra-se estruturado de forma a dar resposta aos diferentes objectivos e hipóteses anteriormente por nós estabelecidas.

A apresentação dos resultados obtidos é feita com o recurso a Quadros com os respectivos dados estatísticos obtidos, as quais serão sempre acompanhadas da respectiva análise.

Numa primeira fase fazemos a análise descritiva univariada dos resultados, resumindo os dados de uma variável para descrever a média e o desvio-padrão e, ao mesmo tempo, a análise descritiva bivariada, caracterizando as relações existentes entre duas variáveis em simultâneo. Seguidamente procedemos a uma associação entre as variáveis para estudar a possibilidade de existir algum tipo de relação entre a variável dependente e as variáveis independentes.

2.1. ANÁLISE DESCRITIVA

No sentido de melhor analisar e descrever os resultados obtidos, a sua apresentação é feita de acordo com os indicadores utilizados, sendo que por vezes a ordem do questionário é alterada.

2.1.1. Caracterização sócio-demográfica

Para se caracterizar a amostra procedemos à análise das variáveis idade, sexo, habilitações literárias e situação familiar.

Pela análise do quadro 3, podemos constatar que amostra utilizada no nosso estudo é constituída por 419 utentes, 243 do sexo feminino (58.0%) e 176 do sexo masculino (42.0%). Constatamos igualmente que a idade dos 419 elementos da amostra total oscila entre um mínimo de 17 anos e um máximo de 77 anos, correspondendo-lhe uma idade média actual de 39.40 anos, um desvio padrão de 12.83 anos e um coeficiente de variação de 32.56%, que nos indica a existência de uma elevada dispersão em torno da média.

Analisando as estatísticas relativas à idade em função do sexo, verificamos que a média de idades para o sexo masculino ($\bar{x}=40.95$) é superior à do sexo feminino ($\bar{x}=38.28$), sendo esta

diferença estatisticamente significativa ($t=2.107$; $p=.036$). Em relação à dispersão da totalidade da amostra é elevada ($CV > 30\%$) tal como em relação ao sexo feminino, sendo moderada em relação ao sexo masculino.

Analisando as medidas de achatamento ou curtose (Kurtosis/Std. Error), e de assimetria ou enviesamento (Skewness/Std. Error) podemos concluir que a distribuição das idades, em ambos os sexos, é mesocúrtica, com a particularidade de ser simétrica para o sexo masculino e assimétrica com enviesamento à esquerda para o sexo feminino.

Quadro 3 – Estatísticas relativas à Idade em função do sexo

Idade Sexo	n	Min	Max	Média	Dp	CV (%)	SK/erro	K/erro
Masculino	176	17	64	40.95	12.25	29.91%	1.50	1.57
Feminino	243	17	77	38.28	13.15	34.35%	3.06	0.96
Total	419	17	77	39.40	12.83	32.56%	0.89	1.38

Dos resultados que se apresentam no quadro 4 verificamos que dos 419 utentes inquiridos, 51.3% têm idade compreendida entre os 25 e os 44 anos e 32.5% entre os 45 e os 64 anos. Tanto no sexo feminino como no masculino é o grupo etário “maior ou igual aos 65 anos” que apresenta valores percentuais mais baixos (3.3% e 0.0%, respectivamente).

Quadro 4 – Grupos Etários em função do Sexo

Grupo Etário	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<25	24	13.6	36	14.8	60	14.3
25-44	75	42.6	140	57.6	215	51.3
45-64	77	43.8	59	24.3	136	32.5
≥65	-	0.0	8	3.3	8	1.9
TOTAL	176	100.0	243	100.0	419	100.0

Dos resultados que se apresentam no quadro 5 verificamos que 70.4% da nossa amostra são casados e 24.8% são solteiros. No que concerne à zona de residência dos sujeitos da amostra, a análise dos dados expressos no quadro 5 permitiram concluir que a maior parte dos utentes reside na Cidade (51.7%), em aldeia reside 33,7% e apenas 14,6% reside em vilas.

Outra variável em estudo é as habilitações literárias. Analisando o quadro 5 verificamos que apenas 1,0% da população inquirida não sabe ler nem escrever, 35.3% tem o 3º Ciclo do Ensino

Básico, registam-se 28.6% dos utentes com o Ensino Secundário. Apenas uma pequena percentagem dos utentes refere ter Ensino Superior (8.6%), sendo que maioritariamente é constituído por utentes do sexo feminino (14.0%). Em relação à situação perante o trabalho, apenas 5.0% da amostra trabalha por conta própria, 62.5% trabalha por conta de outrem, mas 32.5% está inactivo/não trabalha.

Quadro 5 – Estado Civil, Zona de Residência, Habilitações Literárias e situação perante o trabalho em função do Sexo

	Masculino (n=176)		Feminino (n=243)		Total (n=419)	
	n	%	n	%	n	%
Estado civil						
Solteiro	44	25.0	60	24.8	104	24.8
Casado	128	72.7	167	68.8	295	70.4
União de facto	-	0.0	4	1.6	4	1.0
Separado	-	0.0	4	1.6	4	1.0
Divorciado	4	2.3	4	1.6	8	1.8
Viúvo	-	0.0	4	1.6	4	1.0
Zona Residência						
Cidade	91	51.7	126	51.9	217	51.7
Vila	16	9.1	45	18.5	61	14.6
Aldeia	69	39.2	72	29.6	141	33.7
Habilitações Literárias						
Não sabe ler nem escrever	-	0.0	4	1.6	4	1.0
Só sabe ler e escrever	-	0.0	-	0.0	-	0.0
1º Ciclo do ensino básico	32	18.2	16	6.6	48	11.5
2º Ciclo do ensino básico	28	15.9	16	6.6	44	10.5
3º Ciclo do ensino básico	64	36.4	84	34.6	148	35.3
Ensino Secundário	48	27.3	72	29.6	120	28.6
Ensino Médio	2	1.1	17	7.0	19	4.5
Ensino Superior	2	1.1	34	14.0	36	8.6
Situação perante o trabalho						
Trabalha por conta própria	9	5.1	12	4.9	21	5.0
Trabalha por conta de outrem	115	65.4	147	60.5	262	62.5
Inactivo / Não trabalha	52	29.5	84	34.6	136	32.5

2.1.2. Caracterização dos indicadores relativos à consulta

Pela observação do quadro 6 e subjacente à análise das variáveis Iniciativa da Consulta, Razão da Consulta, 1ª Consulta, Marcação da Consulta, Modo como efectuou a Marcação e Informação de alteração de data e hora, constata-se que a maioria dos utentes questionados se deslocou à Unidade de Saúde no dia em que preencheu o questionário por iniciativa própria (86.7%), ainda de realçar o facto de 12.6% dos inquiridos se deslocarem à Unidade de Saúde porque estava previamente combinada com o médico.

Quanto á principal razão da consulta constatamos que 28.8% andava adoentado à vários dias sem sentir melhoras, 26.2% adoeceu de repente, mas 17.7% deslocou-se para uma consulta de rotina.

No que se refere à 1ª vez que vinha à Unidade de Saúde nos últimos 3 anos, 86.4% da amostra referiu que não era a 1ª vez.

Quando questionados sobre se a consulta tinha sido marcado com antecedência, 61.8% refere que não e 28.9% refere ter sido marcada para aquele dia.

Na questão da forma como foi marcada a consulta a maioria foi à Unidade de Saúde marcar (66.9%), usou a forma de marcar pelo telefone 18.3% da amostra e 6,1% tinha a consulta marcada desde a consulta anterior, apenas 2.3% foi convocado para a consulta.

Se a pessoa foi ou não informada da possibilidade de alterar a hora e o dia da consulta caso necessitasse 18.2% referiram que sim, no entanto a grande maioria (81.8%) referiu que não foi informado dessa possibilidade (cf. Quadro 6).

Quadro 6 – Iniciativa da Consulta, Razão da Consulta, 1ª Consulta, Marcação da Consulta, Modo como efectuou a Marcação e Informação de alteração de data e hora em função do sexo

	Masculino (n=176)		Feminino (n=243)		Total (n=419)	
	n	%	n	%	n	%
Iniciativa da consulta						
Fui ao Unidade de Saúde por minha iniciativa	155	88.0	208	85.6	363	86.7
Esta consulta foi previamente combinada com o meu Médico	20	11.4	33	13.6	53	12.6
Esta consulta foi previamente combinada com outro elemento do Unidade de Saúde	1	0.6	2	0.8	3	0.7
Qual a razão principal desta consulta?						
Adoentado/a há vários dias, não senti melhoras	37	21.0	84	34.7	121	28.8
Adoentado/a há vários dias, tenho vindo a piorar	8	4.5	22	9.1	30	7.2
Adoeci de repente	58	33.0	52	21.4	110	26.2
Tive um acidente	12	6.8	4	1.6	16	3.8
Acompanhante	12	6.8	9	3.7	21	5.0
Consulta de rotina	36	20.5	38	15.6	74	17.7
Foi operado/a	-	0.0	4	1.6	4	1.0
Psicológicos	4	2.3	-	0.0	4	1.0
Gravidez	-	0.0	4	1.6	4	1.0
Pedido exames e atestado médico	5	2.8	14	5.8	19	4.5
Exames	4	2.3	12	4.9	16	3.8
Nos últimos 3 anos, foi esta a sua primeira consulta neste Unidade de Saúde?						
Sim	24	13.6	33	13.6	57	13.6
Não	152	86.4	210	86.4	362	86.4
A consulta foi marcada com antecedência?						
Não	104	59.1	155	63.8	259	61.8
Sim, foi apenas marcado o dia da consulta	60	34.1	61	25.1	121	28.9
Sim, foi marcado o dia e a hora precisa da consulta	12	6.8	27	11.1	39	9.3
Como marcou a consulta?						
A consulta foi marcada por telefone	24	15.3	39	20.7	63	18.3
Fui ao Unidade de Saúde marcar	116	73.9	115	61.2	231	66.9
Pedi a alguém para ir ao Unidade de Saúde marcá-la	9	5.7	13	6.9	22	6.4
A consulta ficou marcada desde a consulta anterior	8	5.1	13	6.9	21	6.1
Fui convocado/a pelo Unidade de Saúde ou pelo Médico de Família	-	0.0	8	4.3	8	2.3
Foi informado/a da possibilidade de alterar a data ou a hora da sua consulta caso necessitasse?						
Sim	28	16.4	43	19.5	71	18.2
Não	143	83.6	177	80.5	320	81.8

2.1.3. Dados da auto-avaliação do estado de Saúde

Os dados seguintes são referentes à auto-avaliação do estado de saúde dos Utentes da Unidade de Saúde e decorrem da questão: Estado Geral de Saúde. Especificando, constatamos pela análise dos dados expressos no quadro 7 que 51.1% dos utentes tem a percepção que o seu estado de saúde é “Razoável” e 26.5% tem a percepção que o seu estado de saúde é “Bom”. É de registar, que é idêntica a percentagem de mulheres que tem a percepção do seu estado de saúde estar “Excelente / Óptima” (6.6%) e as que tem a percepção de ser “Má” (7%). Quanto aos homens a percepção da sua saúde ser “Boa” é manifestado por 53.4%.

Quadro 7 – Estado de saúde em função do sexo

Estado Saúde	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Excelente/ Óptima	12	6.8	16	6.6	28	6.7
Muito boa	25	14.2	20	8.2	45	10.7
Boa	41	23.3	70	28.8	111	26.5
Razoável	94	53.4	120	49.4	214	51.1
Má	4	2.3	17	7.0	21	5.0
TOTAL	176	100.0	243	100.0	419	100.0

2.1.4. Indicadores-chave EUROPEP

A Relação e Comunicação, os Cuidados Médicos, a Informação e Apoio, a Continuidade e Cooperação e a Organização dos Serviços são, segundo o grupo EUROPEP, os indicadores mais significativos sempre que os utentes avaliam a qualidade dos Cuidados de Saúde Primários. De seguida apresentamos os referidos indicadores e as questões que lhes correspondem.

Torna-se pertinente voltar a referir que na análise do Quadro 6 para efeitos de média, não são contabilizadas as respostas “Não Aplicável/Não Relevante”, tendo sido estas transformadas em *missing value*, no sentido de não interferir no somatório dos scores finais. Tal como já referimos anteriormente os índices são calculados através de médias, após uma conversão de todas as respostas para uma escala de 0 a 100, em que 0 corresponde à pior qualidade e satisfação possíveis e 100 às melhores imagináveis. Será também construído um índice de

satisfaça global, incluindo as respostas a todas as 23 perguntas (Ferreira, Raposo and Godinho, 2005).

O quadro 8 apresenta as médias obtidas em cada um dos indicadores e a média total que nos indica a satisfação global (53.3%). Destacariamos positivamente o indicador Relação e Comunicação (63.2%), assim como a informação e apoio que recebem (59.6%) e a qualidade de cuidados médicos (54.8%), a continuidade e cooperação também apresenta resultado positivo (53.9%). Por outro lado é com a organização dos serviços que os utilizadores dos serviços se mostram mais insatisfeitos (29.3%).

Quadro 8 – Descritivos dos Indicadores-Chave Europep

Indicadores – Chave-Europep	Média %	Desvio Padrão
Relação e Comunicação	63.2	24.3
Cuidados Médicos	54.8	24.4
Informação e Apoio	59.6	27.2
Continuidade e Cooperação	53.9	27.3
Organização dos serviços	29.3	21.0
Satisfação Total	53,3	21.8

Relação e Comunicação

A Relação e Comunicação é avaliada pela opinião dos utentes sobre o tempo disponibilizado na consulta, interesse nos problemas de saúde, sentir-se à vontade com o médico, envolvimento do utente nos cuidados médicos, forma como foi ouvido pelo médico e confidencialidade da informação.

Analisando com um pouco mais de detalhe as perguntas que compõem cada um dos indicadores-chave EUROPEP, verificamos que na dimensão da relação e comunicação entre os utilizadores e o médico de família (cf. Quadro 9), o aspecto tempo disponibilizado na consulta parece ser o que mais preocupa (51.6%), ao passo que se sentem relativamente bem com a confidencialidade da informação referente ao seu processo (68.8%).

Quadro 9 – Avaliação do Indicador “Relação e Comunicação”

	Má		Razoável		Boa		Muito Boa		Excelente		Não se aplica		Média (%)	Desvio Padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	\bar{X}	Dp
1. ...fazê-lo/a sentir que tinha tempo suficiente durante as consultas	18	4.3	111	26.5	149	35.6	48	11.5	62	14.8	31	7.4	51.6	27.8
2. ...interesse nos seus problemas de saúde?	8	1.9	70	16.7	117	27.9	110	26.3	97	23.2	17	4.1	63.6	27.4
3. ...facilidade com que se sentiu à vontade para contar os / seus problemas ao seu Médico?	12	2.9	52	12.4	114	27.2	99	23.6	117	27.9	25	6.0	66.3	28.2
4. ...forma como foi envolvido/a nas decisões sobre os cuidados que o seu Médico lhe prestou?	8	1.9	58	13.8	134	32.0	117	27.9	77	18.4	25	6.0	62.5	25.7
5. ...forma como o seu Médico o/a ouviu?	12	2.9	58	13.8	111	26.5	118	28.2	99	23.6	21	5.0	64.7	27.6
6...confidencialidade da informação sobre o seu processo?	8	1.9	40	9.5	126	30.1	93	22.2	131	31.3	21	5.0	68.8	27.0
Indicador: Relação e Comunicação													63.2	24.3

Cuidados Médicos

Os Cuidados Médicos são outro indicador-chave, composto pelas seguintes questões: alívio rápido dos sintomas, ajuda a desempenhar as tarefas, atenção dispensada, exame executado pelo médico e oferta de serviços de prevenção de doenças.

Pela análise do quadro 10 aferimos que as pessoas revelam-se mais desapontadas com a rapidez com que vêm aliviados os seus sintomas (49.4%) e com o apoio com que recebem para minorar as limitações nas actividades diárias (54.0%). Por outro lado as questões com melhor índice são os exames executados pelo médico (58.5%) e a atenção dispensada (58.0%).

Quadro 10 – Avaliação do Indicador “Cuidados Médicos”

	Má		Razoável		Boa		Muito Boa		Excelente		Não se aplica		Média %	Desvio Padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	\bar{X}	Dp
7. ...alívio rápido dos seus sintomas?	12	2.9	120	28.6	161	38.4	68	16.2	33	7.9	25	6.0	49.4	24.2
8. ...ajuda a sentir-se suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias?	12	2.9	90	21.5	152	36.3	103	24.6	37	8.8	25	6.0	54.0	24.5
9. ...atenção dispensada?	16	3.8	74	17.7	138	32.9	107	25.5	63	15.0	21	5.0	58.0	26.8
10. ...exame que o seu Médico lhe fez?	20	4.8	70	16.7	141	33.7	66	15.8	87	20.8	35	8.4	58.5	29.1
11. ...oferta de serviços de prevenção de doenças (por exemplo, rastreio, check-ups e vacinas)?	29	6.9	84	20.0	122	29.1	88	21.0	58	13.8	38	9.1	54.8	29.0
Indicador: Cuidados Médicos													54.8	24.4

Informação e Apoio

A distribuição das respostas às perguntas que constituem o indicador Informação e Apoio (cf. Quadro 11) é aparentemente uniforme, pouco diferindo umas das outras. No entanto, o encorajamento para compreender a importância de seguir os seus conselhos apresenta o melhor índice (60.8%).

Quadro 11 – Avaliação do Indicador “Informação e Apoio”

	Má		Razoável		Boa		Muito Boa		Excelente		Não se aplica		Média %	Desvio Padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	\bar{X}	Dp
12. ...explicação detalhada dos objectivos dos exames e dos tratamentos prescritos?	12	2.9	83	19.8	139	33.2	90	21.5	78	18.6	17	4.1	58.6	27.5
13. ...informações sobre o que queria saber dos seus sintomas e da sua doença?	16	3.8	94	22.4	111	26.5	93	22.2	87	20.8	18	4.3	58.8	29.3
14. ...ajuda para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde?	16	3.8	90	21.5	101	24.1	99	23.6	78	18.6	35	8.4	58.7	29.1
15. ...encorajamento para compreender a importância de seguir os seus conselhos?	12	2.9	78	18.6	119	28.4	88	21.0	91	21.7	31	7.4	60.8	28.6
Indicador: Informação e Apoio													59.6	27.2

Continuidade e Cooperação

Para avaliar a Continuidade e Cooperação recolhemos a opinião dos utentes relativamente aos conhecimentos do médico sobre consultas anteriores bem como a preparação sobre o que esperar de especialistas e cuidados hospitalares.

Em relação à dimensão Continuidade e Cooperação (cf. Quadro 12) as pessoas estão mais satisfeitas com o primeiro indicador aspecto do que estão com o segundo. Isto é, encaram positivamente a continuidade de cuidados entre consultas com o mesmo médico de família (54.2%), ao passo que vêm com alguma preocupação a falta de preparação sobre o que esperar dos médicos hospitalares e dos cuidados prestados nos hospitais (53.3%).

Quadro 12 – Avaliação do Indicador “Continuidade e Cooperação”

	Má		Razoável		Boa		Muito Boa		Excelente		Não se aplica		Média %	Desvio Padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	\bar{X}	Dp
16. ...conhecimento sobre o que ele fez e disse em consultas anteriores?	20	4.8	93	22.2	144	34.4	57	13.6	70	16.7	35	8.4	54.2	28.5
17. ...preparação sobre o que esperar de especialistas e dos cuidados hospitalares?	20	4.8	101	24.1	103	24.6	82	19.6	53	12.6	60	14.3	53.3	28.6
Indicador: Continuidade e Cooperação													53.9	27.3

Organização dos Serviços

No indicador respeitante à Organização dos Serviços (cf. Quadro 13), constata-se uma grande insatisfação generalizada em relação a todas as questões formuladas. De facto os utilizadores dos cuidados primários de saúde estão muito insatisfeitos com aspectos como a facilidade em marcar uma consulta convenientemente (21.3%), a facilidade em falar pelo telefone para o Unidade de Saúde (22.7%), e tempo que esperou na sala de espera (25.2%).

