



Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Gestão e Tecnologia de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

**Instituto Politécnico de
Santarém 2021**

**Satisfação dos utentes, com e sem médico de família, de uma Unidade
de Cuidados de Saúde Personalizados do Aces Oeste Norte**

**Cecília Maria Reis
Pereira Cabral Sacadura**

**Satisfação dos utentes, com e sem
médico de família, de uma Unidade de
Cuidados de Saúde Personalizados do
Aces Oeste Norte**

Dissertação de natureza científica apresentada ao Instituto Politécnico de Santarém para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde

Cecília Maria Reis Pereira Cabral Sacadura

Orientador:

Professor Doutor José Jacinto B. Vasconcelos Raposo

2021, julho



Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Gestão e Tecnologia de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

2º Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde
UC – Dissertação de Natureza Científica

Satisfação dos utentes, com e sem médico de família, de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Aces Oeste Norte

Dissertação de natureza científica apresentada ao Instituto Politécnico de Santarém para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde

**Cecília Maria Reis Pereira Cabral
Sacadura**

Orientador:

Professor Doutor José Jacinto B. Vasconcelos Raposo

2021, julho

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

Aos meus pais;

Ao Pedro, meu marido;

Aos meus filhos;

À Constança Coelho, pelos momentos de partilha, interajuda e motivação infinita.

EPIGRAFE

*“Satisfação a essência da qualidade.
Somente aqueles que se importam
com a satisfação do cliente são capazes
de compreender a essência da qualidade.”*

(Ronaldo Damaceno)

AGRADECIMENTOS

Uma dissertação de mestrado tem por base um longo percurso de investigação e dedicação, que não pressupõe um trabalho individual, mas sim um esforço conjunto de vários intervenientes, aos quais não posso deixar de expressar o meu profundo agradecimento e sem os quais teria sido muito mais difícil chegar ao fim desta etapa, que representa um importante marco na minha vida pessoal e profissional.

Ao Professor Dr. Jacinto Vasconcelos Raposo agradeço o ter aceitado a orientação da minha dissertação e o ter-me acompanhado nesta longa caminhada, com o profissionalismo que o caracteriza.

À Diretora Executiva do ACES Oeste Norte, Dr.^a Ana Pisco, e à comissão de Ética da ARSLVT, agradeço a disponibilidade, o apoio e a confiança, concedendo autorização para a recolha de dados.

O meu agradecimento especial e enorme gratidão a todos os utentes que, de livre vontade, participaram nesta investigação respondendo ao questionário, proporcionando a obtenção das informações essenciais à conclusão desta investigação.

Agradeço aos meus pais, marido e filhos, por todo o carinho, apoio, paciência demonstrada em vários momentos deste longo percurso, e pelo seu constante incentivo, nunca deixando de acreditar em mim.

À Paula Silva, minha parceira de estudos, pela sua disponibilidade, compreensão, amizade e uma frequente motivação.

À Constança Coelho, pela amizade, pelo incentivo, por toda a ajuda e disponibilidade, com uma paciência infinita.

A todos os meus sinceros agradecimentos!

RESUMO

Medir a qualidade dos serviços de saúde, através da avaliação da satisfação dos utentes, é indispensável para uma gestão adequada dos recursos, sobretudo no atual contexto socioeconómico. Esta avaliação também promove a centralidade do cidadão no sistema de saúde e é essencial para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos serviços de saúde.

São objetivos principais deste estudo mensurar os níveis de satisfação na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Caldas da Rainha e identificar a influência de diversas variáveis como o sexo, a idade, zona de residência, situação familiar, grau de ensino, situação laboral, ter ou não médico de família, contribuindo assim para uma reflexão sobre a problemática.

Métodos

Realizou-se um estudo que se enquadra no paradigma das metodologias quantitativa, do tipo não experimental, transversal, exploratório e numa lógica de análise descritivo-correlacional.

Obteve-se uma amostra de 331 de utentes, da Unidade Cuidados de Saúde Personalizados de Caldas da Rainha, maioritariamente do sexo feminino (69,8%), maioritariamente casados (51,7%), residentes em zonas urbanas (55,9%) e rurais (44,1%), que na sua maioria detêm como escolaridade o ensino secundário (32%) e com uma média de idades de 47 anos.

Os dados da satisfação dos utentes foram recolhidos através do questionário EUROPEP, um instrumento de medição da satisfação dos utilizadores da prática da medicina geral e familiar na Europa. Para além da medição da satisfação, este instrumento pode fornecer informação útil para a administração e governação em saúde e para os grupos de cidadãos organizados e interessados numa melhor prestação de cuidados de saúde, através de uma escala de Likert de 5 pontos mais uma categoria prevendo situações em que a pergunta não se aplica

Resultados

Demonstram que os utentes da unidade em estudo avaliam favoravelmente os cuidados de saúde.

As dimensões com maior satisfação são “relação e comunicação” (71,4%) e “cuidados médicos” (68,2%).

O nível mais baixo de satisfação, é “organização de serviços” (52,2%).

O índice de “satisfação global” obteve a média de 64,4%.

Por fim, é de salientar que 36,3% dos inquiridos considera que tem um estado de saúde bom e 20,8% muito bom.

A principal limitação do estudo, foi este ter sido desenvolvido com uma amostra de conveniência e não probabilística, pelo que os seus resultados são válidos apenas no contexto estudado.

Conclusões

A qualidade dos cuidados de saúde implica conhecer o grau de satisfação dos utentes e o sentimento de bem-estar da comunidade em geral. A satisfação com os cuidados é uma componente central na avaliação da qualidade dos cuidados de saúde na perspetiva do utilizador.

Como principais resultados, observa-se que grande parte dos utentes está satisfeita com os cuidados prestados, em especial com a sua interação com a equipa de enfermagem e com os médicos de família, quer em termos humanos, quer em termos técnicos. No entanto, verifica-se que os aspetos relacionados com a gestão e organização obtiveram avaliações mais negativas, como é o caso da acessibilidade e os tempos de espera.