Mesmo obtendo melhor índice às questões, apoio do pessoal da Unidade de Saúde (37.3%) e rapidez com que os problemas urgentes foram resolvidos (37.4%), estes ainda se apresentam abaixo de 50%.

Quadro 13 – Avaliação do Indicador “Organização dos Serviços”

	Má		Razoável		Boa		Muito Boa		Excelente		Não se aplica		Média %	Desvio Padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	\bar{X}	Dp
18. ...apoio do pessoal deste Unidade de Saúde, além dos médicos?	67	16.0	181	43.2	90	21.5	47	11.2	29	6.9	5	1.2	37.3	27.7
19. ...facilidade em marcar uma consulta que lhe sirva no Unidade de Saúde?	191	45.6	130	31.0	57	13.6	23	5.5	9	2.1	9	2.1	21.3	25.1
20. ...facilidade em falar pelo telefone para o Unidade de Saúde?	162	38.7	146	34.8	59	14.1	21	5.0	8	1.9	23	5.5	22.7	24.3
21. ...facilidade em falar pelo telefone com o Médico de Família?	90	21.5	151	36.0	71	16.9	46	11.0	15	3.6	46	11.0	32.9	27.3
22. ...tempo que esperou na sala de espera?	127	30.3	198	47.3	42	10.0	26	6.2	12	2.9	14	3.3	25.2	24.3
23. ...rapidez com que os problemas urgentes foram resolvidos?	70	16.7	159	37.9	111	26.5	37	8.8	29	6.9	13	3.1	37.4	27.5
Indicador: Organização dos Serviços													29.3	21.0

2.1.5. Indicadores de áreas específicas de satisfação

Continuando a apresentação dos dados obtidos referentes aos indicadores relativos aos profissionais, relativos às condições da Unidade de Saúde e aos serviços prestados foi colocada a questão “**Como avalia a qualidade desta Unidade de Saúde em relação às seguintes áreas?**” são um conjunto de 14 questões em que a possibilidade de resposta era “Má, Razoável, Boa, Muito Boa, Excelente e Não se aplica” das quais serão apresentados os resultados descritivos.

No que se refere aos serviços prestados e concretamente no que concerne à “atenção aos utentes” constatou-se que 36.8% refere que foi Razoável o “Respeito com que foi tratado/a e a forma como a sua privacidade foi mantida”. Quanto à “Preocupação do pessoal do Centro com a sua saúde” 50.4% referem ser Razoável e 40.3% refere ser Boa a “Competência, cortesia e carinho do pessoal médico”, a nível da “Competência, cortesia e carinho do pessoal de enfermagem” 38.2% referem se Boa em relação a “Competência, cortesia e carinho do pessoal administrativo” 48.9% referem se Razoável (cf. Quadro 14).

Relativamente aos Profissionais observamos 46.8% a acharem Razoável “Rapidez com que foi atendido/a”, quanto ao “Horário de atendimento do Médico de Família” 43.0% manifestam ser Razoável com 38.4% a referir Razoável a “Pontualidade do pessoal médico” referente à

“Pontualidade do pessoal de enfermagem” 38.2% também referem ser Razoável e de forma igual em relação à “Pontualidade do pessoal administrativo” 40.1% (cf. Quadro 14).

Relativamente às condições da Unidade de Saúde e a qualidade das instalações que se subdivide em conforto geral da Unidade de Saúde e limpeza da mesma, 45,6% acham Razoável o Conforto geral da Unidade (comodidade, temperatura, ambiente, ruído, iluminação e instalações) e 47% considera a Limpeza da Unidade como Boa.

Quadro 14 – Distribuição dos indicadores de áreas específicas

	Má		Razoável		Boa		Muito Boa		Excelente		Não se aplica	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
24 - Respeito com que foi tratado/a e a forma como a sua privacidade foi mantida	32	7.6	154	36.8	153	36.5	49	11.7	26	6.2	5	1.2
25 - Preocupação do pessoal do Centro com a sua saúde	81	19.3	211	50.4	50	11.9	42	10.0	16	3.8	19	4.5
26 - Competência, cortesia e carinho do pessoal médico	28	6.7	114	27.2	169	40.3	68	16.2	27	6.4	13	3.1
27 - Competência, cortesia e carinho do pessoal de enfermagem	24	5.7	132	31.5	160	38.2	67	16.0	26	6.2	10	2.4
28 - Competência, cortesia e carinho do pessoal administrativo	91	21.7	205	48.9	60	14.3	34	8.1	16	3.8	13	3.1
29 - Rapidez com que foi atendido/a	113	27.0	196	46.8	55	13.1	32	7.6	13	3.1	10	2.4
30 - Horário de atendimento do Médico de Família	53	12.6	180	43.0	105	25.1	37	8.8	18	4.3	26	6.2
31 - Pontualidade do pessoal médico	62	14.8	161	38.4	93	22.2	51	12.2	34	8.1	18	4.3
32 - Pontualidade do pessoal de enfermagem	24	5.7	160	38.2	157	37.5	41	9.8	26	6.2	11	2.6
33 - Pontualidade do pessoal administrativo	48	11.5	168	40.1	137	32.7	38	9.1	13	3.1	15	13.6
34 - Serviços ao domicílio fornecidos pela Unidade	29	6.9	88	21.0	66	15.8	36	8.6	12	2.9	188	44.9
35 - Liberdade de escolha do profissional de saúde e possibilidade de uma segunda opinião	85	20.3	122	29.1	94	22.4	8	1.9	21	5.0	89	21.2
36 - Conforto geral da Unidade (comodidade, temperatura, ambiente, ruído, iluminação, instalações)	17	4.1	191	45.6	150	35.8	41	9.8	15	3.6	5	1.2
37 - Limpeza da Unidade	19	4.5	116	27.7	197	47.0	61	14.6	21	5.0	5	1.2

2.2. ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passamos de seguida à análise inferencial dos mesmos. A estatística inferencial possibilita, com base nos dados recolhidos, a obtenção de

conclusões num domínio mais vasto de onde esses elementos provieram (Pestana and Gageiro, 2003). Sobre esta temática, Fortin (2009, p. 440) refere que “a estatística inferencial serve para generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos, ao conjunto da população.” Assim, trata-se de determinar em que medida os valores da amostra constituem boas estimações dos parâmetros da população.

Após estas considerações iniciais procedemos de seguida à análise das correlações entre as diversas variáveis e os Scores de Satisfação com os cuidados de saúde recebidos, de forma a encontrar fundamento empírico que dê resposta aos objectivos da presente investigação.

2.2.1. Estudo da associação entre as variáveis

A conjugação de um conjunto de factores integrantes dos utentes como o sexo, idade, estado civil, zona de residência e habilitações literárias, bem como a auto percepção do seu estado de saúde, poderão constituir um conjunto de factores que se conjugam de forma mais positiva do que noutros, podendo assim ser determinantes na satisfação dos utentes.

Torna-se pertinente voltar a mencionar que na análise subjacente às questões referentes à Satisfação dos Utentes não são contabilizadas as respostas “Não Aplicável/Não Relevante”, tendo sido estas transformadas em *missing value*, no sentido de não interferir no somatório dos scores e/ou médias finais.

ANÁLISE DAS RELAÇÕES COM VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

SEXO

Existe um efeito significativo do sexo na Satisfação dos Utentes

Em relação à influência da variável sexo, os resultados dos testes *t* de *Student*, expressos no quadro 15, revelam que os sujeitos do sexo masculino pontuam significativamente diferente e melhor que os sujeitos do sexo feminino no resultado das seguintes dimensões dos Indicadores – Chave Europep: ***Relação e Comunicação; Informação e Apoio; e Continuidade e Cooperação.*** Nas dimensões ***Cuidados Médicos, Organização dos Serviços e Satisfação Global Europep,*** apesar dos sujeitos do sexo masculino apresentarem igualmente scores mais elevados, estas diferenças não são estatisticamente significativas o que nos leva a inferir que

existem apenas diferenças estatisticamente significativas entre as médias do sexo feminino e as do sexo masculino na satisfação dos Utentes, no domínio dos indicadores em que existe significância estatística ($p < 0.05$).

Quadro 15 - Resultados do Test *t* de *Student*, na Satisfação dos Utentes em função da variável Sexo

<i>Indicadores – Chave Europep</i>	<i>Sexo</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>Dp</i>	<i>Levene</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Relação e Comunicação</i>	Masculino	160	66.48	23.86	1.640	.201	2.276	.023
	Feminino	216	60.74	24.41				
<i>Cuidados Médicos</i>	Masculino	144	56.42	23.71	.036	.849	1.050	.294
	Feminino	212	53.66	24.87				
<i>Informação e Apoio</i>	Masculino	155	65.20	25.98	.573	.49	3.361	.001
	Feminino	225	55.78	27.45				
<i>Continuidade e Cooperação</i>	Masculino	147	58.08	28.06	2.239	.135	2.450	.015
	Feminino	212	50.94	26.48				
<i>Organização dos serviços</i>	Masculino	144	31.31	22.49	2.819	.094	1.481	.139
	Feminino	224	27.99	19.88				
<i>Satisfação Global Europep</i>	Masculino	115	56.29	20.42	2.019	.156	1.843	.066
	Feminino	189	51.55	22.54				

IDADE

Existem associações significativas entre a idade e a Satisfação dos Utentes

Para estudar a associação entre a idade e os resultados dos Indicadores – Chave Europep, recorreremos à *Correlação de Pearson* que, como coeficiente estatístico, nos permite conhecer a força e o sentido da associação linear, existente entre as duas variáveis. Os resultados obtidos pelas correlações (cf. Quadro 16), expressam a existência de associações negativas, estatisticamente significativas, entre a idade e a totalidades dos Indicadores – Chave Europep, o que nos leva a afirmar que quanto maior a idade dos utentes menor é a Satisfação. Tal resultado conduz à aceitação da inferência de que *o efeito da idade* no índice de Satisfação dos Utentes adquire significância estatística.

Quadro 16 – Correlações de *Pearson* entre a Satisfação dos Utentes e a Idade

	<i>r</i>	<i>p</i>
<i>Relação e Comunicação</i>	-.250	.000
<i>Cuidados Médicos</i>	-.114	.032
<i>Informação e Apoio</i>	-.130	.011
<i>Continuidade e Cooperação</i>	-.204	.000
<i>Organização dos serviços</i>	-.129	.013
<i>Satisfação Global Europep</i>	-.243	.000

ZONA DE RESIDÊNCIA

Existe efeito significativo da zona de residência na Satisfação dos Utentes

Considerando o efeito da variável zona de residência na Satisfação dos Utentes, a generalidade dos resultados obtidos é de verificação de efeitos significativos desta variável (cf. Quadro 17). Apenas ao nível do indicador *Cuidados Médicos* ($F=2.828$; $p=0.060$), as análises de variância realizadas não revelam um efeito significativo. No que se refere ao indicador *Relação e Comunicação*, a realização de testes post-hoc de Tukey, para localizar a existência de diferenças significativas tendo por referência os Locais de Residência, revelou a existência de diferenças significativas entre o grupo de utente residentes em meio citadino e os residentes em Vila, bem como entre os primeiros e os residentes em meio rural/aldeia, sendo a média do grupo dos residentes na cidade ($M=67.93$) superior à média dos residentes na vila ($M=52.24$; $Tukey=.000$) e à dos residentes na aldeia ($M=60.43$; $Tukey=.016$), o que revela maior satisfação por parte dos utentes residentes na cidade no que toca à forma como o médico os ouviu e teve interesse nos seus problemas de saúde, bem como os fez sentir que tinha tempo suficiente durante as consultas e o modo como foram envolvidos nas decisões sobre os cuidados que o médico lhes prestou.

Para o indicador *Informação e Apoio* o procedimento Tukey apenas assinala diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos utentes residentes na Cidade ($M=63.33$) e os residentes na Vila ($M=49.12$; $Tukey=.001$). Isto revela que no tocante à explicação detalhada

dos objectivos dos exames e dos tratamentos prescritos, às informações sobre o queriam saber dos seus sintomas e da sua doença bem como a ajuda a enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde e o encorajamento para compreender a importância de seguir os seus conselhos, os utentes residentes na cidade estão mais satisfeitos que os residentes na vila.

No indicador *Continuidade e Cooperação* os resultados evidenciam diferenças significativas entre os utentes moradores na Cidade (M=57.41) e os utentes que moram na Vila (M=42.45; Tukey=.001), bem como em relação entre estes últimos e os utentes moradores na Aldeia (M=53.31; Tukey=.041), o que indicia que são os utentes que residem na vila que apresentam menor satisfação sobre o que o médico disse e fez em consultas anteriores e a preparação sobre o que esperar de especialistas e dos cuidados hospitalares em relação aos utentes que residem na cidade e em relação aos utentes que residem na aldeia.

Ao nível do indicador *Organização dos Serviços* o procedimento Tukey indica diferenças significativas entre as médias entre os utentes residentes na Cidade (M=32.11) e os utentes residentes na Aldeia (M=25.78; Tukey=.026) sendo que os residentes na Cidade estão mais satisfeitos com o apoio do pessoal do CS, a facilidade em marcar uma consulta, a facilidade em falar pelo telefone com o médico de família e com o tempo que esperou na sala de espera.

No que se refere ao indicador *Satisfação Global Europep* o procedimento Tukey aponta diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos utentes entre os residentes na Cidade (M=56.64) e os que residem na Vila (M=42.77; Tukey=.001), por sua vez apresenta também diferenças ligeiramente significativas em relação aos residentes na vila (M=42.77) e aos residentes na aldeia (M=52.23; Tukey=.049) o que nos leva a afirmar que são os utentes residentes na vila que estão menos satisfeitos comparativamente aos utentes residentes na cidade e aos utentes que residem na aldeia.

Em suma, constata-se que em todos os **Indicadores – Chave Europep** à excepção do indicador *Cuidados Médicos* ocorrem diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas pelos grupos de Utentes pertencentes aos diferentes Locais de Residência, apresentando-se os resultados a favor do grupo de utentes residentes na Cidade, o que conduz à aceitação da inferência de que existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas nos **Indicadores – Chave Europep** por Local de Residência.

Quadro 17 - Resultados da ANOVA e Teste de Tukey: Satisfação dos utentes em função do Local de Residência

Satisfação	Local Residência	N	Média %	Dp	F	p	Post-hoc Test
Relação e Comunicação	A. Cidade	195	67.93	24.19	10.287	.000	A>B
	B. Vila	52	52.24	28.18			p= .000
	C. Aldeia	129	60.43	20.93			A>C p= .016
Cuidados Médicos	A. Cidade	178	56.75	23.70	2.828	.060	
	B. Vila	53	47.74	29.07			
	C. Aldeia	125	54.92	22.88			
Informação e Apoio	A. Cidade	194	63.63	26.45	6.702	.001	A>B
	B. Vila	57	49.12	27.64			p= .001
	C. Aldeia	129	58.24	27.02			
Continuidade e Cooperação	A. Cidade	189	57.41	29.20	6.424	.002	A>B
	B. Vila	53	42.45	27.11			p= .001
	C. Aldeia	117	53.31	22.65			B<C p= .041
Organização dos serviços	A. Cidade	194	32.11	22.87	3.815	.023	A>C
	B. Vila	57	26.90	15.63			p= .026
	C. Aldeia	117	25.78	19.37			
Satisfação Global Europep	A. Cidade	163	56.64	22.44	6.932	.001	A>B
	B. Vila	40	42.77	22.26			p= .001
	C. Aldeia	101	52.23	19.33			B<C p= .049

ESTADO CIVIL

Existe efeito significativo do Estado Civil na Satisfação dos Utentes

Em relação a esta análise aprez-nos referir que apenas consideramos o grupo dos solteiros e o dos casados em virtude dos sujeitos que referiram ter outro estado civil consubstanciarem uma representatividade muito ínfima, daí a sua não inclusão.

Neste pressuposto, a totalidade dos resultados obtidos (cf. Quadro 18) é de não verificação de efeitos significativos desta variável sobre todos os **Indicadores – Chave Europep**, o que

conduz à rejeição da inferência de que as diferenças entre as médias obtidas na satisfação pelo grupo de utentes solteiros e as obtidas pelo grupo de utentes casados se mostram estatisticamente significativas.

Quadro 18 - Resultados do Test *t* de *Student*, na Satisfação dos Utentes em função da variável Estado Civil

<i>Indicadores – Chave Europep</i>	<i>Estado Civil</i>	n	Média %	Dp	Levene	p	t	p
<i>Relação e Comunicação</i>	Solteiro	94	66.13	22.44	1.176	.279	1.136	.257
	Casado	266	62.94	23.79				
<i>Cuidados Médicos</i>	Solteiro	88	53.98	20.30	8.150	.005	-.428	.669
	Casado	252	55.12	24.75				
<i>Informação e Apoio</i>	Solteiro	92	59.85	25.81	.262	.609	.005	.996
	Casado	272	59.83	26.87				
<i>Continuidade e Cooperação</i>	Solteiro	91	58.24	23.14	6.271	.013	1.635	.104
	Casado	252	53.32	28.26				
<i>Organização dos serviços</i>	Solteiro	98	30.23	17.29	.003	.959	1.039	.299
	Casado	254	27.82	20.26				
<i>Satisfação Global Europep</i>	Solteiro	81	55.83	16.86	6.845	.009	1.272	.205
	Casado	207	52.74	22.13				

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

Existe efeito significativo das Habilitações Literárias na Satisfação dos Utentes

Relativamente à influência da variável “Habilitações Literárias”, constata-se, pelos resultados das análises de variância em que a generalidade dos resultados obtidos com exceção do indicador Informação e Apoio é de verificação de efeitos significativos desta variável nos **Indicadores – Chave Europep** (cf. Quadro 19).

A realização de testes post-hoc de Tukey, para localizar as diferenças entre grupos, revelou a existência de diferenças significativas nas médias encontrando-se os resultados esquematizados no quadro 19.

Para o indicador **Relação e Comunicação** o procedimento Tukey assinala diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas pelos utentes que detêm o ensino secundário e os utentes com habilitações literárias inferiores, sendo as diferenças obtidas nas médias entre os utentes que têm o ensino secundário (M=71.91) e os que detêm o 1º e 2º ciclo do ensino básico (M=57.08; Tukey=.000) bem como com os utentes que detêm o 3º ciclo

($M=60.42$; $Tukey=.001$), revelando estes valores que são os utentes que possuem o ensino secundário que estão mais satisfeitos com a forma como o médico o/a ouviu, se interessou pelos seus problemas de saúde e a confidencialidade da informação sobre o seu processo.

No tocante ao indicador **Cuidados Médicos** os testes de Tukey revelam que se diferenciam significativamente os grupos de utentes detentores do 1º e 2º ciclo do ensino básico ($M=48.81$) em relação aos que têm o ensino secundário ($M=58.94$; $Tukey=.025$), revelando estes valores que são os utentes que possuem o ensino secundário a estar mais satisfeitos com o alívio rápido dos seus sintomas, a ajuda a sentir-se suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias, tal como a atenção dispensada e o exame que o médico lhes fez.