Mais uma vez se demonstra que a versão portuguesa do EUROPEP é um instrumento válido e de fácil utilização para se obter informação sobre a experiência dos doentes com a avaliação dos cuidados de saúde primários.

Palavras-chave

Satisfação dos utentes; Qualidade em saúde; Gestão de serviços; Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

ABSTRACT

Measuring the quality of health services by assessing user satisfaction is essential for adequate resource management, especially in the current socio-economic context. This assessment also promotes citizen centrality in the health system and is necessary for developing and improving health services.

The main objectives of this study are to measure the levels of satisfaction in the Personalized Health Care Unit of Caldas da Rainha and to identify the influence of several variables such as sex, age, area of residence, family situation, educational level, employment status, having or not a family doctor, thus contributing to a reflection on the problem.

Methods

A study was carried out that fits quantitative methodologies' paradigm, of the non-experimental, transversal, exploratory type and a logic of descriptive-correlational analysis.

A sample of 331 users of the Personalized Health Care Unit of Caldas da Rainha was obtained, primarily female (69.8%), mostly married (51.7%), residing in urban areas (55.9%) and rural (44.1%), most of whom have secondary education (32%) and with an average age of 47 years.

User satisfaction data were collected using the EUROPEP questionnaire to measure user satisfaction in general and family medicine practice in Europe. In addition to measuring satisfaction, this instrument can provide helpful information for health administration and governance and organized groups of citizens interested in better health care delivery through a 5-point Likert scale plus a predictive category in situations where the question does not apply

Results

They demonstrate that users of the unit under study favorably assess health care.

The dimensions with the greatest satisfaction are “relationship and communication” (71.4%) and “medical care” (68.2%).

The lowest level of satisfaction is “organization of services” (52.2%).

The “overall satisfaction” index averaged 64.4%.

Finally, it is noteworthy that 36.3% of respondents consider their health status to be good and 20.8% to be very good.

The study's main limitation was that it was developed with a convenient and non-probabilistic sample, so its results are valid only in the context studied.

Conclusions

The quality of health care implies knowing the degree of satisfaction of users and the well-being of the community. Satisfaction with care is a central component in assessing health care quality from the user's perspective.

As main results, it is observed that most users are satisfied with the care provided, especially with their interaction with the nursing team and family doctors, both in human and technical terms. However, aspects related to management and organization had more negative evaluations, such as accessibility and waiting times.

Once again, it is shown that the Portuguese version of EUROPEP is a valid and easy-to-use instrument to obtain information about the experience of patients with the assessment of primary health care

Keywords

User satisfaction; Quality in health; Service management; Personalized Health Care Unit.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	1
RESUMO	3
MÉTODOS	3
RESULTADOS	3
CONCLUSÕES	4
PALAVRAS-CHAVE	4
ABSTRACT	5
METHODS	5
RESULTS	5
CONCLUSIONS.....	6
KEYWORDS.....	6
ÍNDICE	7
ÍNDICE DE TABELAS	11
ÍNDICE DE FIGURAS	13
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS	15
INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1. O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	21
1.1. REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	23
1.2. NOVO MODELO ORGANIZACIONAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE	25
1.2.1. Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).....	30
CAPÍTULO 2. QUALIDADE EM CUIDADOS DE SAÚDE	31
2.1. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE	35
CAPÍTULO 3. SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CUIDADOS DE SAÚDE	39
3.1. SATISFAÇÃO COMO INDICADOR DE QUALIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE .	40
3.2. ESTUDOS DE SATISFAÇÃO DE UTENTES: PORTUGUESES E INTERNACIONAIS	49
CAPÍTULO 4. VARIÁVEIS E HIPÓTESES DO ESTUDO	55
CAPÍTULO 5. MÉTODO	59

5.1. TIPO DE ESTUDO	59
5.2. LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE EM ESTUDO	60
5.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA	63
5.3.1. Técnica de amostragem	64
5.4 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	66
5.5. PROCEDIMENTOS ADOTADOS	73
5.5.1. Procedimentos formais e ético-legais.....	73
5.5.2 – Procedimento de recolha de dados	73
5.5.3 – Procedimento e análise de dados.....	74
CAPÍTULO 6. RESULTADOS.....	77
6.1. ANÁLISE DESCRITIVA E INFERENCIAL SOCIODEMOGRÁFICA.....	77
6.2. ANÁLISE DESCRITIVA E INFERENCIAL DOS INDICADORES RELATIVOS À CONSULTA	80
6.3. DADOS DA AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE	82
6.4. INDICADORES-CHAVE EUROPEP	83
6.4.1. Relação e Comunicação	83
6.4.2. Cuidados Médicos.....	85
6.4.3. Informação e Apoio.....	87
6.4.4. Continuidade e Cooperação	88
6.4.5. Organização dos serviços	89
6.4.6. Indicadores de áreas específicas da satisfação	91
6.4.7. Satisfação global EUROPEP.....	96
CAPÍTULO 7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	103
7.1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	103
7.2. CARACTERIZAÇÃO DOS INDICADORES RELATIVOS À CONSULTA.....	106
7.3. DADOS DA AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE	107
7.4. INDICADORES EUROPEP	108
7.4.1. Relação e Comunicação	109
7.4.2. Cuidados Médicos.....	111
7.4.3. Informação e Apoio.....	112
7.4.4. Continuidade e Cooperação	113
7.4.5. Organização dos serviços	114
7.4.6. Satisfação Global EUROPEP.....	115
7.4.7. Indicadores das áreas específicas	117

CAPÍTULO 8. PRINCIPAIS CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE INVESTIGAÇÃO FUTURA	121
8.1. LIMITAÇÕES	124
8.2. SUGESTÕES PARA INVESTIGAÇÃO FUTURA	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
ANEXOS.....	139
ANEXO I – CONSENTIMENTO INFORMADO E QUESTIONÁRIO EUROPEP	139
ANEXO II – PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA	149
ANEXO III – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	151