Em relação ao indicador **Continuidade e Cooperação** os testes de Tukey revelam diferenças significativas nos grupos de utentes que detêm o 1º e 2º ciclo do ensino básico ($M=47.37$) e os que detêm o ensino secundário ($M=59.58$; $Tukey=.013$), revelando estes valores que são os utentes que possuem o ensino secundário a estar mais satisfeitos com os conhecimentos sobre o que o médico fez e disse em consultas anteriores e a preparação sobre o que esperar de especialistas e dos cuidados hospitalares.

Para o indicador **Organização dos Serviços** os testes de Tukey revelam diferenças significativas nos grupos de utentes que detêm o 1º e 2º ciclo do ensino básico ($M=23.96$) e os que detêm o ensino secundário ($M=33.11$; $Tukey=.026$), revelando estes valores que são os utentes que possuem o ensino secundário a estar mais satisfeitos com a facilidade em falar pelo telefone para o CS e a facilidade em falar pelo telefone com o médico de família e ainda a facilidade em marcar uma consulta que lhes sirva no CS, bem como o apoio do pessoal do CS, além dos médicos, o tempo que esperam na sala de espera e a rapidez com que os problemas urgentes foram resolvidos.

Por último em relação à **Satisfação Global Europep** os testes de Tukey mostram diferenças significativas entre as médias dos utentes que detêm o 1º e 2º ciclo do ensino básico ($M=44.52$) e os que detêm o 3º ciclo do ensino básico ($M=54.48$; $Tukey=.017$) e também ao nível dos utentes que têm o 1º e 2º ciclo do ensino básico ($M=44.52$) e os que têm o ensino secundário ($M=59.25$; $Tukey=.000$), revelando estes valores que os utentes que detêm o 1º e 2º ciclo do ensino básico estão menos satisfeitos do que os utentes que possuem o 3º ciclo do ensino básico e também menos satisfeitos do que os utentes que possuem o ensino secundário (cf. Quadro 19).

Em suma, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos de utentes encontradas nos resultados da satisfação com a variável

“Habilitações Literárias”, estando a favor dos utentes que revelam deter como habilitações literárias o “Ensino Secundário”. Tais resultados levam a aceitar a inferência de que *existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas na satisfação com as habilitações literárias.*

Quadro 19 - Resultados da ANOVA e Teste de Tukey: Satisfação dos utentes em função das Habilitações Literárias

Satisfação	Habilitações Literárias	n	Média %	Dp	F	p	Post-hoc p=
Relação Comunicação	A. 1º e 2º Ciclo do Ensino Básico	80	57.08	24.95	8.91	.000	A<C p= .000 B<C p= .001
	B. 3º Ciclo do Ensino Básico	136	60.42	22.62			
	C. Ensino Secundário	108	71.91	20.52			
	D. Ensino Superior	48	66.84	25.06			
Cuidados Médicos	A. 1º e 2º Ciclo do Ensino Básico	84	48.81	24.59	3.169	.024	A<C p= .025
	B. 3º Ciclo do Ensino Básico	132	56.06	23.95			
	C. Ensino Secundário	90	58.94	24.13			
	D. Ensino Superior	46	58.59	19.43			
Informação e Apoio	A. 1º e 2º Ciclo do Ensino Básico	84	54.17	28.34	2.223	.085	
	B. 3º Ciclo do Ensino Básico	136	60.85	25.74			
	C. Ensino Secundário	107	64.02	24.98			
	D. Ensino Superior	49	60.84	28.69			
Continuidade Cooperação	A. 1º e 2º Ciclo do Ensino Básico	76	47.37	28.16	3.318	.020	A<C p= .013
	B. 3º Ciclo do Ensino Básico	128	53.52	24.95			
	C. Ensino Secundário	107	59.58	27.07			
	D. Ensino Superior	44	57.10	27.41			
Organização dos serviços	A. 1º e 2º Ciclo do Ensino Básico	64	23.96	19.22	2.669	.047	A<C p= .026
	B. 3º Ciclo do Ensino Básico	140	29.29	20.42			
	C. Ensino Secundário	112	33.11	23.79			
	D. Ensino Superior	48	29.95	14.90			
Satisfação Europep Global	A. 1º e 2º Ciclo do Ensino Básico	56	44.52	21.55	5.865	.001	A<B p= .017 A<C p= .000
	B. 3º Ciclo do Ensino Básico	116	54.48	21.08			
	C. Ensino Secundário	86	59.25	18.87			
	D. Ensino Superior	42	54.99	21.36			

ANÁLISE DAS RELAÇÕES COM OUTRAS VARIÁVEIS

AUTO-AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

Existe efeito significativo da Auto-Percepção do Estado de Saúde na Satisfação

Quanto à influência da variável “auto-percepção do estado de saúde”, constata-se, pelos resultados das análises de variância expressos no quadro 20 a existência de um efeito significativo sobre os valores da “Satisfação”.

A realização de testes post-hoc de Tukey, para localizar as diferenças entre grupos, revelou a existência de diferenças significativas para todos os Indicadores – Chave Europep e Satisfação global Europep, encontrando-se os resultados esquematizados no quadro 20.

Para o indicador *Relação e Comunicação* os testes de Tukey assinalam diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos de utentes que percebem ter uma saúde “muito boa” (M=71.88) e os que percebem a sua saúde como “razoável” (M=59.89; Tukey=.034), revelando estes valores que os utentes que percebem ter uma saúde “muito boa” estão mais satisfeitos no que se refere à facilidade com que se sentiram à vontade para contar os seus problemas ao médico, à forma como o médico os ouviu e teve interesse nos seus problemas de saúde bem como os fez sentir que tinha tempo suficiente durante as consultas e à forma como foram envolvidos nas decisões sobre os cuidados que o médico lhes prestou.

No tocante ao indicador *Cuidados Médicos* os testes de Tukey revelam que as médias se diferenciam muito significativamente nos grupos de utentes que referem uma “auto-percepção da saúde” como “razoável” (M=48.26) e as dos utentes que referem ser “excelente/ótima” (M=68.00; Tukey=.003), por sua vez também apresentam diferenças muito significativas em relação às médias dos grupos de utentes que referem a sua saúde ser “muito boa” (M=65.86; Tukey=.002), continuando eles a apresentar diferenças muito significativas em relação aos utentes que manifestaram a percepção da sua saúde ser “boa” (M=62.12; Tukey=.000). O alívio rápido dos seus sintomas, a ajuda a sentir-se suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias, tal como a atenção dispensada e o exame que o médico lhes fez, obteve média inferior nos índices de satisfação por parte dos utentes inquiridos que percebem a sua saúde, como “razoável” “.

Para o indicador *Informação e Apoio* os testes de Tukey revelam diferenças significativas entre as médias dos grupos de utentes que referem a sua saúde ser “razoável” (M=54.19) e os

que referem ser “excelente/óptima” (M=73.75; Tukey=.014), esses utentes também apresentam diferenças significativas com os utentes que referem ser a sua saúde “muito boa” (M=72.92; Tukey=.001), bem como com os que referem ser “boa” (M=64.29; Tukey=.015). A explicação detalhada dos objectivos dos exames e dos tratamentos prescritos, as informações sobre o queriam saber dos seus sintomas e da sua doença bem como a ajuda a enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde e o encorajamento para compreender a importância de seguir os seus conselhos são melhor valorizadas pelos utentes que perceberam a sua saúde com melhor, isto é estão mais satisfeitos os que revelam melhor saúde.

Em relação ao indicador *Continuidade e Cooperação* o procedimento Tukey assinala diferenças significativas entre as médias dos grupos de utentes que percebem o seu estado de saúde como “muito boa” (M=68.75) e os que manifestam o seu estado de saúde como “razoável” (M=49.31; Tukey=.001), tal como com os que manifestam o seu estado de saúde ser “má” (M=42.65; Tukey=.010). Os conhecimentos sobre o que o médico fez e disse em consultas anteriores e a preparação sobre o que esperar de especialistas e dos cuidados hospitalares foi melhor valorizado significativamente no índice de satisfação por parte dos utentes que manifestaram a sua saúde ser “muito boa”.

Para o indicador *Organização dos Serviços* o procedimento Tukey revela diferenças significativas entre as médias dos utentes que expressam que a sua saúde é “excelente/óptima” (M=43.06) e os que expressam que a sua saúde é “razoável” (M=23.78; Tukey=.000) e os que afirmam ser “má” (M=22.30; Tukey=.009), também revelam diferenças muito significativas os que aludem a sua saúde ser “muito boa” (M=40.10) com os que aludem ser “razoável” (M=23.78; Tukey=.000) e diferenças significativas com os que aludem ser “má” (M=22.30; Tukey=.025), revelam-se ainda diferenças muito significativas entre os grupos de utentes que aludem a saúde ser “boa” (M=35.26) e “razoável” (M=23.78; Tukey=.000), valorizando melhor, logo mais satisfeitos com a facilidade em falar pelo telefone para o CS e a facilidade em falar pelo telefone com o médico de família e ainda a facilidade em marcar uma consulta que lhes sirva no CS, bem como o apoio do pessoal do CS, além dos médicos, o tempo que esperou na sala de espera e a rapidez com que os problemas urgentes foram resolvidos, os utentes que aludem melhor saúde.

Por último em relação à *Satisfação Global Europep* os testes de Tukey mostram diferenças significativas entre o grupo de utentes que manifestam a sua saúde ser “muito boa” (M=66.85) com o que manifesta ser “razoável” (M=49.25; Tukey=.003) e os que manifestam ser “má” (M=46.74; Tukey=.028), mostram também diferenças significativas as médias entre os grupos

de utentes que manifestam a sua saúde ser “boa” ($M=58.26$), com os que manifestam ser “razoável” ($M=49.25$; $Tukey=.019$), nestes casos foram os que manifestaram melhor saúde a apresentar-se mais satisfeitos.

Em suma, constatou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias encontradas nos resultados da satisfação com a variável “auto-percepção do estado de saúde”. Tais resultados levam a aceitar a inferência de que *existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas na satisfação com a variável “auto-percepção do estado de saúde”*.

Quadro 20 - Resultados da ANOVA e Teste de Tukey: Satisfação dos utentes em função do Estado de Saúde

Satisfação	Estado de Saúde	n	Média %	DP	F	p	Post-hoc p=
Relação Comunicação	A. Excelente/ Óptima	24	71.53	32.27	3.202	.013	B>D p= .034
	B. Muito Boa	40	71.88	20.86			
	C. Boa	97	64.95	23.13			
	D. Razoável	198	59.89	22.80			
	E. Má	17	59.31	34.97			
Cuidados Médicos	A. Excelente/ Óptima	20	68.00	31.56	9.406	.000	A>D p= .003 B>D p= .002 C>D p= .000
	B. Muito Boa	29	65.86	19.32			
	C. Boa	92	62.12	22.85			
	D. Razoável	198	48.26	22.14			
	E. Má	17	56.47	33.25			
Informação e Apoio	A. Excelente/ Óptima	20	73.75	29.91	6.957	.000	A>D p= .014 B>D p= .001 C>D p= .015
	B. Muito Boa	36	72.92	23.15			
	C. Boa	101	64.29	25.24			
	D. Razoável	206	54.19	26.72			
	E. Má	17	52.94	31.26			
Continuidade Cooperação	A. Excelente/ Óptima	24	62.50	32.13	6.028	.000	B>D p= .001 B>E p= .010
	B. Muito Boa	32	68.75	22.00			
	C. Boa	88	58.52	28.34			
	D. Razoável	198	49.31	25.82			
	E. Má	17	42.65	25.41			
Organização dos serviços	A. Excelente/ Óptima	24	43.06	27.11	11.789	.000	A>D p= .000 A>E p= .009 B>D p= .000 B>E p= .025 C>D p= .000
	B. Muito Boa	32	40.10	11.87			
	C. Boa	93	35.26	23.82			
	D. Razoável	202	23.78	18.10			
	E. Má	17	22.30	14.95			
Satisfação Europep Global	A. Excelente/ Óptima	16	63.35	27.61	6.209	.000	B>D p= .003 B>E p= .028 C>D p= .019
	B. Muito Boa	22	66.85	19.09			
	C. Boa	75	58.26	19.02			
	D. Razoável	174	49.25	29.93			
	E. Má	17	46.74	27.31			

1ª VEZ NO CENTRO DE SAÚDE

Existe efeito significativo da frequência com que recorre ao Centro de Saúde na

Satisfação dos Utentes

Em relação à influência da variável “1ª consulta neste Centro de Saúde”, os resultados dos testes *t* de *Student*, dados expressos no quadro 21, revelam que na generalidade não existem diferenças significativas nos resultados das dimensões dos Indicadores – Chave Europep. Contudo ao nível dos indicadores *Relação e Comunicação, e Satisfação Global Europep*, ocorrem diferenças significativas nos grupos de utentes em que era a 1ª vez na *Unidade de Saúde* e os que não era a 1ª vez na *Unidade de Saúde*, em relação à facilidade com que se sentiram à vontade para contar os seus problemas ao médico, à forma como o médico os ouviu e teve interesse nos seus problemas de saúde, bem como os fez sentir que tinha tempo suficiente durante as consultas e à forma como foram envolvidos nas decisões sobre os cuidados que o médico lhes prestou, apresentam diferenças significativas o que nos leva a aceitar parcialmente a inferência de que *existem diferenças estatisticamente significativas entre ser a 1ª vez na Unidade de Saúde na satisfação dos Utentes* (cf. Quadro 21).

Quadro 21 - Resultados do Test *t* de *Student*, na Satisfação dos Utentes em função da variável frequência com que recorre ao Centro de Saúde

<i>Indicadores – Chave Europep</i>	1ª Vez no CS	N	Média	Dp	Levene	p	t	P																																																																		
<i>Relação e Comunicação</i>	Sim	44	54.92	23.97	.362	.548	-2.415	.016																																																																		
	Não	332	64.28	24.18					<i>Cuidados Médicos</i>	Sim	44	57.27	24.53	.135	.714	.724	.469		Não	312	54.42	24.42	<i>Informação e Apoio</i>	Sim	40	58.13	29.83	1.787	.182	-.367	.714		Não	340	59.80	26.94	<i>Continuidade e Cooperação</i>	Sim	36	50.00	28.66	1.320	.251	-.894	.372		Não	323	54.30	27.18	<i>Organização dos serviços</i>	Sim	36	31.48	17.61	.363	.547	.659	.510		Não	332	29.05	21.32	<i>Satisfação Global Europep</i>	Sim	32	44.91	18.28	.877	.350	-2.327	.021	
<i>Cuidados Médicos</i>	Sim	44	57.27	24.53	.135	.714	.724	.469																																																																		
	Não	312	54.42	24.42					<i>Informação e Apoio</i>	Sim	40	58.13	29.83	1.787	.182	-.367	.714		Não	340	59.80	26.94	<i>Continuidade e Cooperação</i>	Sim	36	50.00	28.66	1.320	.251	-.894	.372		Não	323	54.30	27.18	<i>Organização dos serviços</i>	Sim	36	31.48	17.61	.363	.547	.659	.510		Não	332	29.05	21.32	<i>Satisfação Global Europep</i>	Sim	32	44.91	18.28	.877	.350	-2.327	.021		Não	272	54.34	22.05										
<i>Informação e Apoio</i>	Sim	40	58.13	29.83	1.787	.182	-.367	.714																																																																		
	Não	340	59.80	26.94					<i>Continuidade e Cooperação</i>	Sim	36	50.00	28.66	1.320	.251	-.894	.372		Não	323	54.30	27.18	<i>Organização dos serviços</i>	Sim	36	31.48	17.61	.363	.547	.659	.510		Não	332	29.05	21.32	<i>Satisfação Global Europep</i>	Sim	32	44.91	18.28	.877	.350	-2.327	.021		Não	272	54.34	22.05																								
<i>Continuidade e Cooperação</i>	Sim	36	50.00	28.66	1.320	.251	-.894	.372																																																																		
	Não	323	54.30	27.18					<i>Organização dos serviços</i>	Sim	36	31.48	17.61	.363	.547	.659	.510		Não	332	29.05	21.32	<i>Satisfação Global Europep</i>	Sim	32	44.91	18.28	.877	.350	-2.327	.021		Não	272	54.34	22.05																																						
<i>Organização dos serviços</i>	Sim	36	31.48	17.61	.363	.547	.659	.510																																																																		
	Não	332	29.05	21.32					<i>Satisfação Global Europep</i>	Sim	32	44.91	18.28	.877	.350	-2.327	.021		Não	272	54.34	22.05																																																				
<i>Satisfação Global Europep</i>	Sim	32	44.91	18.28	.877	.350	-2.327	.021																																																																		
	Não	272	54.34	22.05																																																																						

3. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Foram várias as etapas percorridas durante o estudo realizado, como tal, este não se poderá dissociar de cada uma delas. A discussão dos resultados dedica-se a uma interpretação das descobertas. Deste modo, procuramos neste ponto, analisar o conjunto dos resultados e interpretá-los segundo o tipo de estudo e o quadro de referência teórico utilizados.

Torna-se agora imperativo realizar uma discussão de resultados, tendo por base a fundamentação teórica existente, a metodologia adoptada e os dados obtidos. Pretendemos que esta seja uma análise crítica, comparando os nossos resultados com os que os investigadores dizem acerca da temática de investigação.

Dados Sociodemográficos

Os dados sociodemográficos estudados e que a seguir se apresentam são: sexo, idade, local de residência, habilitações literárias e situação perante o trabalho.

No nosso estudo é o sexo feminino que prevalece com 58.0%, o que vai ao encontro das estatísticas nacionais. Especificamente, nos Censos de 2011, a população residente em Portugal corresponde a 10.555.853 pessoas, sendo 47,86% do sexo masculino, e 52,14% do sexo feminino. A relação de mulheres para homens é de 107 para 100 respectivamente. Tendo por base o estudo de Ferreira, Raposo e Godinho (2005), que se baseou numa amostra de 11166 utentes, também estes eram na sua maioria do sexo feminino (65.9%). Num outro estudo realizado por Ferreira *et al.*, (2001), onde a amostra foi de 4000 utentes, a sua maioria era constituída por mulheres (62%). O mesmo se verifica no estudo de Hespanhol (1999) em que os participantes do sexo feminino foram também em maior número. Ainda num outro estudo levado a cabo por Ferreira e Antunes (2009), abrangendo 146 USF's (12713 utentes), mais de metade da amostra (67.5%) era constituída por utentes do sexo feminino. McIntyre (1999) constata que a maioria dos participantes no seu estudo era do sexo feminino.

Dos 419 utentes estudados na nossa Unidade de Saúde verificamos que 51.3% se situa no grupo dos 25 aos 44 anos, 32.5% dos utentes situam-se no grupo dos 45 aos 64 anos e apenas 1.9% são constituídos por utentes com idade igual ou superior a 65 anos. No estudo de Ferreira, Raposo e Godinho (2005), encontrou-se uma população envelhecida com 40.8% de utentes que se inserem no grupo de 65 ou mais anos, sendo seguido pelo grupo etário dos 45 aos 64 anos (31.1%). Num outro estudo realizado por Ferreira *et al.*, (2001) verificamos que a média de idades da maioria da população é de 47 anos. Ainda no que se refere a este dado

sociodemográfico constatamos que no estudo de Ferreira e Antunes (2009) a maioria dos utentes inquiridos se situa entre os 35 e 44 anos de idade, correspondendo a 21% da amostra.

Verificamos que 70.4% da nossa amostra são casados e 24.8% são solteiros. No estudo de Ferreira, Raposo e Godinho (2005) também se constata que 69.4% eram casados. No entanto diferem dos resultados dos Censos 2011, em que embora os casados sendo o maior grupo da população fica-se pelos 47% e o grupo dos indivíduos solteiros representa 40%. Também os resultados do estudo de McIntyre (1999) revelam que 54,4% eram casados.

Quanto ao local de residência dos sujeitos da amostra, a maior parte dos utentes reside na Cidade (51.7%), em aldeia reside 33.7% e apenas 14.6% reside em vilas. Verificamos que se acentuou a tendência para a desertificação das zonas rurais tal como refere os Censos 2011 “O país acentuou o padrão de litoralização da década anterior e reforçou o movimento de concentração da população junto das grandes áreas metropolitanas de Lisboa e Porto. A maior parte dos municípios do interior perdeu população. Em 2011, são 198 os municípios que registam decréscimos populacionais face a 171 municípios em 2001”.

No tocante à variável habilitações literárias, verificamos que apenas 1,0% da população inquirida não sabe ler nem escrever, 35.3% tem o 3º Ciclo do Ensino Básico, registam-se 28.6% dos utentes com o ensino Secundário. Apenas uma pequena percentagem dos utentes refere ter Ensino Superior (8.6%), sendo que maioritariamente é constituído por utentes do sexo feminino (14.0%). Nos estudos comparativos (Ferreira, Raposo and Godinho 2005) verificamos que o nível mais frequente na população estudada foi o baixo nível de habilitações literárias. Os resultados obtidos no estudo de Ferreira *et al.*, (2001) mostram que metade da amostra detém uma escolaridade igual ou inferior ao ensino básico (50%), sendo que destes 6% “Não sabia ler nem escrever”. No que respeita ao estudo de Ferreira e Antunes (2009) constatamos que 26% da amostra concluiu o primeiro ciclo do Ensino Básico, seguidos daqueles que concluíram o Ensino Secundário com 20%. Ferreira (2003), verifica que (11,3%) não sabiam ler nem escrever, (11,4%) apenas sabiam ler e escrever, mais de metade dos participantes (57,0%) tinham completado o ensino básico e apenas (10,1%) o ensino secundário. Os Censos 2011 revelam que cerca de 12% da população possui o ensino superior e nos restantes níveis de ensino, indicam que 13% da população possui o ensino secundário completo, 16% o 3º ciclo e 13% o 2º ciclo. O ensino básico 1º ciclo corresponde ao nível mais elevado e concluído por 25% da população. A população sem qualquer nível de ensino representa ainda 19%.

Em relação à situação perante o trabalho, apenas 5.0% da amostra trabalha por conta própria, 62.5% trabalha por conta de outrem, mas 32.5% está inactivo/não trabalha. Em

comparação os outros estudos apresentam um maior número de população inactiva mas também apresentam médias de idades superiores.

Caracterização dos indicadores relativos à consulta

A maioria dos utentes questionados deslocou-se à Unidade de Saúde por iniciativa própria (86.7%), ainda de realçar o facto de 12.6% dos inquiridos se deslocarem à Unidade de Saúde porque estava previamente combinada com o médico. Os resultados do estudo de Ferreira, Raposo e Godinho (2005) são concordantes com os do nosso estudo, pois 73.1% foi ao CS por iniciativa própria mas 22.0% tinham consulta previamente combinada com o médico.

Quanto à principal razão da consulta, constatamos que 28.8% andava adoentado há vários dias sem sentir melhoras e 26.2% adoeceu de repente. No estudo de Ferreira, Raposo e Godinho (2005), 55.4% andavam adoentados há vários dias e 20.5% foi por doença repentina.

Quando questionados sobre se a consulta tinha sido marcada com antecedência, 61.8% refere que não e 28.9% refere ter sido marcada para aquele dia, apenas 9.3% refere ter sido marcada com data e hora. No estudo de Ferreira, Raposo e Godinho (2005), os dados encontrados foram de 29.0% não ter sido marcada e 31.0% ter sido marcada para o dia, mas 39.9% ter sido marcada com data e hora.

Na questão da forma como foi marcada a consulta a maioria (66.9%) foi à Unidade de Saúde marcar, 18.3% da amostra marcou pelo telefone e 6.1% tinha a consulta marcada desde a consulta anterior, apenas 2.3% foi convocado para a consulta. Dados idênticos foram encontrados no estudo de Ferreira, Raposo e Godinho (2005), em que 52.8% se deslocou ao centro de saúde para marcar, 19.4% marcaram pelo telefone e 1.8% foi convocado/a pelo centro de saúde ou pelo médico.

Se a pessoa foi ou não informada da possibilidade de alterar a hora e o dia da consulta caso necessitasse 18.2% referiram que sim, no entanto a grande maioria (81.8%) referiu que não foi informado dessa possibilidade tal como no estudo de Ferreira, Raposo e Godinho (2005), 31.3% foi informado e 68.7% não foi.

Mais adiante a quando da discussão referente à dimensão “organização dos serviços” abordaremos novamente esta temática

No que se refere à frequência ao CS e se era ou não a 1ª vez que vinha à Unidade de Saúde nos últimos 3 anos, 86.4% da amostra referiu que não era a 1ª vez. Ainda segundo o estudo referido anteriormente, os resultados obtidos neste âmbito, estão de acordo com os nossos em que a ida a uma consulta subsequente era de 93.3%. Os utilizadores que usam o CS sem ser

pela 1ª vez estão significativamente mais satisfeitos do que aqueles para os quais esta foi a sua primeira consulta. Inversamente em 2002 os utentes do CS de Carnaxide que iam ao CS pela primeira vez ou cerca de uma vez por ano estão mais satisfeitos no que concerne ao tempo de espera no atendimento.

Tal como no nosso estudo McIntyre (2001) constata que os utentes que utilizam mais os serviços de saúde apresentam avaliações significativamente mais satisfatórias ao nível da comunicação e relações interpessoais.

Poderá dever-se ao facto dos utentes já conhecerem quem lhes vai prestar os serviços e de ter confiança nos serviços que vai obter lhe possa dar alguma compreensão e benevolência.

Preenchimento do questionário

Relativamente ao preenchimento do questionário, outro item avaliado ao longo do presente estudo, verificamos que, aproximadamente, metade dos utentes (50,9%) preencheram o questionário sozinhos, tendo os restantes (49,1%) pedido ajuda a familiares ou amigos. O mesmo se verifica no estudo realizado por Ferreira, Raposo e Godinho (2005), em que 61,5% dos utentes referiram ter preenchido o questionário sozinhos, tendo os restantes 38,5% pedido ajuda a familiares ou amigos.

Dados da auto-avaliação do estado de Saúde

Os dados referentes à auto-avaliação do estado de saúde dos Utentes da Unidade de Saúde e decorrem da questão: Estado Geral de Saúde, onde verificamos que 51.1% dos utentes expressa que o estado de saúde está “Razoável” e 26.5% que está “Bom”. Constatou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias encontradas nos resultados da satisfação com a variável “auto-percepção do estado de saúde” sendo que os mais satisfeitos eram os que manifestavam a sua saúde ser “muito boa”.

Os resultados obtidos no estudo de Ferreira, Raposo e Godinho (2005), são idênticos pois 55.3% que o seu estado de saúde está “Razoável”, 16.0% que está “Bom”, embora sejam disparem ao referirem 22.1% que o seu estado de saúde está “Má” e no nosso estudo apenas 5% o referem.

Ferreira (1999), considera que a percepção que os utentes têm do seu estado de saúde influencia de forma muito significativa a sua satisfação global, sendo os utentes que o classificam como excelente, os mais satisfeitos, e os que o classificam como fraco os mais insatisfeitos.

Indicadores EUROPEP

De seguida iniciamos a discussão dos resultados relativos aos cinco indicadores EUROPEP, tendo como base o estudo referenciado no quadro teórico.

Relação e Comunicação

Um dos indicadores-chave estudado é a Relação e Comunicação. De acordo com os resultados obtidos no presente estudo verificamos que as questões facilidade com que o utente se sentiu à vontade com o médico de família e confidencialidade da informação são avaliadas como “Excelente” por 27.9% e 31.3% dos utentes, respectivamente. As mesmas questões foram avaliadas no estudo realizado por Ferreira, Raposo e Godinho (2005), também com classificação de “Excelente” para 37,5% e 43,8% dos utentes, respectivamente. No estudo elaborado por Ferreira *et al.*, (2001), a tendência de resposta dos utentes tende para o “Muito Boa”. Ainda no que concerne ao indicador em questão, de um modo geral os utentes do estudo de Ferreira e Antunes (2009) encontram-se “Satisfeitos”. De salientar, ainda, que relativamente a este indicador, os utentes de um outro estudo, o qual foi elaborado por Ferreira (2009), envolvendo uma amostra de 915 utentes do CS da ULSNA - EPE, referem estar “Bastante Satisfeitos”.

A questão facilidade com que se sentiu à vontade para contar os problemas ao médico foi classificada pela maioria (49.1%) dos utentes do estudo de Ferreira e Antunes (2009) como “Muito Satisfeito”. No que se refere à forma como o médico o ouviu e à confidencialidade do processo, estas foram classificadas como “Muito Satisfeito” (50.9% e 52.0%, respectivamente).

No presente estudo, a questão referente à forma como os profissionais de saúde se interessam pelos seus problemas é classificada por 26.3% dos utentes questionados como “Muito Boa”. Por outro lado, são 29.9% dos utentes que também o referem na questão acima referida (Ferreira, Raposo and Godinho 2005).

Também analisamos estas questões em relação ao índice de satisfação global para cada dimensão e em cada aspecto/pergunta. Destacamos positivamente o indicador Relação e Comunicação (63.2), assim como a informação e apoio que recebem (59.6), os nossos resultados estão concordantes com os de Ferreira, Raposo e Godinho (2005), pois também esses utentes estavam na generalidade satisfeitos com o seu médico de família em especial com a relação e comunicação (68%) bem como a informação e apoio que recebem (59%). De facto, os utilizadores estão mais satisfeitos com a facilidade que tiveram durante a consulta para

contar os seus problemas ao médico e com a forma como este os ouviu. Sentem, no entanto, que durante estas consultas não tiveram tempo suficiente. Isto é, a qualidade de tempo passado com o médico é boa mas a sua quantidade é escassa.

No nosso estudo quanto ao indicador “Relação e Comunicação” os resultados obtidos assinalam diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos utentes, e são os sujeitos do sexo masculino, os utentes residentes em meio citadino, os detentores do ensino secundário e os que percebem ter uma saúde “muito boa” a apresentar maior índice de satisfação o que revela maior satisfação no que toca à forma como o médico os ouviu e teve interesse nos seus problemas de saúde, bem como os fez sentir que tinha tempo suficiente durante as consultas e o modo como foram envolvidos nas decisões sobre os cuidados que o médico lhes prestou. Quanto à idade os resultados obtidos pelas correlações, expressam a existência de associações negativas, estatisticamente significativas.

Porque os doentes são a razão de ser da existência de organizações de saúde, temos de ir ao encontro das suas expectativas, revendo o sistema de gestão das consultas em número e tempo para os utentes.

Cuidados Médicos

No que respeita aos Cuidados Médicos constatamos que a maior percentagem dos utentes responde no item “Boa” e são 38.4%, 36.3%, 32.9% e 29.1% respectivamente nas questões, o alívio rápido dos sintomas, o facto de o médico o ajudar a sentir-se bem para as suas tarefas diárias, atenção dispensada e a oferta de serviços de prevenção de doenças. No estudo realizado por Ferreira, Raposo e Godinho (2005), das referidas questões são classificadas como “Boa” por 29.3%, 28.1%, em alívio rápido dos sintomas, o facto de o médico o ajudar a sentir-se bem para as suas tarefas diárias respectivamente e 29.2% e 26.7% respectivamente em relação à atenção dispensada e à oferta de serviços de prevenção de doenças na possibilidade de resposta “muito boa”.

Dentro do indicador Cuidados Médicos, no estudo de Ferreira e Antunes (2009), no que diz “ao alívio rápido dos seus sintomas” e “ajuda para se sentir suficientemente bem nas suas tarefas diárias”, estas são classificadas como “Bastante Satisfeito” (50,0% e 50,2%, respectivamente). No estudo de Ferreira (2009), “Bastante Satisfeitos” (46,6%) encontram-se os utentes, no que concerne aos Cuidados Médicos. De destacar que neste estudo a oferta de serviços de prevenção de doenças é classificada como “Muito Satisfeito” por 44,6% dos utentes.

Aferimos que as pessoas revelam-se mais desapontadas com a rapidez com que vêm aliviados os seus sintomas (49.4) e com o apoio com que recebem para minorar as limitações nas actividades diárias (54.0). Por outro lado as questões com melhor índice são os exames executados pelo médico (58.5) e a atenção dispensada (58.0).

No nosso estudo quanto à dimensão “Cuidados Médicos” os resultados obtidos assinalam diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos utentes, e são os detentores do ensino secundário e os que percebem ter uma saúde “excelente/optima” a apresentar maior índice de satisfação o que revela serem estes a estar mais satisfeitos com o alívio rápido dos seus sintomas, a ajuda a sentir-se suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias, tal como a atenção dispensada e o exame que o médico lhes fez.

Informação e Apoio

No que concerne à Informação e Apoio, no nosso estudo, os utentes classificam maioritariamente como “Boa” todas as questões em estudo (explicação detalhada dos exames e tratamentos, informação sobre sintomas e doença, ajuda para enfrentar os problemas emocionais e importância de seguir os conselhos médicos). Em contrário estas questões foram avaliadas no estudo desenvolvido por Ferreira, Raposo e Godinho (2005), com a classificação de “Muito Boa”. De modo semelhante verificamos que a maioria dos utentes envolvidos no estudo de Ferreira *et al.*, (2001) coloca no patamar de “Excelente” o referido indicador EUROPEP. Por sua vez, num estudo de Ferreira e Antunes (2009), a maioria dos utentes inquiridos referiram encontrar-se “Bastante Satisfeito” no que se refere a este indicador.

Nesta dimensão (Informação e Apoio) analisando o índice de satisfação os nossos resultados vão ao encontro dos do outro estudo já referido e situam-se em todas as questões na ordem dos 60% os utentes sentem-se relativamente satisfeitos com as explicações detalhadas dos exames e tratamentos, com a informação sobre sintomas e doença, bem como a ajuda para enfrentar os problemas emocionais e importância de seguir os conselhos médicos.

Outros estudos apontam no sentido de que quanto melhor for a informação prestada maior é a satisfação dos utentes (Sigurthardottir, 1996; Meehan, 1999; Oermann and Templin, 2000; Neto et al., 2003; Melo, 2005; Martins, 2010).

Ferreira (2009) verificou que os utentes com menor literacia, provavelmente, provenientes de classes sócio-económicas mais desfavorecidas, são também os mais insatisfeitos, especialmente na dimensão “informação e apoio”.

No nosso estudo quanto à dimensão “Informação e Apoio” os resultados obtidos assinalam diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos utentes, são os sujeitos do sexo masculino, os utentes residentes em meio citadino e os que percebem ter uma saúde “excelente/ótima” a apresentar maior índice de satisfação no tocante à explicação detalhada dos objectivos dos exames e dos tratamentos prescritos, às informações sobre o que queriam saber dos seus sintomas e da sua doença bem como a ajuda a enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde e o encorajamento para compreender a importância de seguir os conselhos por parte do médico.

As investigações demonstram que os utentes requerem maior atenção por parte de todos os profissionais envolvidos quer no apoio, quer na informação.

Continuidade e Cooperação

Este indicador aborda duas questões que são: aos conhecimentos do médico sobre consultas anteriores e preparação sobre o que esperar de especialistas e cuidados hospitalares, 34.4% e 24.6% dos utentes do nosso estudo classificaram-no como sendo “Boa”.

No estudo realizado por Ferreira, Raposo e Godinho (2005), 24.3% e 23.0% também consideram ser “Boa”.

Outro estudo que avaliou este indicador obteve por parte dos seus utentes a classificação de “Muito Satisfeito” (44.5%), no que respeita ao facto de o médico ter conhecimento sobre o que foi feito e dito nas consultas anteriores. No que se refere à preparação sobre o que esperar de especialistas e cuidados hospitalares foi obtida uma percentagem semelhante (42.5%), à qual corresponde o patamar de “Bastante Satisfeito” (Ferreira and Antunes, 2009).

Noutro estudo realizado por Ferreira, (2009) os utentes encontram-se “Bastante Satisfeitos” 46.4% e 42.9% respectivamente para os itens anteriormente referidos. Chegou também a resultados em que os utentes com menor literacia, provavelmente, provenientes de classes sócio-económicas mais desfavorecidas, são também os mais insatisfeitos, especialmente nas dimensões “informação e apoio” e “continuidade e cooperação”.

O indicador Continuidade e Cooperação é classificado pela maioria dos utentes como “Boa” no estudo de Ferreira *et al.*, (2001).

Em relação à dimensão Continuidade e Cooperação as pessoas encaram positivamente a continuidade de cuidados entre consultas com o mesmo médico de família (54.2), ao passo que vêm com alguma preocupação a falta de preparação sobre o que esperar dos médicos hospitalares e dos cuidados prestados nos hospitais (53.3) e são os sujeitos do sexo masculino,

os utentes residentes em meio citadino, e os que percebem ter uma saúde “muito boa” a apresentar maior índice de satisfação. Também nesta dimensão e em relação ao índice de satisfação estes resultados são coincidentes com os verificados no estudo de Ferreira, Raposo e Godinho (2005), em que os utentes estão mais satisfeitos com o conhecimento sobre o que o médico fez e disse em consultas anteriores e vêm com preocupação a falta de preparação sobre o que esperar dos cuidados hospitalares.

Organização dos serviços

De acordo com os resultados obtidos no nosso estudo verificamos que a maioria dos utentes avalia as questões nos itens “Má” e “Razoável”. Obtendo-se os melhores índices às questões, apoio do pessoal da Unidade de Saúde (37.3) e rapidez com que os problemas urgentes foram resolvidos (37.4), estes ainda se apresentam abaixo de 50% o que denota insatisfação generalizada.

Reportando-nos agora ao estudo do CS de Carnaxide, cerca de 48% dos utentes estavam “Satisfeitos ou Muito Satisfeitos” com o atendimento telefónico (Ministério da Saúde, 2004).

Analisando os resultados obtidos no estudo realizado por Ferreira, Raposo e Godinho (2005), verificamos que a questão facilidade em falar pelo telefone com o médico é 39,6% no item “Má”.

Quando reflectimos sobre os resultados obtidos na dimensão organização dos serviços verificámos que esta é a dimensão que apresentava o pior score. Sendo que o item com maior insatisfação para os utentes era a acessibilidade/acessos. Constatou-se uma grande insatisfação generalizada em relação à Unidade de saúde. De facto os utilizadores dos cuidados primários de saúde estão muito insatisfeitos com aspectos como a facilidade em marcar uma consulta convenientemente (21.3), a facilidade em falar pelo telefone para o Unidade de Saúde (22.7), e tempo que esperou na sala de espera (25.2) e são os utentes residentes em meio citadino, os detentores do ensino secundário e os que percebem ter uma saúde “muito boa” a apresentar maior índice de satisfação. Analisando o índice de satisfação os nossos resultados também são concordantes com os do estudo de Ferreira, Raposo e Godinho (2005), em que apresentam uma grande insatisfação principalmente com o tempo de espera na sala de espera.

É de destacar que também no estudo de Ferreira (1999), no indicador respeitante à organização dos serviços, se constatou uma grande insatisfação generalizada.

McIntyre *et al.*, (2002), Freitas *et al.*, (2008), Colaço e Santo (2008) defendem que a organização dos serviços deve ser uma área de intervenção a privilegiar, sendo apresentado

muitas vezes como o indicador com pior índice de satisfação. De facto um estudo recente “Survey of Health Care Consumers in Portugal 2011”, as principais áreas de oportunidade de melhoria apontadas foram os tempos de espera e o acesso aos cuidados de saúde.