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Dimensões da avaliação da satisfação	46
Tabela 2. Estudos da satisfação de utentes Nacionais e Internacionais.....	49
Tabela 3. Variáveis em estudo.....	56
Tabela 4. Indicadores-chave EUROPEP	70
Tabela 5. Indicadores de áreas específicas de satisfação.....	72
Tabela 6. Idade, Zona de residência, Situação familiar, Grau de ensino e Situação laboral, em função do Sexo.	79
Tabela 7. Estatística descritiva e inferencial em relação à idade de acordo com o sexo.....	80
Tabela 8. Iniciativa da Consulta, Razão da Consulta, 1ª Consulta, Marcação da Consulta, Modo como efetuou a Marcação e Informação de alteração de consulta, em função do sexo	81
Tabela 9. Estado de saúde em função do sexo	82
Tabela 10. Satisfação dos utentes em relação a “Relação e Comunicação” por médico de família	84
Tabela 11. Satisfação dos utentes em relação a “Relação e Comunicação” por sexo	85
Tabela 12. Satisfação dos utentes em “Cuidados Médicos” por médico de família	86
Tabela 13. Satisfação dos utentes em “Cuidados médicos” em função do sexo	86
Tabela 14. Satisfação dos utentes em “Informação e Apoio” por médico de família	87
Tabela 15. Satisfação dos utentes em “Informação e apoio” em função do sexo	88
Tabela 16. Satisfação dos utentes em “Continuidade e Cooperação” por médico de família	88
Tabela 17. Satisfação dos utentes em “Continuidade e cooperação” em função do sexo	89
Tabela 18. Satisfação dos utentes em “Organização de Serviços” por médico de família.....	90
Tabela 19. Satisfação dos utentes em “Organização de Serviços” em função do sexo.....	91
Tabela 20. Indicadores de áreas específicas da satisfação por médico de família	93
Tabela 21. Indicadores de áreas específicas da satisfação por sexo	95
Tabela 22. Satisfação global EUROPEP por Médico de Família.....	96
Tabela 23. Satisfação global EUROPEP em função do sexo	97

Tabela 24. Satisfação global EUROPEP por faixas etárias.....	99
Tabela 25. Satisfação nas áreas específicas de atuação por faixas etárias	101

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Vertentes da reforma dos cuidados de saúde primários.	26
Figura 2. Estrutura Orgânica de um ACES	28
Figura 3. Dimensões para a avaliação da qualidade de cuidados de saúde	33
Figura 4. Matriz Organizacional e Funcional do ACES Oeste Norte.	63
Figura 5. Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos do aplicativo BI-CSP (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários).....	64

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

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

CHOeste - Centro Hospitalar do Oeste

Cit. in - Citada (o) por

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

dp - desvio padrão

EUROPEP - *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice*

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

et al. - *Et alii* (E outros)

IQS - Instituto da Qualidade em Saúde

M - Média

MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

PDCA - *Plan, Do, Check, Action*

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SRS - Sub-Região de Saúde

UAG - Unidade de Apoio a Gestão

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

% - Frequências Percentuais

INTRODUÇÃO

O tema da satisfação de utentes nos serviços de saúde e a sua relação com a qualidade de cuidados tem vindo a destacar-se como campo de investigação no âmbito da administração e gestão dos serviços de saúde. Em análise à literatura sobre avaliação da qualidade de cuidados de saúde, facilmente se verifica que o conceito tem sido frequentemente operacionalizado através da satisfação do utente e tem sido um tema largamente investigado por diversos autores ao longo das últimas décadas, que, contudo, ainda está longe de reunir consenso. Ainda não é universalmente reconhecida completa legitimidade à opinião dos utentes para avaliar a qualidade dos cuidados, existindo ainda alguns sistemas de saúde onde a qualidade é ainda considerada apenas sob a perspetiva dos prestadores de cuidados ou dos políticos (Ferreira, 2000).

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 (Ribeiro, 2005). Corroborando Vinagre e Neves (Pimentel, 2011; Vinagre & Neves, 2008) que “realçam a qualidade do serviço e a satisfação do utente como objetivos fundamentais nas organizações modernas, e nos serviços públicos também devidamente empenhados nestes objetivos”. Sendo que Marques (Marques, 2010), refere que a “satisfação utente/cliente passou a ser relevante, como campo de investigação no âmbito da gestão dos serviços de saúde e, aos mesmo tempo, uma necessidade para as organizações de saúde que se preocupam em melhorar continuamente a qualidade dos seus serviços e em simultâneo a sua imagem”.

Com a consciência desta realidade, que a satisfação é um conceito multidimensional baseado na relação entre experiências e expectativas, e partindo do pressuposto e motivação que não havia estudos (de carácter académico) desta natureza na unidade em estudo, este estudo também procura compreender e dar resposta à questão central que se segue:

Como se caracteriza a satisfação dos utentes de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e quais os seus principais determinantes?

Decorrem deste objetivo geral cinco objetivos específicos:

- Identificar os principais fatores que contribuem para satisfação global dos utentes;

- Identificar os aspetos perante os quais os utentes da unidade de cuidados de saúde personalizados apresentam maiores e menores índices de satisfação, identificando áreas chave de intervenção;
- Testar se variável idade influencia, ou não, a relação entre variáveis sociodemográficas e a satisfação;
- Comparar os níveis de satisfação dos utentes da unidade em estudo, com e sem médico de família;
- Estudar a influência das variáveis sociodemográficas na satisfação dos utentes.

Este estudo enquadra-se no paradigma das metodologias quantitativas, do tipo não experimental, transversal, exploratório e numa lógica de análise descritivo-correlacional, onde, para a obtenção dos dados primários passíveis de serem analisados, se aplicou aos utentes da unidade em estudo um questionário de autopreenchimento.