McIntyre (2001) apresenta resultados em que a satisfação com o sistema de marcação de consultas influencia as representações em relação aos médicos e à Medicina, ou seja, os participantes que se encontravam satisfeitos quanto ao sistema de marcação de consultas apresentavam melhores resultados nas escalas de acessibilidade e de avaliação global. Por sua vez, os sujeitos que se encontravam mais insatisfeitos com o sistema de marcação das consultas eram aqueles que apresentavam atitudes negativas face aos médicos e à Medicina.

De facto, os utilizadores dos CS estão insatisfeitos com aspectos como o tempo de espera e facilidade em marcar consultas. A eficiência organizativa é, assim, posta em causa na avaliação feita pelos utilizadores dos Centros de Saúde.

Perduram as dificuldades dos Centros de Saúde para os dotarem de mecanismos mais céleres e eficazes de contacto com os utentes, designadamente o recurso às novas tecnologias, como Internet e o correio electrónico (e-mail). O mesmo acontece relativamente às falhas no atendimento ao público não presencial que, no esclarecimento de dúvidas, poderia eventualmente eliminar barreiras e constrangimentos.

Indicadores das áreas específicas

Tendo como base o mesmo estudo referenciado no quadro teórico, segue-se a discussão dos resultados relativos aos Indicadores das áreas específicas que, por sua vez, são avaliados nos três itens que se seguem.

Consulta, Marcação e Acessibilidade

Relativamente ao indicador Consulta, Marcação e Acessibilidade constatamos que 63,2% dos utentes recorrem ao CS para marcar a consulta, 78,95% não é informado da possibilidade de alterar a data ou a hora da consulta e 72,2% refere que a consulta foi marcada para uma hora que lhe era conveniente. Resultados semelhantes foram obtidos no estudo desenvolvido por Ferreira, Raposo e Godinho (2005), apresentando estes as seguintes percentagens: 52,8%, 68,7% e 58,0%, respectivamente para cada uma das questões acima referenciadas. No estudo realizado na Sub-região de Saúde de Viseu a maioria dos utentes opta por marcar a consulta deslocando-se ao CS (52,8%), verifica-se ainda que 68,7% referem que a informação sobre a

alteração da data / hora da consulta não é transmitida e 58,0% consideram que a consulta foi marcada para a hora que mais lhes convinha, estando de acordo com o nosso estudo.

Profissionais

Outro indicador por nós estudado diz respeito aos Profissionais (Médicos, Enfermeiros e Administrativos). No estudo por nós realizado a questão referente à pontualidade é avaliada como “Razoável” com percentagens de 38.4%, 38.2% e 40.1%, respectivamente. Comparativamente, no estudo realizado por Ferreira, Raposo e Godinho (2005), a pontualidade dos profissionais também classificada como “Razoável”. O mesmo se constata no estudo da Sub-região de Saúde de Viseu (Ferreira, Raposo and Godinho (2005). De igual forma, também Ferreira (2009) avaliou a pontualidade, onde os utentes se mostraram na sua maioria “Bastante Satisfeitos”.

Os participantes do sexo feminino são os que têm uma opinião mais desfavorável quanto às condições do centro de saúde. Não foi encontrada qualquer relação entre as condições do CS e os grupos de utentes em função das habilitações literárias, idade, estado civil e frequência de consultas.

No estudo de Ferreira (2000), foram obtidos resultados idênticos. A avaliação atribuída ao conforto foi menos pontuada do que a atribuída à limpeza. Parte da amostra considerara a limpeza e o conforto como mau, apresentando resultados de 5% e 21,3%, respectivamente. No entanto e em contraste com os nossos resultados, foram os homens e os mais idosos que avaliaram melhor qualquer um destes indicadores, poderá dever-se nestas questões a uma maior exigência feminina.

4. CONCLUSÃO

Ao terminar esta investigação, cabe agora retirar as principais ilações da mesma, de forma a propor medidas que possam melhorar a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde recebidos. Este capítulo íntegra conclusões gerais e limitações desta investigação, bem como algumas sugestões para investigações futuras.

CONCLUSÕES GERAIS

Relançar um olhar sobre o percurso desta investigação e desenvolver uma síntese final da mesma, é o desafio que neste momento se nos coloca. Desta forma, apresentamos de seguida, as conclusões gerais deste trabalho, tendo em conta os objectivos orientadores do mesmo.

- São os homens a apresentar melhor índice de satisfação nas dimensões Relação e Comunicação $p=.023$, Informação e Apoio $p=.001$ e Continuidade e Cooperação $p=.015$
- A idade exerce um efeito sobre a totalidade das dimensões sendo que quanto maior for a idade menor a satisfação dos utentes;
- O grupo de utentes residentes na Cidade apresenta melhor índice de satisfação na generalidade das dimensões à excepção da dimensão Cuidados Médicos;
- Genericamente os solteiros pontuam mais favoravelmente que os casados, mas sem a verificação de efeitos significativos;
- Os utentes que revelam deter como habilitações literárias o “Ensino Secundário” são os que se apresentam mais satisfeitos em todas as dimensões;
- Os utentes que auto-percepcionam a sua saúde como “excelente/ óptima apresentam na generalidade das dimensões um índice de satisfação significativamente mais elevado;
- Os utentes que vão ao CS pela 1ª vez são os que se apresentam de um modo global menos satisfeitos $p=.021$.

Desta forma, a satisfação do utente, enquanto medida pessoal da adequação dos cuidados às expectativas, revelou-se um bom indicador da qualidade e efectividade dos cuidados prestados, permitindo identificar oportunidades de melhoria e representando uma ferramenta fundamental de apoio á gestão dos cuidados de saúde.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA INVESTIGAÇÕES FUTURAS

Enquanto estudo de investigação de cariz científico, este trabalho apresenta algumas limitações. Estas surgem associadas essencialmente á baixa adesão dos utentes ao preenchimento do instrumento de colheita de dados. Estamos conscientes que uma amostra de maior dimensão, sendo mais representativa da população estudada, permitiria outro tipo de análise, recorrendo a outras possibilidades estatísticas, assim como suportariam conclusões mais robustas.

Apesar das limitações anteriormente referidas, consideramos, este nosso trabalho, um contributo válido para o conhecimento da realidade da satisfação dos utentes face à prestação dos cuidados de saúde primários no nosso país. Os resultados obtidos demonstraram ainda a existência de um vasto campo para estudo, pelo que pensamos ser pertinente registar algumas sugestões para futuras pesquisas nesta área. Assim, propomos a adopção de um único instrumento de colheita de dados, por parte do Ministério da Saúde, a sistematização da sua aplicação, e a monitorização da qualidade dos cuidados de saúde prestados em diferentes instituições. Seria de todo pertinente a comparação dos resultados verificados em diferentes instituições, ou analisar os scores obtidos numa mesma instituição em diferentes timings.

Acreditamos também que adopção, pela Unidade de Saúde, de uma política de qualidade, monitorizando os serviços prestados, contribuiria para a obtenção de respostas válidas e adequadas às necessidades reais da população, culminando numa melhoria da satisfação dos utentes e na redução dos custos associados aos cuidados de saúde. Obviamente que tudo isto só seria possível, se todos os profissionais fossem sensibilizados, para a importância desta temática, e para a necessidade de valorização crescente da satisfação dos cuidados de saúde como indicador da qualidade dos cuidados recebidos

A eficiência constitui o maior desafio para qualquer sistema de saúde do século XXI, visa-se uma prestação de cuidados centrada no doente e que utiliza o mínimo de recursos para obtenção de resultados de qualidade. Prestadores e instituições sentem este desafio crescente e procuram identificar os seus pontos fortes e fracos, avaliar a qualidade dos cuidados que prestam, analisar as condicionantes da sua prestação, e desenvolver estratégias para melhorar estruturas e processos. Neste sentido, os indicadores centrados no doente, como a de satisfação com os cuidados, são cada vez mais reconhecidos como elementos críticos na monitorização e avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. A monitorização deste tipo de indicadores, é de inegável importância. Por isso, sugerimos a sua continuação em investigações adicionais, no

sentido de planear intervenções para as oportunidades de melhoria identificadas e avaliação de resultados da sua implementação, em termos de ganhos em saúde (qualidade e efectividade).

Referimos de seguida as principais conclusões que emergem da nossa investigação e por fim terminamos com sugestões que consideramos pertinentes na realização de estudos futuros nesta temática.

A comunicação entre profissionais e utentes tende a ser insatisfatória, muito pela limitação de tempo e conseqüente falta de disponibilidade que a maioria desses profissionais enfrenta por ter que conciliar diferentes actividades e pela insuficiente preparação para escutar e dialogar com o utente. Mais que as técnicas, a competência, a organização e a atenção aos detalhes, os utentes valorizam a capacidade do cuidar, a capacidade de escutar ou a disponibilidade de tempo que são importantes na humanização do cuidado, para tal porque não implementar planos de formação diferenciados.

Em pleno século XXI o aprofundar do uso das novas tecnologias é premente e fará com que aspectos que obtiveram indicação de descontentamento por parte dos utentes como seja “rapidez com que foi atendido/a”, “facilidade em marcar uma consulta que lhe sirva na Unidade de Saúde” ou “tempo que esperou na sala de espera” mereça melhor resposta. Estas novas tecnologias podem e devem ser utilizadas para o sistema de marcação de consultas entre outras funcionalidades.

A afetação de recursos humanos levará a que quer ao nível das questões anteriores, mas também outras como “facilidade em falar pelo telefone para o Unidade de Saúde”, “facilidade em falar pelo telefone com o Médico de Família”, “erviços ao domicílio fornecidos pela Unidade” e “liberdade de escolha do profissional de saúde e possibilidade de uma segunda opinião” possam ter mais qualidade, daí originar menos descontentamento.

O presente trabalho contribui para a investigação, no domínio da avaliação da satisfação e da qualidade dos serviços, nos cuidados de saúde primários e sugere que os Centros de Saúde devem melhorar a sua imagem institucional, que tem impacto directo nas expectativas e satisfação dos utentes, como se conclui no presente estudo. Sugere ainda que, se incentive cada vez mais os utentes a utilizar os mecanismos formalmente instituídos para a recolha de reclamações/sugestões, com vista à melhoria contínua dos serviços de saúde.

BIBLIOGRAFIA

Academia das Ciências de Lisboa e Fundação Calouste Gulbenkian (2001). *Dicionário da língua portuguesa contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa*. Lisboa: Verbo.

Araújo, J. F. F. E. (2005). *A reforma do Serviço Nacional de Saúde: O novo contexto de gestão pública*. Braga: Universidade do Minho. (Documento de Trabalho. Série I, nº9). Recuperado em 6 de Maio de 2011, em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3225/1/NEAPPSerieI%289%29.pdf>.

Associação Portuguesa para a Qualidade. (1995). *Qualidade em movimento*. Lisboa: APQ.

Baganha, M. I., Ribeiro, J. S. e Pires, S. (2011). *O sector da saúde em Portugal: Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*. Recuperado em 6 de Maio de 2011, em <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/182/182.pdf>.

Barros, P. P. e Simões, J. A. (2007). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 9, 1-163. Recuperado em 6 de Maio de 2001, em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/107842/E90670.pdf.

Barros, P. P. (1999). Eficiência e qualidade: mitos e contradições. In Academia das Ciências de Lisboa (ed.), *Colóquio-Debate Eficiência e Justiça em Cuidados de Saúde* (pp. 1-13). Recuperado em 6 de Maio de 2011, em <http://ppbarros.fe.unl.pt/My%20Shared%20Documents/ac-ciencias.pdf>.

Barros, P. P. (2000). *A economia dos serviços de saúde: Sector público e sector privado na prestação*. Lisboa: UNL. Apresentado a I Curso de Gestão de Serviços de Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Recuperado em 6 de Maio de 2011, em <http://ppbarros.fe.unl.pt/My%20Shared%20Documents/publicoprivado.pdf>.

Barros, P. P. (2009). *Economia da saúde: Conceitos e comportamentos* (2ª ed.). Lisboa: Almedina.

Biscaia, J. L. (2000). Qualidade em saúde: uma perspectiva conceptual. *Qualidade em Saúde*, 0, 6-10.

Carr-Hill, R. A. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*, 14(3), 236-249.

Carvalho, G.S. (2002) Literacia para a Saúde: Um contributo para a redução das desigualdades em saúde. In Saúde: As teias da discriminação social - Actas do Colóquio Internacional: Saúde e Discriminação Social (Org.: M.E. Leandro, M.M.L. Araújo, M.S. Costa). Braga: Universidade do Minho, pp.119-135.

Cohen, G., Forbes, J. e Garraway, M., (1996). Can different patient satisfaction survey methods yield consistent results? Comparison of three surveys. *British medical Journal*, 313, 841-844.

Cruz, C. e Carvalho, O. (1994). *Qualidade, uma Filosofia de Gestão*. Lisboa: Texto Editora.

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

Direcção Geral da Saúde. (1999). *Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Direcção Geral de Saúde. (1998). *O hospital português*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Donabedian, A. (1969). Medical care appraisal: Quality and utilization. In *Guide to medical care administration* (Vol. 11). Nova Iorque: American Public Health Association.

Donabedian, A. (1980). Definition of quality and approaches to its assessment. In *Explorations in quality assessment and monitoring* (Vol. 1). Michigan: Health Administration Press.

Donabedian, A. (1983). The quality of care in a health maintenance organization: A personal view. *Inquiry*, 20(3), 218-222.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260 (12), 1743-1748.

Fernandes, I. M. R., Queirós, P. J. P. e Seco, R. S. S. (2009). Os comportamentos de cuidar dos enfermeiros na perspectiva dos doentes. *Revista Investigação em Enfermagem*, 19, 39-52.

Ferraz, S. (1996). *Bases conceituais de promoção da saúde*. Brasília: OPS.

Ferreira, A. S. (2004). Do que falamos quando falamos de regulação em saúde? *Análise Social*, XXXIX(171), 313-337.

Ferreira, P. e Seco, O. (1993). Algumas estratégias para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. *Revista Critica de Ciências Sociais*, 37, 159-171.

Ferreira, P. (1990). *Intemporal stability of patient's quality judgments*. Tese de Doutoramento. Madison: University of Wisconsin.

Ferreira, P. (1991). Definir e medir a qualidade dos cuidados de saúde. *Revista Critica de Ciências Sociais*, (33), 93-109.

Ferreira, P. (1998). *A voz dos doentes: Ondas 1, 2 e 3, Hospitais da Universidade de Coimbra*. Coimbra: CEIS.

Ferreira, P. (2001). Avaliação dos doentes de cuidados primários: Enquadramento conceptual. *Revista Portuguesa de Clínica geral*, 17, 15-45.

Ferreira, P. L. e Antunes, P. (2009). *Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF*. Coimbra. Recuperado em 14 de Junho de 2010, em http://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/USF_Util/USF_Rel_Util.

Ferreira, P. L. & Seco, O. (1993). Algumas estratégias para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. *Revista Critica de Ciências Sociais*, 37, 159-172.

Ferreira, P. L. (1991). Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. *Revista Critica de Ciências Sociais*, 33, 93-112.

Ferreira, P. L. (1999). *A voz dos doentes: Satisfação com a medicina geral e familiar: Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Ferreira, P. L. (2000). Avaliação dos doentes de cuidados primários: enquadramento conceptual. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 16, 53-62.

Ferreira, P. L. (2001). Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: O caso de Lisboa e Vale do Tejo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Temático 2, 53-61.

Ferreira, P. L. (2009). *Monitorização da satisfação dos utilizadores da ULSNA*. Coimbra: CEISUC. Recuperado em 6 de Outubro de 2009, em http://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/ULSNA_Prof/ULSNA_prof.pdf.

Ferreira, P. L. et al. (2001). *Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo*. Lisboa. Recuperado em 14 de Junho de 2010, em <http://www.uc.pt/feuc/pedrof/docs/Publicacoes/AN200102.pdf>.

Ferreira, P. L., Afonso, P. B., Raposo, V. e Godinho, P. (2003). *Satisfação dos portugueses com os cuidados de saúde privados*. Coimbra: Instituto do Consumidor.

Ferreira, P. L., Raposo, V. e Godinho, P. (2005). *A voz dos utilizadores dos Centros de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, Instituto da Qualidade em Saúde.

Fortin, M.F. (1996). *O processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.

- Gil, A. (1995). Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Editora Atlas.
- Goldfield, N. *et al.* (1994). *Measuring and managing health care quality: Procedures, techniques and protocols*. Gaithersburg: Aspen Publishers.
- Graça, L. (1999). *Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade: A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos Centros de Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Grol, R. *et al.* (2000). Patients in Europe evaluate general practice care : An international comparison. *British Journal of General Practice*, 50, 882-887.
- Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (2009). *Acontecimento extraordinário: SNS, proximidade com qualidade*. Recuperado em 13 de Outubro de 2010, em http://www.arsalgarve.minsaude.pt/site/images/centrodocs/relatório_Fev09_Final.pdf.
- Guadagnoli, E. e Ward, P. (1998). Patient participation in decision making. *Social Science and Medicine*, 47, 329-339.
- Instituto de Seguros de Portugal (2009). Plano estratégico 2007-09. Recuperado em 22 de Maio de 2011, em <http://www.isp.pt/NR/exeres/698DECAB-E450-4821-AB91-4D31226BB87C.htm>.
- Lobo, L. (2008). Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, XXVI(2), 367- 371.
- McIntyre, T., Pereira, M. G. e Soares, V. A. (2001). Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(2), 69-80.
- McIntyre, T. e Silva, S. (1999). *Estudo aprofundado da satisfação dos utentes dos serviços de saúde na região norte: Relatório final sumario*. Braga: ARS-Norte e Universidade do Minho.

Mendes, E. (1996). *Uma agenda para a saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco.

Ministério da Saúde (2004). *Avaliação da satisfação dos utentes do C.S. de Carnaxide*. Lisboa: Sub-Região de Saúde. Recuperado em 11 de Outubro de 2010, em <http://www.cscarnaxide.minsaude.pt/formacao/avalsatisf/sugesc.htm>.

Ministério da Saúde (1997). *Princípios de garantia de qualidade*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (1999). *Saúde, um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século: 1998-2002*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2003). *Contributos para um plano nacional de saúde: Orientações estratégicas*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Monteiro, A. (2000). *Qualidade dos cuidados hospitalares: A voz dos doentes*. Coimbra: Faculdade de Economia de Coimbra.

Mossialos, E. (1997). Citizen's views on health care systems in the 15 member states of the European Union. *Health Economics*, 6, 109-116.

Nelson, E. et al (1989). The patient judgment system: Reability and validity quality. *Review Bulletin*, 15, 185-191.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2003). *Relatório de Primavera de 2003: Saúde que rupturas?* Lisboa: Ministério da Saúde.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2004). *Incertezas gestão da mudança na saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Oliveira, M. e Pinto, C. (2005). Health care reform in Portugal: An evaluation of the NHS experience. *Health Economics*, 14, S203-S220.

Organização Mundial de Saúde (1948). *Definição de saúde*. Recuperado em 11 de Outubro de 2010, em www.who.int/about/definition/en.

Øvretveit, J. (1992). *Health service quality*. Oxford: Blackwell Scientific Press.

Pisco, L. e Biscaia, J. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Temático(2), 43-51.

Polit, D. e Hunnigler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes médicas.

Ministério da Saúde (1999). *Saúde: Um compromisso, a estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ribeiro, A. L. A. (2005). O percurso da construção e a validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 16, 53-60.