O grau de satisfação do utente, de acordo com Ferreira, Raposo e Godinho (Pedro Lopes Ferreira et al., 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 fíavel e atual 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 objeto de medição. Para esse efeito, deverá, ainda, existir o cuidado de se seleccionar instrumentos que sejam aplicados quer a nível nacional quer internacional, de forma a tornar possível quer a uniformização da qualidade quer dos serviços quer dos procedimentos, quando possível. Nesse sentido, para os propósitos deste estudo recorreremos ao EUROPEP (a ser descrito em detalhe na secção dos métodos).

Este instrumento de satisfação dos utentes mede, essencialmente, cinco principais dimensões dos cuidados primários (Indicadores Chave EUROPEP): relação e comunicação; cuidados médicos; informação e apoio; continuidade e cooperação; organização dos serviços (P. L. Ferreira et al., 2005).

Este trabalho encontra-se estruturado em quatro partes, as quais correspondem às quatro fases do processo de investigação delimitadas por Fortin (Fortin et al., 2009). Na primeira parte, fase concetual, apresenta-se a revisão da literatura, formulação do problema de investigação, enunciado dos objetivos, questões de investigação e variáveis. Na segunda parte, fase metodológica,

escolheu-se o desenho de investigação, definiu-se a população e amostra, descrevem-se os métodos de colheita e análise dos dados e referem-se os aspetos éticos tidos em conta durante todo o processo. Na terceira parte, fase empírica, apresentam-se os dados obtidos no terreno e analisam-se os mesmos. Por fim, na quarta parte, interpretam-se os resultados. O trabalho termina com a exposição das conclusões, na qual se referem as limitações do estudo e onde a autora propõe investigações futuras.

O presente trabalho será redigido mediante as normas da *American Psychological Association* [APA] e o programa informático utilizado para o tratamento estatístico dos dados foi o *Statistical Package for the Social Sciences* [SPSS versão 20.0].

CAPÍTULO 1. O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Sendo uma estrutura do estado português, O Serviço Nacional da Saúde (SNS), surgiu em 1970 após reestruturação política portuguesa. Assim, a todos os cidadãos de Portugal: “Todos têm direito à proteção da saúde (...) através de um serviço de saúde universal e geral (...) tendencialmente gratuito; Garantir o acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação” (“Lei Constitucional n.º 1/2001,” 2001).

Precedentemente à análise detalhada do Serviço Nacional de Saúde (SNS) importa definir o conceito de Sistema de Saúde que, de acordo com Gonçalves Ferreira citado por Baganha, Ribeiro e Pires (Baganha et al., 2002), é um “conjunto dos diversos tipos de recursos que o Estado, a sociedade, as comunidades ou simples grupos de população reúnem para organizar a proteção generalizada de cuidados na doença e na promoção da saúde”.

Os sistemas de saúde e os determinantes da sua evolução são bastante complexos. Se por um lado o desafio da governação em saúde é conseguir a promoção e proteção da saúde das pessoas, por outro subsiste a necessidade de incentivar o crescimento económico da comunidade sendo imprescindível compatibilizar estes dois aspetos (Paula et al., 2012; Sousa, 2009).

Em Portugal, o sistema de saúde é constituído por entidades públicas, privadas e subsistemas públicos e privados, dos quais são exemplos a Assistência na Doença aos Servidores do Estado e a Assistência na Doença aos Militares. Atualmente, e devido às exigências por parte do estado para a melhoria da eficiência na gestão dos recursos públicos afetos à saúde, existe uma cooperação entre as diferentes entidades. Porém, inicialmente, o serviço público foi concebido para funcionar totalmente independente da rede privada (Major & Magalhães, 2014).

Abreviando os marcos históricos do serviço de saúde público, importa referenciar que este teve início em 1979 com a criação do SNS, por António Arnault, caracterizado pelo acesso gratuito a cuidados de saúde de elevada qualidade a todos os cidadãos, independentemente do seu estatuto económico-social. Para tal, este serviço é financiado pelos impostos cobrados pelo Estado Português (Major & Magalhães, 2014) Em 1982, o decreto-lei nº254, de 29 de junho, cria as Administrações Regionais de Saúde com vista ao combate à fraca eficiência do mesmo e mais tarde, é concedido ao SNS autonomia administrativa e financeira (Major & Magalhães, 2014). Em 1990, ocorrem dois eventos que se tornam marcos importantes na história do SNS: A Lei de Bases da Saúde e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. O SNS passa a ser “(...) universal, prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação, ser tendencialmente gratuito, garantir

a unidade no acesso dos utentes e ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada” (Major & Magalhães, 2014).

De salientar que no início da década de 90 o SNS atravessava uma situação crítica, decorrente das circunstâncias políticas, sociais e económicas em que foi criado. Caracterizava-se pela frágil base financeira e ausência de uma cultura de gestão apropriada, mais especificamente: falta de eficiência na afetação de recursos, baixa produtividade, elevadas listas de espera, insatisfação dos utentes e dos profissionais de saúde e elevados custos na prestação de serviços. Todos estes fatores contribuíram para que a classe política exigisse soluções para o melhoramento da gestão pública hospitalar (Major & Magalhães, 2014). Surgiram, por isso, diversas medidas tais como: o desenvolvimento de sistemas de informação baseados em grupos de diagnóstico homogéneo para apoio à gestão, introdução de taxa moderadora, incentivo à utilização de medicamentos genéricos cujo preço é substancialmente inferior aos similares de marca e aumento dos incentivos à colaboração entre os setores público e privado de forma a reduzir as elevadas listas de espera nos hospitais públicos. “O objetivo major passa a ser a satisfação do cliente e das suas necessidades”. Apesar do elevado número de medidas apresentadas o seu alcance prático foi sendo questionado (Major & Magalhães, 2014; Paula et al., 2012). Mais tarde desponta a reforma dos Cuidados de Saúde Primários, com a extinção das sub-regiões de saúde, a criação dos agrupamentos de centros de saúde e a nova organização dos mesmos, onde as Unidades de Saúde Familiar (USF) assumem um papel de destaque (Deloitte, 2011).