Roter, D. (1989). Which facets of communication have strong effects on outcome: A metanalysis. In M. Stuart & I.D. Roter (Eds.), *Communicating with medical patients* (pp. 183-196). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Rutledge, R. e Nascimento, P. (1996). Satisfaction with HMOs: Accessibility issues top list for patients in commercial groups. *Journal of Health Care Marketing*, 16, 22-27.

Sakellarides, C., Reis, V., Escoval, A., Conceição, C., Barbosa, P. (2006). *O futuro do Sistema de Saúde Português: Saúde 2015*. Lisboa: Observatório do QCA da Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. Recuperado em 11 de Outubro de 2010, em

<http://www.google.pt/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.qren.pt%2Fdownload.php%3Fid%3D76&rct=j&q=Na%20d%C3%A9cada%20de%2070%20a%20cobertura%20do%20pa%C3%ADs%20em%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3>

[%BAde%20era%20insuficiente%20e%20o%20acesso%20das%20pessoas%20aos%20cuidados%20de%20sa%C3%BAde%20limitado%20Sakellarides&ei=WhzFTbTbMoqFhQeYo_jkAw&usg=AFQjCNFueJR6o2Xc23FmIkamnVYFxYbg9g.](#)

Santos, M. (1993). Avaliação da qualidade na perspectiva do utente: importância dos aspectos não técnicos da prestação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 29-45.

Sepúlveda, M. (1998). A Satisfação dos utentes em relação à qualidade dos cuidados: consultas de ginecologia/obstetrícia e de cirurgia geral na sã vida, Medicina Apoiada. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 16(4), 33-55.

Silva, C. A. da *et al.* (2007). *Estudo da satisfação dos utentes do Hospital Espírito Santo de Évora EPE : relatório final*. Évora: Universidade de Évora, Centro de Investigação em Sociologia e antropologia “Augusto da Silva”. Recuperado em 8 de Outubro de 2010, em http://www.hevora.min-saude.pt/docs/qualidade/relatorio_final_hese_epe.pdf.

Simões, J. A. R. (2008). A visão de um médico católico português. *Acção Médica*, 72(2), 95-106.

Simões, J. *et al.* (2007). Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde: Relatório final. Lisboa.

Sitzia, J. e Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med*, 45, 1829 -1843. Acesso em Julho, 21, 2011, em http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6VBF-3SX2J3N-W-2&_cdi=5925&_user=2465353&_pii=S0277953697001287&_origin=browse&_zone=rslt_list_item&_coverDate=12%2F31%2F1997&_sk=999549987&_wchp=dGLbVlz-zSkWl&_md5=0a95866ba3865432e5d4c76549959668&_ie=/sdarticle.pdf.

Sousa, P. A. F. de (2009). *O sistema de saúde em Portugal: Realizações e desafios*. *Acta Paul Enferm*, 22(Esp. 70 anos), 884-94.

Ware, J. (1981). Research methodology: How to survey Patient satisfaction. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, 15, 892-899.

Ware, J. *et al.*(1990). Patient judgments of hospital quality. *Med Care*, 9, 17-18.

Ware, J., Davies, A. e Stewart, A. (1978). The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health and Medical Care services Review*, 1(1).

Ware, J., Snyder, M. e Wright, W. (1976). *Development and validation of scales to measure patient satisfaction with health care services*. Springfield: National Technical Information Service.

Ware, J. E., Davies-Very, A. & Stewart, A. L. (1977). *The measurement and meaning of patient satisfaction: A review of the literature*. Santa Monica, CA: RAND Publication.

Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Science and Medicine*, 16 (5), 577-582.

World Health Organization (2000). *World Health Report 2000*. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

ANEXO 1: ESTUDO «A VOZ DOS UTILIZADORES DOS CENTROS DE SAÚDE»

A voz dos utilizadores dos Centros de Saúde



EUROPEP 2003/2004

Portugal

n= 11.166

Maio de 2005



CEISUC
Centro de Estudos e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra

iQS Instituto da Qualidade em Saúde



A VOZ DOS UTILIZADORES DOS CENTROS DE SAÚDE

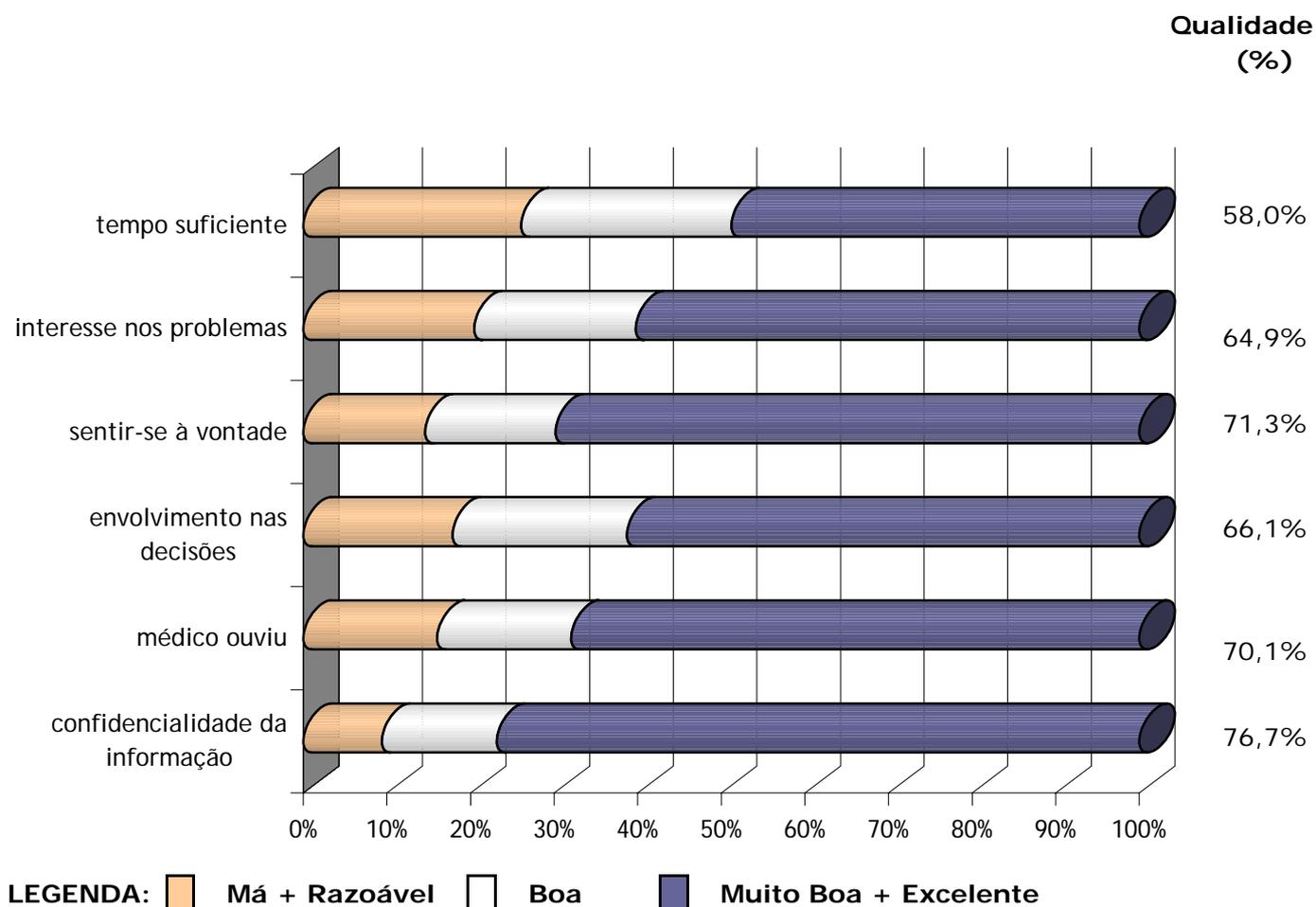
A	INDICADORES-CHAVE EUROPEP 	A1 - RELAÇÃO E COMUNICAÇÃO 	2
		A2 - CUIDADOS MÉDICOS 	3
		A3 - INFORMAÇÃO E APOIO 	4
		A4 - CONTINUIDADE E COOPERAÇÃO 	5
		A5 - ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS 	6
B	INDICADORES DE ÁREAS ESPECÍFICAS DE SATISFAÇÃO	B1 - CONSULTA, MARCAÇÃO E ACESSIBILIDADE	7
		B2 - PROFISSIONAIS	11
		B3 - CONDIÇÕES DO CENTRO E SERVIÇOS	14
C	OS UTILIZADORES	C1 - DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS	17
		C2 - DADOS DE SAÚDE	18
		C3 - ATITUDES APÓS A EXPERIÊNCIA	19
		C4 - PREENCHIMENTO	19

A - INDICADORES-CHAVE EUROPEP

/// A1 - Relação e comunicação

Opinião sobre o Médico de Família e o seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses

	Má		Excelente		
sentir que tinha tempo suficiente durante as consultas	14,4%	11,7%	25,2%	25,3%	23,5%
interesse nos seus problemas de saúde	10,6%	9,8%	19,3%	29,9%	30,3%
facilidade com que se sentiu à vontade com o médico	7,5%	7,0%	15,6%	32,4%	37,5%
forma como foi envolvido/a nas decisões sobre cuidados	8,3%	9,5%	20,9%	31,9%	29,4%
forma como o médico o/a ouviu	7,9%	8,1%	16,0%	31,8%	36,2%
confidencialidade da informação sobre o seu processo	4,5%	4,9%	13,7%	33,0%	43,8%

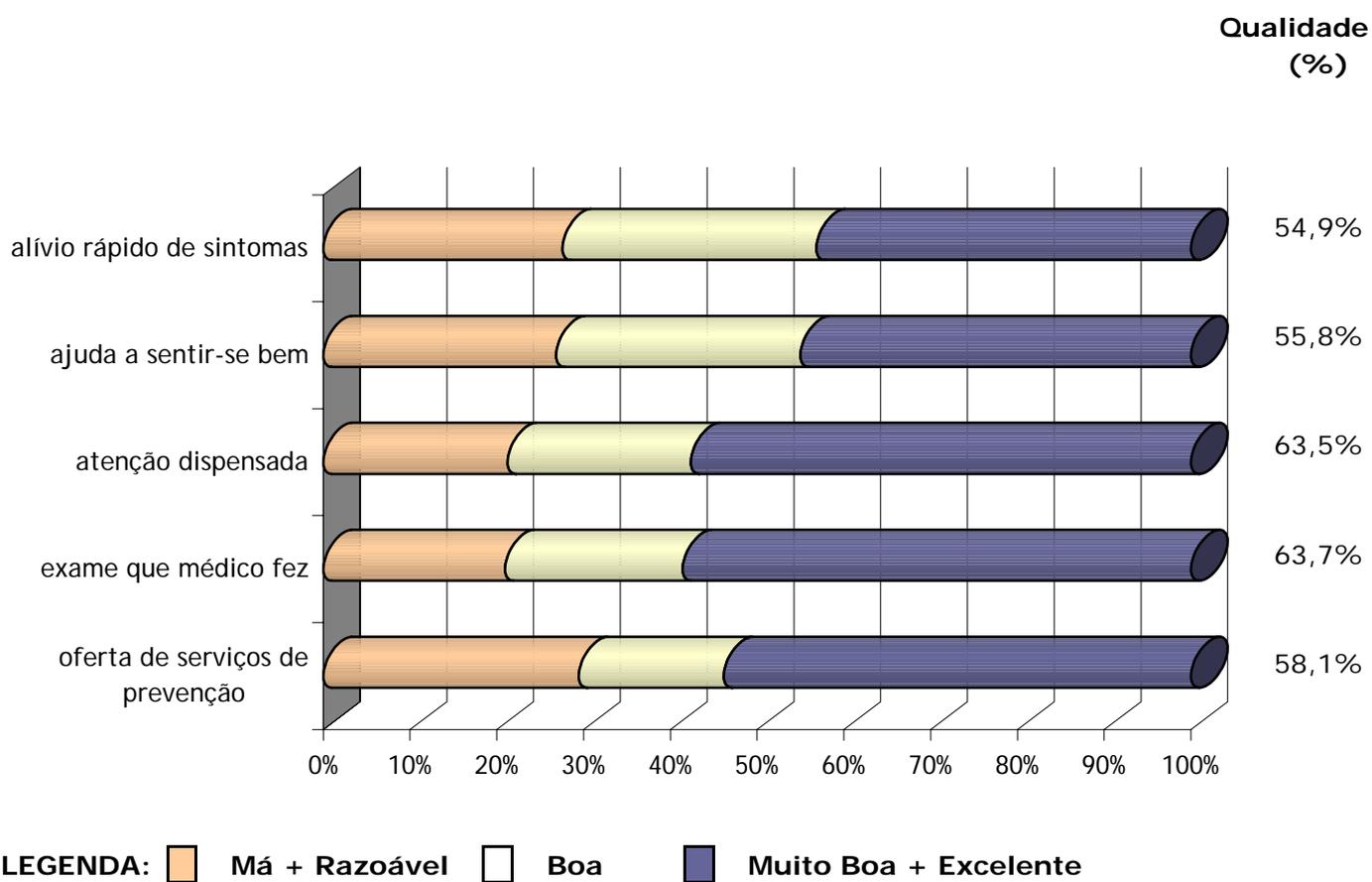


A - INDICADORES-CHAVE EUROPEP

/// A2 - Cuidados médicos

Opinião sobre o Médico de Família e o seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses

	Má		Excelente		
alívio rápido dos seus sintomas	13,8%	13,8%	29,3%	25,2%	17,9%
ajuda a sentir-se bem para as suas tarefas diárias	12,5%	14,3%	28,1%	27,5%	17,5%
atenção dispensada	10,7%	10,5%	21,1%	29,2%	28,5%
exame que o médico lhe fez	10,7%	10,3%	20,5%	30,8%	27,8%
oferta de serviços de prevenção de doenças	19,2%	10,3%	16,7%	26,7%	27,2%

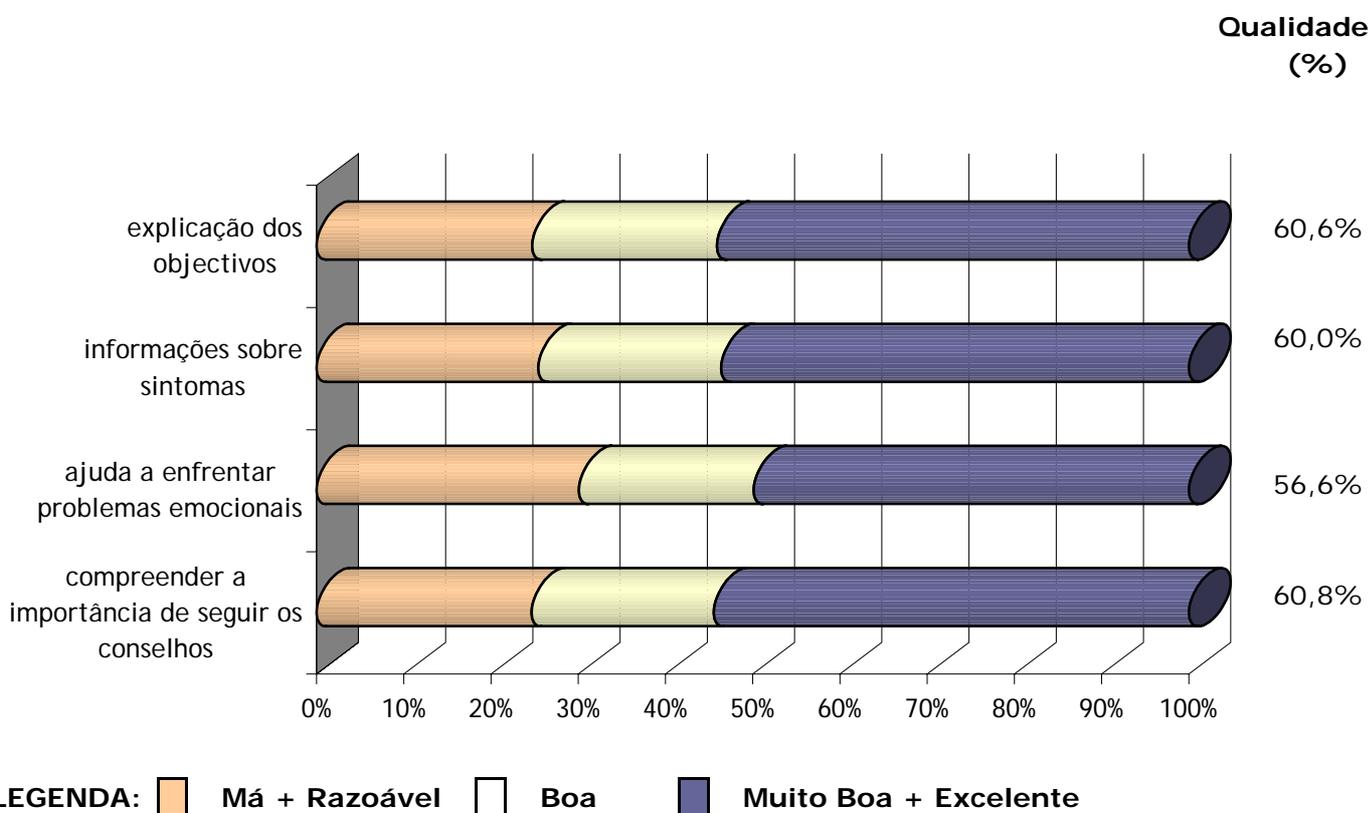


A - INDICADORES-CHAVE EUROPEP

/// A3 - Informação e apoio

Opinião sobre o Médico de Família e o seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses

	Má	Bastante Má	Bastante Boa	Excelente
explicação detalhada dos objectivos dos exames	12,9%	11,9%	21,2%	25,8%
informações sobre os sintomas e a sua doença	12,9%	12,5%	20,9%	24,8%
ajuda a enfrentar problemas emocionais	16,5%	13,6%	20,0%	23,3%
compreender a importância de seguir os seus conselhos	12,2%	12,4%	20,9%	25,8%

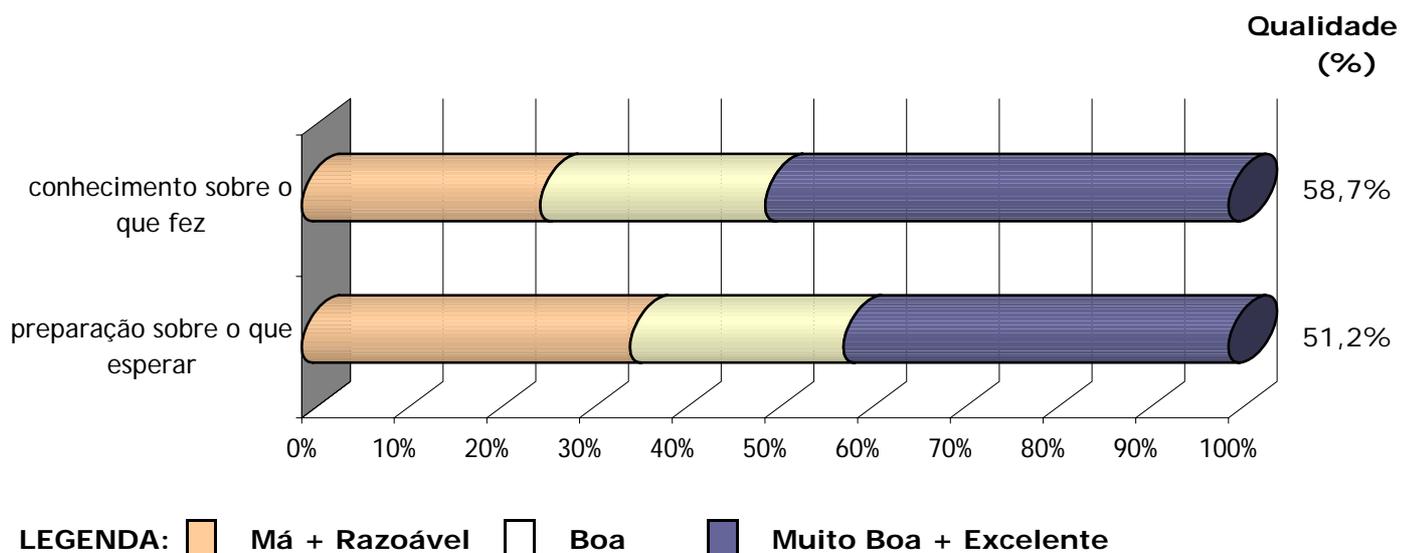


A - INDICADORES-CHAVE EUROPEP

/// A4 - Continuidade e cooperação

Opinião sobre o Médico de Família e o seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses

	Má			Excelente	
conhecimento sobre o que fez e disse	12,4%	13,4%	24,3%	27,2%	22,8%
o que esperar dos cuidados hospitalares	19,8%	15,7%	23,0%	23,0%	18,5%

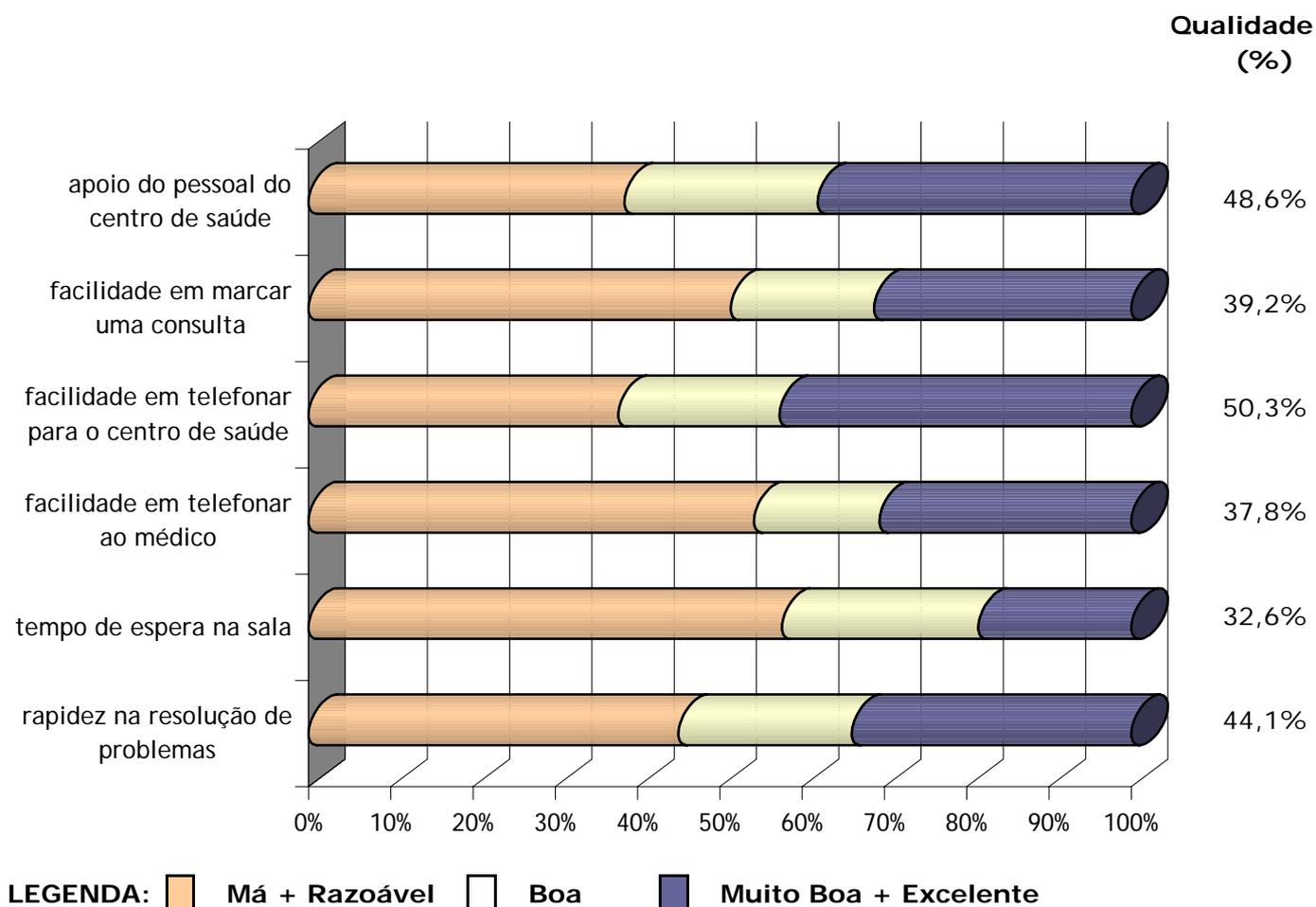


A - INDICADORES-CHAVE EUROPEP

/// A5 - Organização dos serviços

Opinião sobre o Médico de Família e o seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses

	Má		Excelente		
apoio do pessoal deste Centro de Saúde	21,7%	16,7%	23,5%	21,6%	16,5%
marcar uma consulta que sirva	36,6%	14,7%	17,4%	17,8%	13,4%
facilidade em falar pelo telefone para o Centro	22,5%	15,1%	19,6%	23,9%	18,8%
facilidade em falar pelo telefone com o médico	39,6%	14,5%	15,2%	16,3%	14,3%
tempo que esperou na sala de espera	36,7%	20,9%	23,9%	12,5%	6,1%
rapidez com que os problemas urgentes foram resolvidos	27,5%	17,5%	21,1%	19,1%	14,9%



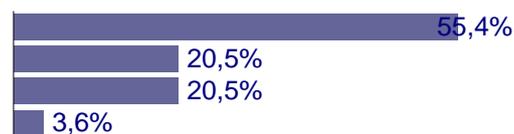
B - INDICADORES DE ÁREAS ESPECÍFICAS DE SATISFAÇÃO

/// **B1 - Consulta, marcação e acessibilidade**

CONSULTA E MARCAÇÃO

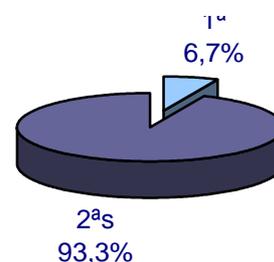
Principal motivo da consulta

Adoentado/a há vários dias, sem sentir melhoras	3.171
Adoentado/a há vários dias, tendo vindo a piorar	1.174
Doença repentina	1.173
Acidente	209
	5.727



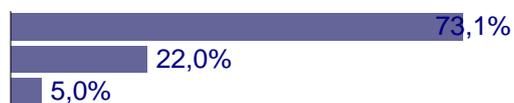
Experiência anterior

Primeira consulta	686
Consulta subsequente	9.562
	10.248



Iniciativa da consulta

Fui ao centro de saúde por iniciativa própria	7.740
Consulta previamente combinada com o médico	2.329
Consulta combinada com outro elemento	526
	10.595



Marcação antecipada da consulta

Consulta não marcada com antecedência	3.006
Consulta marcada apenas com data marcada	3.213
Consulta marcada com data e hora	4.132
	10.351



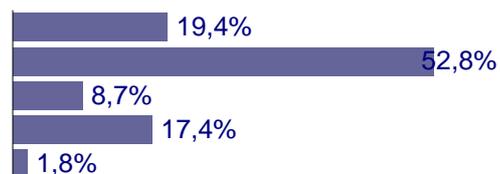
B - INDICADORES DE ÁREAS ESPECÍFICAS DE SATISFAÇÃO

/// **B1 - Consulta, marcação e acessibilidade (Cont.)**

CONSULTA E MARCAÇÃO (CONT.)

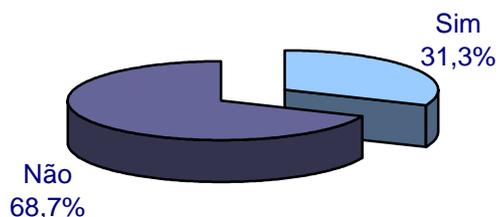
Forma de marcação da consulta

A consulta foi marcada pelo telefone	1.398
Deslocação ao centro de saúde para marcar	3.807
Pedido a alguém para ir marcar	627
Consulta marcada desde a consulta anterior	1.256
Convocado/a pelo centro de saúde ou pelo médico	129
	7.217



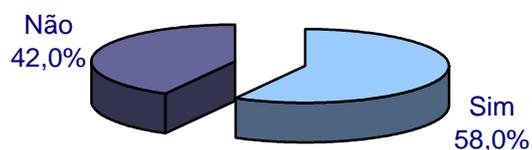
Informação sobre alterar a data ou a hora

Sim	2.125
Não	4.663
	6.788



Consulta marcada para hora que deu jeito

Sim	4.014
Não	2.908
	6.922



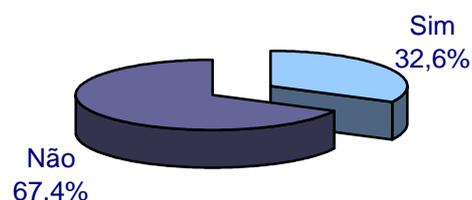
B - INDICADORES DE ÁREAS ESPECÍFICAS DE SATISFAÇÃO

/// **B1 - Consulta, marcação e acessibilidade (Cont.)**

TEMPOS E ESPERA

Consulta no mesmo dia da marcação

Sim	2.989
Não	6.180
	9.169



Tempo de espera entre o dia da consulta e o da marcação

Porque só então tinha vez	Média	27,3	dias
Porque convinha ao utilizador	Média	20,0	dias
Porque foi a data combinada	Média	36,6	dias

Tempo de espera pela consulta, além da hora marcada Média 84,2 minutos

Ao todo, quanto tempo esteve no centro de saúde Média 122,5 minutos

Se pensa que esperou muito tempo, foi dada explicação

Não teve de esperar muito tempo	3.391	33,0%
Sim, deram uma explicação	584	5,7%
Não, mas gostaria que a tivessem dado	3.020	29,4%
Não, mas compreendeu as razões	3.267	31,8%
	10.262	

B - INDICADORES DE ÁREAS ESPECÍFICAS DE SATISFAÇÃO

/// **B1 - Consulta, marcação e acessibilidade (Cont.)**

ACESSO E UTILIZAÇÃO

Meio de transporte utilizado na deslocação

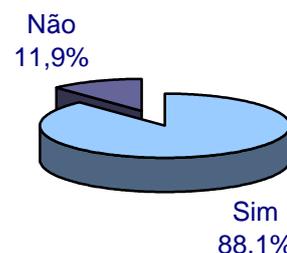
Nenhum / deslocação a pé	3.854	35,8%
Automóvel próprio, de familiares ou de amigos	4.692	43,6%
Taxi ou automóvel de aluguer	559	5,2%
Outro transporte público	1.317	12,2%
Bicicleta ou motorizada	206	1,9%
Ambulância ou bombeiros	127	1,2%
	10.755	

Quanto tempo demorou na deslocação

Média 21,05 minutos

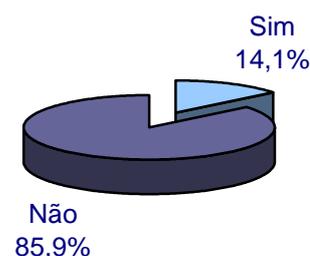
Satisfação com a localização do centro de saúde

Sim	9.336
Não	1.259
	10.595



Dificuldades sentidas no acesso ao centro de saúde

Sim	1.484
Não	9.063
	10.547



Visitas ao médico nos últimos 12 meses

Média 4,9 visitas

B - INDICADORES DE ÁREAS ESPECÍFICAS DE SATISFAÇÃO

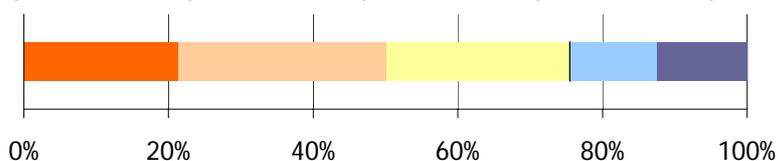
/// **B2 - Profissionais**

PONTUALIDADE

Pontualidade do pessoal médico

Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente
2.224	3.007	2.640	1.244	1.297
21,4%	28,9%	25,4%	11,9%	12,5%

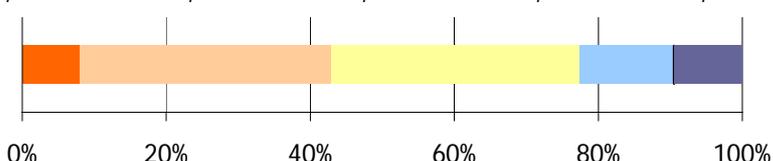
Qualidade 41,3%



Pontualidade do pessoal de enfermagem

Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente
763	3.336	3.302	1.249	903
8,0%	34,9%	34,6%	13,1%	9,5%

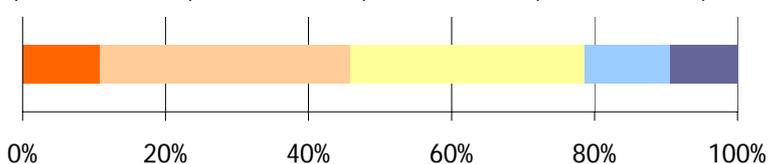
Qualidade 45,3%



Pontualidade do pessoal administrativo

Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente
1.020	3.328	3.109	1.125	894
10,8%	35,1%	32,8%	11,9%	9,4%

Qualidade 43,5%

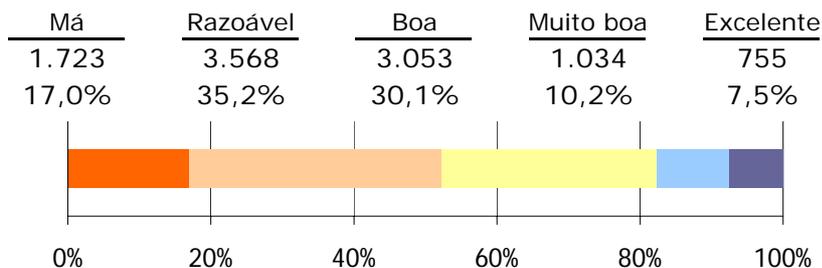


B - INDICADORES DE ÁREAS ESPECÍFICAS DE SATISFAÇÃO

/// **B2 - Profissionais**

PONTUALIDADE (CONT.)

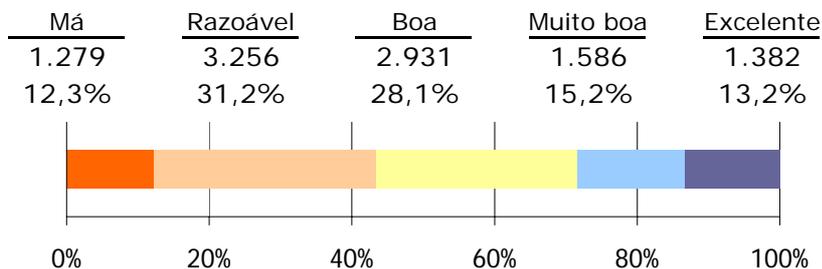
Avaliação do horário de atendimento do médico de família



Qualidade 39,0%

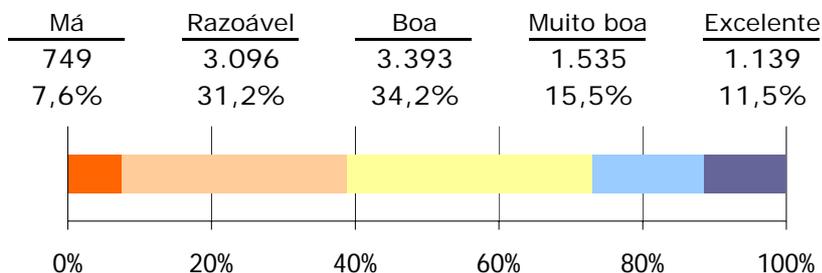
ATENÇÃO AOS UTILIZADORES

Competência, cortesia e carinho do pessoal médico



Qualidade 46,5%

Competência, cortesia e carinho do pessoal de enfermagem



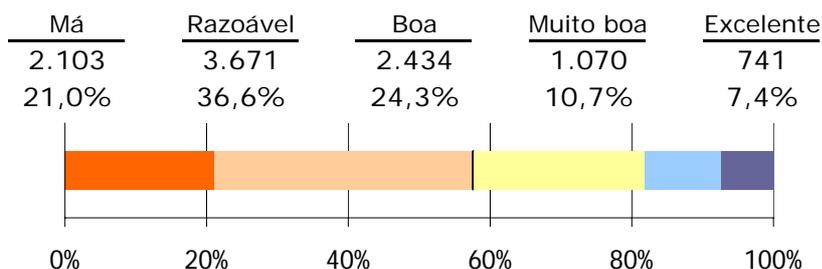
Qualidade 48,0%

B - INDICADORES DE ÁREAS ESPECÍFICAS DE SATISFAÇÃO

/// **B2 - Profissionais**

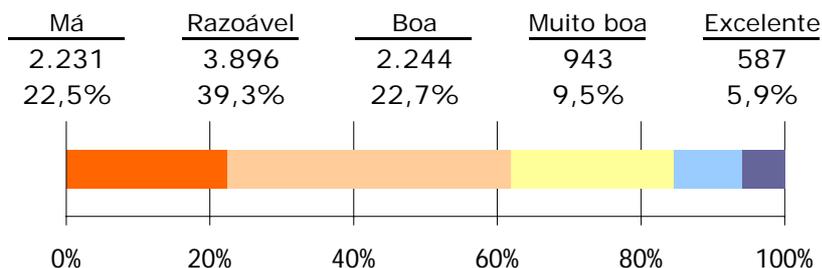
ATENÇÃO AOS UTILIZADORES (CONT.)