Em resumo, o sistema de saúde em Portugal sofreu grandes alterações que resultam de um processo evolutivo de aperfeiçoamento constante, influenciado não só pelas decisões governamentais, mas também pela participação dos profissionais de saúde e cidadãos. Ambiciona-se que, futuramente, coincidam as quatro características essenciais para o bom funcionamento do sistema de saúde que de acordo com Pinto (Pinto, 1994) são: qualidade, grau de satisfação razoável por parte dos utentes, custos controlados e um sistema de financiamento repartido.

1.1. REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os cuidados de saúde primários (CSP) têm vindo a ser considerados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como essenciais para um sistema de saúde, e reconhecidos como primeiras entidades responsáveis pela promoção e melhoria dos níveis de saúde das populações. Estes constituem atualmente o pilar do sistema nacional de saúde e representam na sociedade portuguesa, à semelhança de muitos outros países, sobretudo europeus, a porta de entrada para a prestação de cuidados.

A cobertura generalizada do território nacional pelos CSP é conseguida após a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979. Desde a implementação dos CSP, no início da década de 70 e ao longo da sua evolução, muitas têm sido as dificuldades sentidas e as tentativas de reforma que responde aos sucessivos problemas organizacionais, estruturais e burocráticos, sem que, porém, tenham tido o sucesso esperado (Biscaia et al., 2008). O modelo de gestão e organização da prestação de cuidados, com a excessiva centralização nas Sub-Regiões e nas Administrações Regionais de Saúde, a crescente desproporção entre recursos humanos existentes nos cuidados de saúde primários e nos cuidados secundários e um sistema remuneratório sem incentivos para premiar e estimular os melhores desempenhos, conduziram a uma deterioração da capacidade de prestação de cuidados e a uma crescente desmotivação dos profissionais (Miguel & Sá, 2010).

Estas falhas ao nível dos modelos de gestão e organização dos CSP têm acarretado consequências negativas não só em termos de prestação de cuidados mas, sobretudo, a um nível mais macro que incide sobre a evolução de todo o sistema de saúde (Barbosa, 2009). Não obstante, são claros os ganhos em saúde obtidos com a implementação dos CSP em Portugal, sendo exemplo disso a evolução de indicadores como a esperança de vida à nascença, as taxas de mortalidade infantil, neonatal e perinatal comparativamente a outros países da OCDE (Biscaia et al., 2008; Miguel & Sá, 2010). De acordo com as evidências, os sistemas de saúde mais orientados para os cuidados primários obtêm melhores níveis de saúde das populações, a menor custo, maior equidade (Starfield, 2009), bem como uma maior satisfação de utentes e utilização mais adequada dos serviços (Atun, 2004; Biscaia et al., 2008), o que motivou a própria OMS, no Relatório Mundial de Saúde 2008, a incentivar todos os países a orientar os seus sistemas de saúde para uma estrutura sólida de cuidados de saúde primários (Starfield, 2009).

Em Portugal, e dados os crescentes desafios com a evolução dos problemas de saúde comunitários, bem como da própria prestação de cuidados de saúde, imperou a necessidade de reorganizar as instituições e métodos de trabalho. O sentido da mudança é enquadrado pelo Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de maio, que preconiza uma organização descentralizada com atribuição de

personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira aos centros de saúde de terceira geração que, contudo, nunca chegou a ser concretizada. É, portanto, apenas em 2005 que se inicia no terreno o processo de reforma dos Cuidados de Saúde Primários. O objetivo principal é reconfigurar os centros de saúde através de políticas de saúde adequadas e criar um novo modelo de organização dos CSP mais próximo dos cidadãos e mais eficiente. Para além da acessibilidade e eficiência, pretende-se aumentar a satisfação, tanto dos utilizadores dos cuidados de saúde como dos profissionais de saúde, e melhorar a qualidade e continuidade dos cuidados prestados (Pisco, 2007; Primários, 2012). A reforma é perspectivada, sobretudo, como uma alavanca para a continuidade sustentável do SNS, na construção de respostas efetivas, orientada para “ganhos em saúde” (Correia, 2010).

Surge então a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), estrutura de missão na dependência direta do Ministério da Saúde, criada pela resolução do Conselho de Ministros nº157/2005, de 12 de outubro, com o objetivo de conduzir o projeto global de lançamento da reforma, coordenar e acompanhar a estratégia de reconfiguração dos Centros de Saúde e implementar as unidades de saúde familiar (USF). O período 2005-2010 correspondeu, portanto, à fase conduzida pela MCSP. Terminado o seu mandato, o Ministério da Saúde criou uma nova entidade, a Coordenação Estratégica, com o objetivo de dar um novo impulso e responder a novos desafios da reforma. Enfatizou-se com a reforma a constituição de equipas multidisciplinares, como forma de otimizar as respostas às necessidades da população e melhorar o desempenho dos Centros de Saúde. Estas equipas, que constituem as unidades funcionais do Centro de Saúde, complementam-se entre si e assumem compromissos de acessibilidade e de qualidade dos cuidados (Estratégica, 2010). De acordo com as suas missões específicas, dirigem a sua intervenção à pessoa e família - USF e UCSP, a grupos com necessidades especiais e intervenções na comunidade - UCC, à população em geral e no meio físico e social, com ações de alcance populacional - unidades de saúde pública (USP).

1.2. NOVO MODELO ORGANIZACIONAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE

A reforma dos CSP passa pela reconfiguração dos centros de saúde que assenta, essencialmente, em duas medidas (Pisco, 2007):

- A constituição de pequenas unidades funcionais autónomas, as USF, prestadoras de cuidados de saúde à população, que proporcionarão maior proximidade ao cidadão e maior qualidade de serviço, por via de um modelo de contratualização interna;
- A criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), promovendo a agregação de recursos e estruturas de gestão, eliminando concorrências estruturais, obtendo economias de escala e viabilizando estratégias regionais ao nível dos cuidados de saúde primários que vão ao encontro das necessidades e expectativas da população.

As USF foram as precursoras da reforma e tiveram o seu arranque ascendente em 2006/2007, após a criação da MCSP (Estratégica, 2011). Em 2009-2010 foi iniciado o processo de transformação dos Centros de Saúde, no seu todo, através da constituição dos ACES. São criados com os ACES órgãos próprios de governação e de gestão de forma a permitir otimizar a gestão de recursos. O objetivo é a descentralização de competências para os Centros de Saúde de modo a que, a nível local, existam poder e responsabilidade para que se possam tomar decisões mais adequadas e céleres. São extintas as 18 Sub-Regiões de Saúde (SRS) e as relações de comando burocrático vertical vão sendo progressivamente substituídas por relações de contratualidade estabelecidas diretamente entre os ACES e as respetivas Administrações Regionais de Saúde (ARS), através de contratos-programa (Estratégica, 2010). Os CSP ficam assim organizados em 5 ARS e 74 ACES.

Ao longo de 2010 foram sendo constituídas as restantes unidades funcionais do ACES, designadamente as UCSP, as USP e as URAP (Estratégica, 2011). Esta nova arquitetura organizacional implementada com a reforma assenta nas cinco vertentes resumidas na Figura 1:

1. Rede descentralizada de equipas	Equipas multiprofissionais de tipo estrutural permanente, com missões específicas: <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados à pessoa e à família – Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); • Cuidados a grupos com necessidades especiais e intervenções na comunidade– Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC); • Intervenções no meio físico e social e acções com alcance populacional– Unidades de Saúde Pública (USP).
2. Concentração de recursos e partilha de serviços	Equipa multiprofissional que assegura e rentabiliza serviços específicos, assistenciais e de consultadoria às unidades funcionais e aos projectos de saúde comuns a várias unidades e ao ACES - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).
3. Descentralização da gestão para o nível local	Criação dos ACES com directores executivos e conselhos executivos e desenvolvimento de competências locais para a gestão de recursos - Unidades de Apoio à Gestão (UAG) – obtendo economias de escala com a agregação de C.S.
4. Governação clínica e de saúde	Desenvolvimento de um sistema de pilotagem técnico-científica envolvendo todos os profissionais, sob orientação do conselho clínico de cada ACES e dos conselhos técnicos das suas unidades.
5. Participação da comunidade	Ênfase e reforço da participação da comunidade através de órgãos como os Gabinetes do Cidadão e os Conselhos da Comunidade.

Figura 1. Vertentes da reforma dos cuidados de saúde primários.

Adaptado de Coordenação Estratégica (Estratégica, 2010). *O que está a mudar nos cuidados de saúde primários em Portugal?*

O que se pretende obter é uma maior orientação para os utentes, desburocratizando e flexibilizando a gestão, aumentando o trabalho em equipa, tentando implementar instrumentos de melhoria contínua da qualidade, e incentivando a contratualização de responsabilidades e de contrapartidas para os prestadores de cuidados. Esta reforma conjuga, assim, princípios de descentralização, auto-organização e responsabilização face à qualidade dos cuidados e aos resultados a obter, de forma a dar resposta ao grande desafio que é passar de organizações de saúde viradas para si próprias para organizações centradas no cidadão (Correia, 2010).

É consensual que os resultados da reforma têm sido positivos, com aumento da acessibilidade e da satisfação quer de profissionais quer de utentes (Miguel e Sá, 2010). O processo de contratualização, pelos efeitos subsequentes que desencadeia, tem-se revelado um motor poderoso da reforma, da adequação dos cuidados às necessidades da população e da melhoria do desempenho das USF (Estratégica, 2011). No entanto, tal como referem Miguel e Sá (Miguel & Sá, 2010), “a adesão à reforma não tem sido uniforme ao longo do país, criando alguma desigualdade nos cuidados de saúde disponibilizados aos cidadãos”.

A nova estrutura resultante da reconfiguração dos Centro de Saúde e da extinção das SRS designa-se ACES, sendo o seu regime de organização e funcionamento estabelecido pelo Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro. Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa que agrupam um ou mais centros de saúde, e cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma determinada área geográfica, procurando manter os princípios de equidade e solidariedade (Ministério da Saúde, 2008). São dirigidos por um Diretor Executivo e compostos por um Conselho Clínico, um Conselho da Comunidade, um Gabinete do Cidadão, uma Unidade de Apoio à Gestão, uma Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados Integrados (ECLCCI) e por uma rede de unidades funcionais de prestação de cuidados. Destas unidades funcionais constam as USF, as UCSP, as UCC, as USP e as URAP, podendo ainda existir outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários pelas ARS.

Cada uma das unidades assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES. Em cada Centro de Saúde componente do ACES funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta, e cada ACES terá somente uma USP e uma URAP ((ACS), 2007).

O Conselho Clínico é um órgão de governação clínica composto por um presidente e três vogais, sendo o presidente um médico da especialidade de medicina geral e familiar, habilitado pelo menos com o grau de consultor e com experiência efetiva na especialidade, a exercer funções no ACES.

Compete a este órgão, entre outras funções, dar diretivas e instruções para o cumprimento das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes; fixar procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde; verificar o grau de satisfação dos profissionais do ACES; e organizar e controlar as atividades de desenvolvimento profissional contínuo e de investigação ("Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro," 2008).