Competência, cortesia e carinho do pessoal administrativo



Qualidade 36,7%

Preocupação do pessoal administrativo com a sua saúde



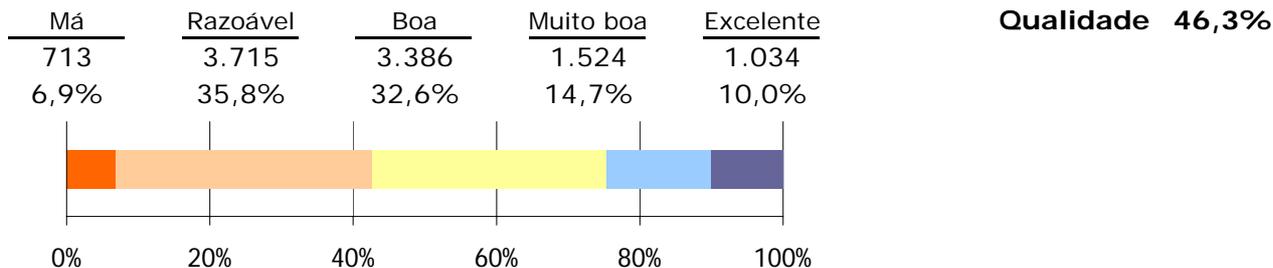
Qualidade 34,2%

B - INDICADORES DE ÁREAS ESPECÍFICAS DE SATISFAÇÃO

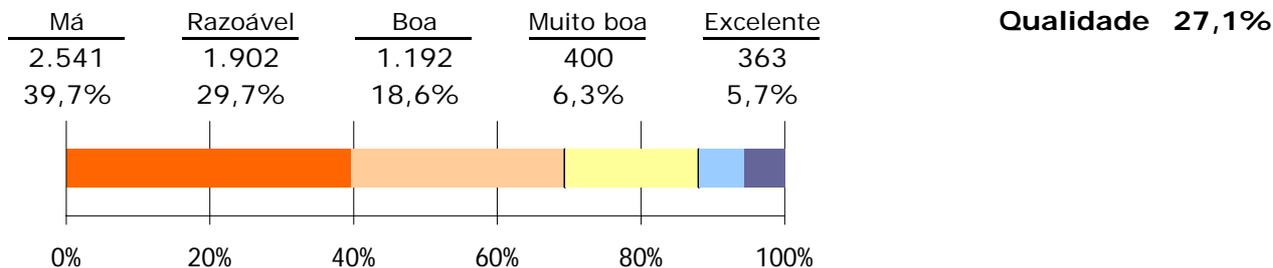
/// B3 - Condições do centro e serviços prestados

RESPOSTA

Avaliação do respeito com que foi tratado/a e a forma como a sua privacidade foi mantida



Avaliação da liberdade de escolha do profissional de saúde e possibilidade de uma segunda opinião

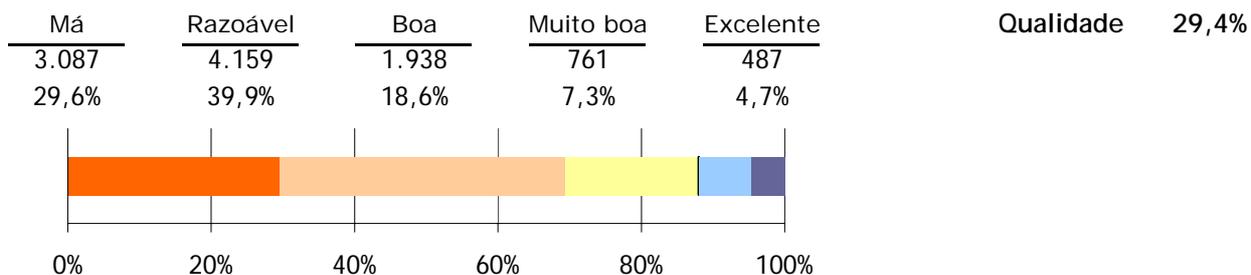


B - INDICADORES DE ÁREAS ESPECÍFICAS DE SATISFAÇÃO

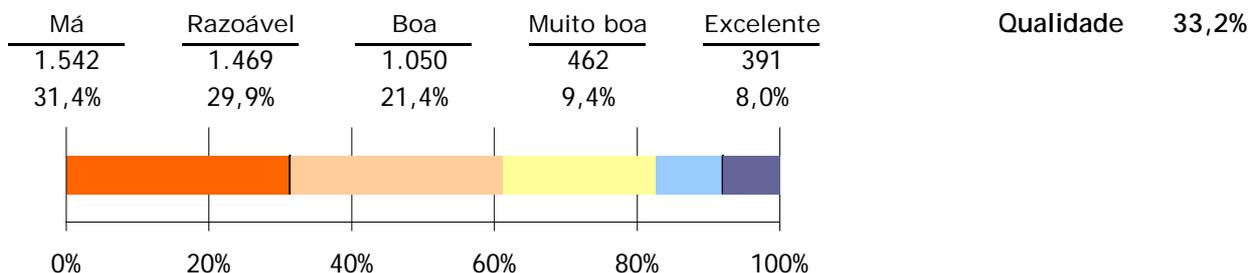
/// B3 - Condições do centro e serviços prestados

SERVIÇOS PRESTADOS

Avaliação da rapidez com que foi atendido/a



Avaliação dos serviços ao domicílio serviços pelo centro



B - INDICADORES DE ÁREAS ESPECÍFICAS DE SATISFAÇÃO

/// B3 - Condições do centro e serviços prestados

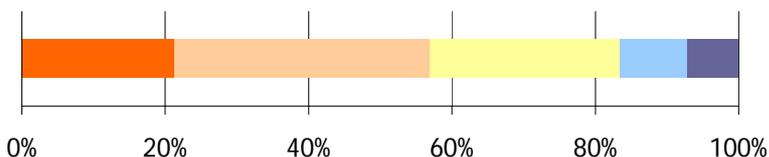
QUALIDADE DAS INSTALAÇÕES

Avaliação do conforto geral do centro

(comodidade, temperatura, ambiente, ruído, iluminação, instalações)

Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente
2.202	3.679	2.742	984	740
21,3%	35,6%	26,5%	9,5%	7,2%

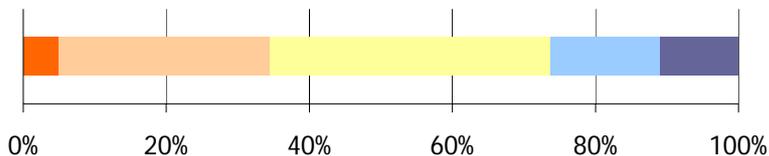
Qualidade 36,4%



Avaliação da limpeza do centro

Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente
533	3.136	4.192	1.632	1.165
5,0%	29,4%	39,3%	15,3%	10,9%

Qualidade 49,4%

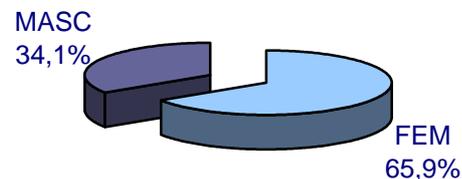


C - OS UTILIZADORES

/// C1 - Dados sócio-económicos

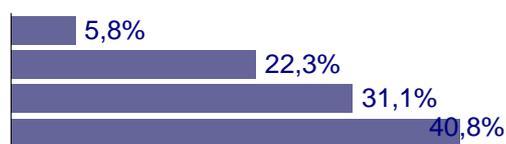
Género

Feminino	7.115
Masculino	3.675
	10.790



Idade

Menos de 25 anos	621
Dos 25 aos 44 anos	2.364
Dos 45 aod 64 anos	3.301
65 ou mais anos	4.337
	10.623



Média 56,49 anos

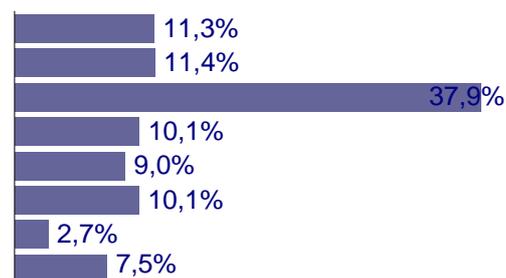
Situação familiar

Casado/a ou em união de facto	7.492
Solteiro/a	1.480
Viúvo/a	1.452
Divorciado/a ou separado/a	371
	10.795



Habilitações

Não sabe ler nen escrever	1.207
Só sabe ler e escrever	1.213
1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano)	4.043
2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano)	1.079
3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano)	957
Ensino Secundário (10º - 12º ano)	1.077
Ensino Médio	287
Ensino Superior	799
	10.662



C - OS UTILIZADORES

/// C1 - Dados sócio-económicos

Situação perante o trabalho

Trabalhador por conta própria	1.125	10,4%
Trabalhador por conta de outrem	2.753	25,4%
Pensionista	2.549	23,5%
Desempregado	1.065	9,8%
Vive de rendimentos	206	1,9%
Reformado / aposentado	2.796	25,8%
Estudante	337	3,1%
	10.831	

/// C2 - Dados de saúde

Percepção do estado de saúde em geral

Excelente / ótima	198	1,8%
Muito boa	524	4,8%
Boa	1.731	16,0%
Razoável	5.989	55,3%
Má	2.394	22,1%
	10.836	

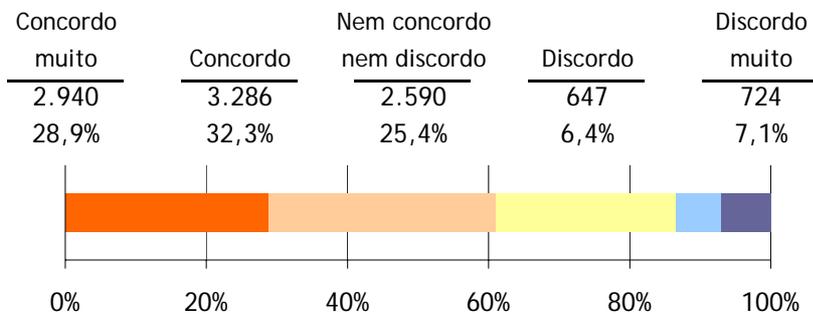
Prevalência de doenças crónicas

Diabetes	1.662	14,9%
Asma ou outras doenças respiratórias	1.525	13,7%
Doenças do coração	2.469	22,1%
AVC - acidente vascular cerebral	503	4,5%
Hipertensão arterial	3.795	34,0%
Problemas digestivos crónicos	2.084	18,7%
Doenças osteo-articulares crónicas	5.226	46,8%
Enxaquecas ou outras dores de cabeça	2.626	23,5%
Doença psiquiátrica (ex: depressão)	1.819	16,3%
Doença maligna (ex: cancro)	443	4,0%

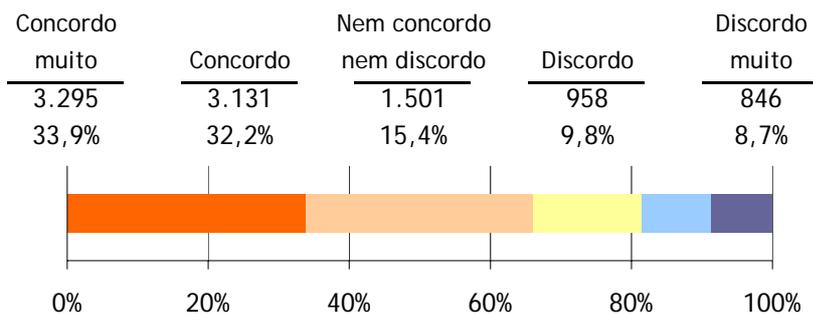
C - OS UTILIZADORES

/// C3 - Atitudes após a experiência

Recomendo fortemente este médico de família aos meus amigos



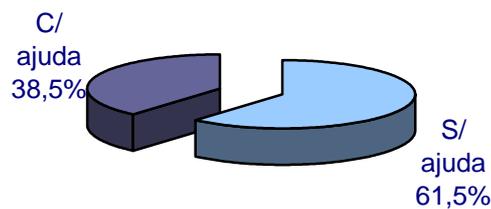
Não vejo qualquer razão para mudar para outro médico de família



/// C4 - Preenchimento

Quem preencheu o questionário

O/A doente	6.539
O/A doente com o auxílio de familiar ou amigo/a	4.097
	10.636



ANEXO 2: INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

INDEG/ISCTE

MESTRADO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Qualidade do Centro de Saúde na Perspectiva dos Clientes

Ex.mo(a). Senhor(a)

O Centro de Saúde está empenhado em melhorar a qualidade dos serviços prestados aos seus utentes. Assim são para nós essenciais as suas opiniões acerca dos serviços que lhe foram prestados e as suas sugestões para melhorar os serviços.

Por isso, pedimos-lhe que utilize alguns momentos do seu tempo respondendo a este inquérito.

As questões que compõem este questionário deverão ser por si respondidas com o máximo de sinceridade e verdade;

Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda a todas e de acordo com a sua opinião.

No fim devolva-o com a maior brevidade possível.

Este inquérito é estritamente confidencial e será tratado pelo António José Eugénio de Oliveira, aluno do Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde e a realizar um estudo sobre **“A Satisfação dos utentes com o seu médico e serviços do Centro de Saúde de Tarouca”**.

Em Nome do Centro de Saúde e de Todos quantos possam beneficiar da sua perspectiva, agradeço a sua indispensável colaboração.

Muito obrigado.

QUESTIONÁRIO

Secção A - Caracterização Sócio Demográfica

1 – Idade: _____ anos

2 – Sexo: ___ Masculino ___ Feminino

3 – Zona de residência: ___ Cidade ___ Vila ___ Aldeia

4 -Estado civil:

Solteiro		Separado	
Casado		Divorciado	
União de facto		Viúvo	

5 – Quais os estudos que tem?

- Não sabe ler nem escrever
- Só sabe ler e escrever
- 1º ciclo do ensino básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe

- 2º ciclo do ensino básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
- 3º ciclo do ensino básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
- Ensino Secundário (10º -12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
- Ensino Médio
- Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

6 – Profissão: _____

(se estiver desempregado/a ou reformado/a, escreva a sua última profissão)

7 - Qual é a sua situação perante o trabalho?

- Trabalha por conta própria
- Trabalha por conta de outrem
- Inactivo / Não trabalha _____

8 Em que situação se encontra?

- Pensionista
- Desempregado
- Vive de rendimentos
- Reformado / Aposentado
- Estudante

É funcionário/a deste Centro de Saúde? Sim Não

Alguém da sua família é funcionário/a Centro de Saúde? Sim Não

Secção B - PENSE NA SUA ÚLTIMA VISITA AO CENTRO DE SAÚDE

1. Diga-nos, por favor, quem teve a iniciativa desta consulta?

Fui ao Centro de Saúde por minha iniciativa	
Esta consulta foi previamente combinada com o meu Médico	
Esta consulta foi previamente combinada com outro elemento do Centro de Saúde	

2. Qual a razão principal desta consulta?

Adoentado/a há vários dias, não senti melhoras	
Adoentado/a há vários dias, tenho vindo a piorar	
Adoeci de repente	
Tive um acidente	

Outra razão, Qual? _____

3. Nos últimos 3 anos, foi esta a sua primeira consulta neste Centro de Saúde?

- Sim Não

4. A consulta foi marcada com antecedência?

- Não
- Sim, foi apenas marcado o dia da consulta
- Sim, foi marcado o dia e a hora precisa da consulta

Se a consulta foi marcada ...

5. Como marcou a consulta?

- A consulta foi marcada por telefone
- Fui ao Centro de Saúde marcar
- Pedi a alguém para ir ao Centro de Saúde marcá-la
- A consulta ficou marcada desde a consulta anterior
- Fui convocado/a pelo Centro de Saúde ou pelo Médico de Família

6. Foi informado/a da possibilidade de alterar a data ou a hora da sua consulta caso necessitasse?

- Sim
- Não

7. Quantos dias decorreram entre o dia em que marcou a consulta e o dia desta consulta?

- Tive consulta no mesmo dia
- Porque me convinha, entre o dia da consulta e o da marcação decorreram dias
- Porque só então tinha vez, entre o dia da consulta e o da marcação decorreram dias
- Porque foi a data combinada, entre o dia da consulta e o da marcação decorreram dias

8. A sua consulta foi marcada para uma hora que lhe deu jeito?

- Sim
- Não

9. Quanto tempo teve de esperar pela consulta, para além da hora marcada?

 horas minutos

10. Qual o meio de transporte que utilizou na deslocação ao Centro de Saúde?

- Nenhum / Fui a pé
- Automóvel próprio, de familiares ou de amigos
- Táxi ou automóvel de aluguer
- Outro transporte público
- Bicicleta ou motorizada
- Ambulância ou Bombeiros

11. Quanto tempo demorou na sua deslocação?

 horas minutos

12. Ao todo, quanto tempo esteve no Centro de Saúde?

 horas minutos

13. Se pensa que esperou muito tempo, foi-lhe dada alguma explicação?

- Não foi necessário porque não tive de esperar muito tempo
- Sim, deram-me uma explicação
- Não, não me deram qualquer explicação para a demora, mas gostaria que ma tivessem dado
- Não, não me deram qualquer explicação para a demora, mas eu próprio/a compreendi as razões

Secção C - Proceder-se à avaliação da satisfação dos utentes através do questionário de medição EUROPEP SAÚDE

Por favor pense agora no Médico de Família que normalmente o/a tem seguido e no Centro de Saúde a que tem ido nos últimos 12 meses. Pedimos-lhe que nos dê a sua opinião sobre este Médico de Família e este Centro de Saúde.

Nas perguntas seguintes por favor marque (X) o quadrado que mais se aproxima da sua opinião. Certifique-se que dá apenas uma resposta para cada pergunta.

Se a pergunta não se aplicar ao seu caso, por favor coloque uma marca na coluna "Não se aplica".

Qual a sua opinião sobre o seu Médico de Família e/ou o seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses em relação a ...

	Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente	Não se aplica
1. fazê-lo/a sentir que tinha tempo suficiente durante as consultas?						
2. interesse nos seus problemas de saúde?						
3. facilidade com que se sentiu à vontade para contar os / seus problemas ao seu Médico?						
4. forma como foi envolvido/a nas decisões sobre os cuidados que o seu Médico lhe prestou?						
5. forma como o seu Médico o/a ouviu?						
6. confidencialidade da informação sobre o seu processo?						

Qual a sua opinião sobre o seu Médico de Família e/ou o seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses em relação a ...

	Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente	Não se aplica
7. alívio rápido dos seus sintomas?						
8. ajuda a sentir-se suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias?						
9. atenção dispensada?						
10. exame que o seu Médico lhe fez?						
11. oferta de serviços de prevenção de doenças (por exemplo, rastreio, check-ups e vacinas)?						

Qual a sua opinião sobre o seu Médico de Família e/ou o seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses em relação a ...

	Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente	Não se aplica
12. explicação detalhada dos objectivos dos exames e dos tratamentos prescritos?						
13. informações sobre o que queria saber dos seus sintomas e da sua doença?						
14. ajuda para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde?						
15. encorajamento para compreender a importância de seguir os seus conselhos?						

Qual a sua opinião sobre o seu Médico de Família e/ou o seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses em relação a ...

	Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente	Não se aplica
16. conhecimento sobre o que ele fez e disse em consultas anteriores?						
17. preparação sobre o que esperar de especialistas e dos cuidados hospitalares?						

Qual a sua opinião sobre o seu Médico de Família e/ou o seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses em relação a ...

	Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente	Não se aplica
18. apoio do pessoal deste Centro de Saúde, além dos médicos?						
19. facilidade em marcar uma consulta que lhe sirva no Centro de Saúde?						
20. facilidade em falar pelo telefone para o Centro de Saúde?						
21. facilidade em falar pelo telefone com o Médico de Família?						
22. tempo que esperou na sala de espera?						
23. rapidez com que os problemas urgentes foram resolvidos?						

Pedimos-lhe agora que pense nos serviços prestados por este Centro de Saúde.

Como avalia a qualidade deste Centro de Saúde em relação às seguintes áreas?

	Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente	Não se aplica
24. Respeito com que foi tratado/a e a forma como a sua privacidade foi mantida						
25. Preocupação do pessoal do Centro com a sua saúde						
26. Competência, cortesia e carinho do pessoal médico						
27. Competência, cortesia e carinho do pessoal de enfermagem						
28. Competência, cortesia e carinho do pessoal administrativo						
29. Rapidez com que foi atendido/a						
30. Horário de atendimento do Médico de Família						
31. Pontualidade do pessoal médico						
32. Pontualidade do pessoal de enfermagem						
33. Pontualidade do pessoal administrativo						
34. Serviços ao domicílio fornecidos pelo Centro						
35. Liberdade de escolha do profissional de saúde e possibilidade de uma segunda opinião						
36. Conforto geral do Centro (comodidade, temperatura, ambiente, ruído, iluminação, instalações)						
37. Limpeza do Centro						

Secção D - Auto-avaliação do estado de saúde

1 Em geral, diria que a sua saúde está ...

- Excelente / óptima
- Muito boa
- Boa
- Razoável
- Má

2 Quem preencheu este questionário?

- O/A doente
- O/A doente com o auxílio de familiar ou amigo/a

O preenchimento do questionário terminou.
Por favor confirme se respondeu a todas as questões.

Muito obrigado pela sua preciosa colaboração.