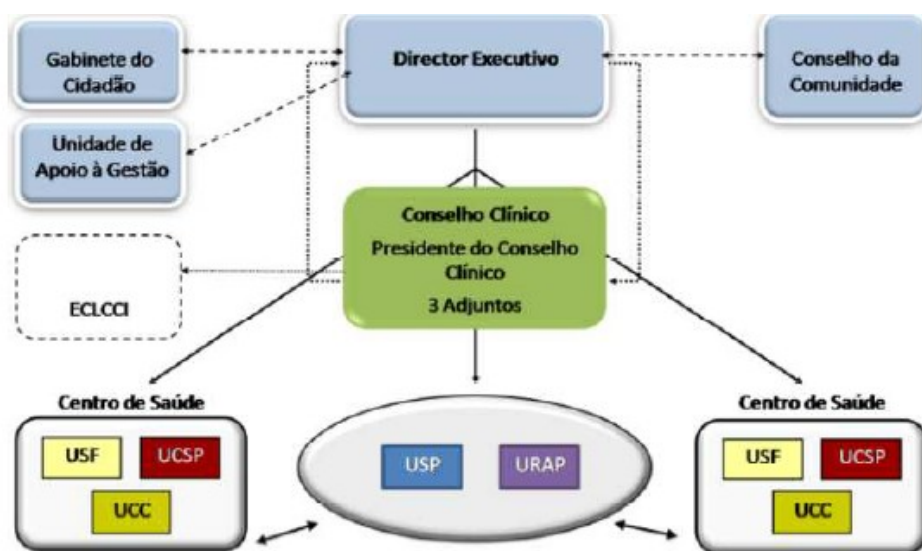


Figura 2. Estrutura Orgânica de um ACES

Fonte: MCSP. (2007). *Proposta para a reconfiguração dos centros de saúde: Criação do agrupamento de centros de saúde*. Lisboa. Legenda: ECLCCI – Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados Integrados; UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade; UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; USF – Unidade de Saúde Familiar; USP – Unidade de Saúde Pública; URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.

O Conselho da Comunidade é um órgão consultivo composto por vários representantes, nomeadamente da câmara municipal da área de atuação do ACES, do centro distrital da Segurança Social, do agrupamento de escolas, das instituições particulares de solidariedade social, da associação de utentes do ACES, das associações sindicais e associações de empregadores, do hospital de referência, das equipas de voluntariado social e um representante da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens.

A este Conselho compete alertar o Diretor Executivo para factos reveladores de deficiências graves na prestação de cuidados de saúde; assegurar a articulação do ACES, em matérias de saúde, com os municípios da sua área geográfica; dinamizar associações e redes de utentes promotoras de equipas de voluntariado, entre outros. ("Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro," 2008).

O presidente do Conselho da Comunidade, conjuntamente com o Diretor Executivo e o presidente do Conselho Clínico, formam o Conselho Executivo. A este órgão compete aprovar os planos plurianuais e anuais de atividades das várias unidades funcionais, com as respetivas dotações orçamentais; elaborar o relatório anual de atividades e submetê-los à aprovação do conselho diretivo da respetiva ARS; elaborar o regulamento interno de funcionamento do ACES e submetê-lo à aprovação do conselho diretivo da respetiva ARS e assegurar a articulação do ACES com os

municípios da sua área geográfica, entre outras funções ("Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro," 2008).

O Gabinete do Cidadão deve estabelecer canais de articulação com cada unidade funcional do ACES e é responsável por verificar as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde; informar os utentes dos seus direitos e deveres na qualidade de utilizadores dos cuidados de saúde primários; receber observações, sugestões e reclamações dos utentes aos cuidados prestados e responder às mesmas; e verificar regularmente o grau de satisfação dos utentes do ACES ("Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro," 2008).

Os Gabinetes do Cidadão e os Conselhos da Comunidade devem cooperar entre si, de forma a fomentar a cidadania em saúde, nomeadamente na participação, envolvimento e empoderamento responsável dos cidadãos e comunidades na proteção e promoção da sua saúde.

A Unidade de Apoio à Gestão (UAG) é um núcleo de apoio administrativo e logístico, organizado numa lógica de concentração dos serviços não assistenciais do ACES, que presta apoio administrativo e geral ao diretor/a executivo, ao conselho clínico e às unidades funcionais. Entre outras funções, compete à UAG prestar assessoria técnica em todos os domínios da gestão do ACES; acompanhar a execução dos contratos-programa celebrados entre o ACES e o conselho diretivo da ARS; colaborar na elaboração dos planos de atividade e orçamentos e acompanhar a respetiva execução; analisar a eficácia das políticas de gestão dos recursos humanos, dos equipamentos e financeira e elaborar os respetivos relatórios anualmente; monitorizar e disponibilizar informação sobre faturação e prescrição; assegurar e organizar os procedimentos administrativos respeitantes à gestão de bens e equipamentos afetos ao ACES e garantir o controlo de consumos ("Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro," 2008). Sendo a descentralização da gestão para o nível local e a autonomia administrativa dos ACES uma das vertentes importantes da reforma dos cuidados de saúde primários, a UAG assume um papel determinante no cumprimento deste objetivo.

De acordo com a MCSP ((ACS), 2007), a constituição dos ACES é vantajosa tanto a nível da gestão da oferta como da procura pois permite:

- A organização de recursos especializados a uma escala superior, com ganhos na utilização de recursos escassos e muitas vezes dispersos, e na realização de novos investimentos em estruturas, recursos humanos ou sistemas;

- A realização de estudos epidemiológicos sobre uma base populacional mais alargada, tornando técnica e cientificamente viável o estudo da ocorrência de patologias e problemas de saúde e, dessa forma, assegurar uma melhor gestão previsional.

1.2.1. Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)

As UCSP são formalmente criadas pelo disposto no artigo 10.º do Decreto-Lei 28/2008, de 22 de fevereiro. Não poderão ser consideradas “o modelo clássico”, dado que “o Centro de Saúde” incorporava atividades clínicas e de apoio, e agora as UCSP estão focadas apenas na prestação de cuidados; no entanto, as UCSP foram “criadas” com “o que sobra” da criação das USF, fazendo suspeitar que a ideia é a sua extinção pelo decorrer do tempo.

Este tipo de unidades tem uma “...estrutura idêntica à prevista para USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos.” (“Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro,” 2008)

Mais tarde, surge um conceito de Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados com utentes com Médico de família atribuído (UCSP-M). Conceito utilizado, apenas, quando no âmbito da contratualização.

Nas USF não existem utentes inscritos “sem médico de família”, mas nas UCSP existem. Ou seja, nas UCSP, os profissionais (todos) para além de terem de assegurar os cuidados aos utentes das suas listas quase sempre completas (“utentes com médico de família”), têm de assegurar também os cuidados aos utentes “sem médico de família”.

Nas UCSP, como o Estado não consegue assegurar os rácios profissionais / utentes, não existe “moral” para exigir que os valores das metas se encontrem dentro dos intervalos de referência. É frequente entender que se terá sido demasiado ambicioso face aos recursos que existiam e baixar as metas a propor para o ano seguinte (sem qualquer estudo de eficiência). Este modelo é o modelo relacional, que pressupõe uma relação continuada e solidária no tempo. Na prática parece não existir qualquer sentimento de responsabilidade / motivação em atingir seja o que for em termos de metas, dada a inexistência de qualquer tipo de consequências.

CAPÍTULO 2. QUALIDADE EM CUIDADOS DE SAÚDE

Utentes, profissionais de saúde, gestores, políticos, entre outros, todos têm perspetivas diferentes, porém legítimas, sobre o que é um atendimento de qualidade. A preocupação acerca da temática da qualidade em serviços de saúde tem sido, nos últimos anos, uma prioridade para gestores e profissionais de saúde em geral. Tem sido também notória a disseminação pelos serviços de saúde de uma cultura de melhoria contínua da qualidade e uma filosofia de gestão caracterizada, essencialmente, pela sua focalização nos utentes e pela excelência, efetividade e eficiência dos serviços. A qualidade na saúde surge portanto, na atualidade, como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde, sendo considerada como um atributo essencial desses cuidados (Pisco & Biscaia, 2001).

A evolução da qualidade em saúde tem acompanhado o desenvolvimento da qualidade noutros sectores e utiliza de forma adaptada os conceitos desenvolvidos para a indústria e serviços. Os avanços tecnológicos na área da saúde conduziram à adoção natural do modelo industrial de garantia da qualidade, mas, tal como referem Pisco e Biscaia (Pisco & Biscaia, 2001), a qualidade na saúde diferencia-se de outros sectores em vários aspetos: é orientada para a satisfação das necessidades, e não para a procura oferecendo mais; é pró-ativa para prevenir e dar resposta, e não para a procura de novas oportunidades de mercado; e tem de reunir integralmente, como atributos, a efetividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade, e não a exigência única da aceitabilidade. Na evolução do conceito de qualidade várias definições têm sido propostas por diversos autores, que refletem quer as suas diferentes perspetivas de abordagem quer a necessidade de adequar estes conceitos de qualidade às especificidades da saúde.

A qualidade em saúde é um tema muito abrangente, avaliada constantemente de forma não sistematizada e intencional sempre que prestamos assistência e somos assistidos, sendo provável o julgamento de valores acerca do atendimento prestado. Na grande maioria das situações, mais facilmente percebemos a ausência de qualidade do que a excelência.

Mais complicado do que julgar é definir o que é qualidade em saúde. Isto porque o conceito é complexo e muito variável de acordo com a cultura, pessoas envolvidas, tipo de organização, contexto situacional, entre outros fatores (Serapioni, 2009). A própria variedade de atores que atuam nos sistemas de saúde, e a diversidade dos seus pontos de vista, reforça a complexidade do conceito de qualidade. Como tal, é de esperar que o conceito varie consoante seja definido e aplicado por um clínico, por um doente, por um gestor, ou por um político (Campbell et al., 2002; Ferreira, 2000), e assim sendo, tal como refere Ferreira (Ferreira, 2000), “qualidade é, talvez, equilibrar todas estas perspetivas”. Estamos, portanto, perante um conceito subjetivo, sujeito a

uma multiplicidade de interpretações, que deve ser analisado no contexto de um sistema de saúde de uma sociedade em constante evolução.

Toda a organização que pretenda implementar um programa de melhoria da qualidade necessita, antes que tudo, definir o seu conceito de qualidade. Assim como também se torna impensável proceder-se a medições sobre a qualidade de cuidados de saúde sem uma prévia definição do que se entende por este conceito (Ferreira, 1991). No entanto, tal como refere Ferreira (Ferreira, 1991, p. 97) “qualidade de cuidados de saúde é uma expressão muito difusa e por isso existem dificuldades em definir este conceito assim como em medi-lo”.

De igual modo também não é fácil distinguir a definição da qualidade de cuidados da sua operacionalização (Ferreira, 1991). Apesar da boa qualidade ser habitualmente reconhecida por todos, terão de existir atributos passíveis de tradução objetiva.

(Garvin & Quality, 1984), citado por Ferreira (Ferreira, 2000), apresenta uma definição de qualidade um pouco redutora, elaborada apenas sob a perspetiva do utente, na qual é considerada como o “grau segundo o qual um conjunto de características de um produto, de um serviço ou de um processo satisfazem as necessidades do consumidor”.

Já Palmer apresenta uma interpretação mais alargada da qualidade integrando diferentes elementos que deverão coexistir na prestação de cuidados de saúde. A qualidade é então definida, segundo (Palmer, 1983), como um “conjunto de atividades destinadas a garantir serviços acessíveis e equitativos com prestações profissionais ótimas, tendo em conta os recursos disponíveis e conseguindo a adesão e satisfação dos utentes para os cuidados recebidos” (citado por Pisco e Biscaia) (Pisco & Biscaia, 2001). Palmer (Palmer, 1983) identificou assim cinco dimensões para a definição de qualidade de cuidados de saúde: eficácia, eficiência, acessibilidade, aceitabilidade e competência do prestador de cuidados, e “que ilustram os aspetos da necessária interação entre preocupações clínicas e não-clínicas dentro de uma instituição de saúde” (Ferreira, 1991).

Já Donabedian (Donahedian A. Ann Arbor, 1980) atribuiu, inicialmente, três dimensões à qualidade, nomeadamente o conhecimento técnico-científico; a componente interpessoal, que envolve as relações e interação entre os profissionais e o utente; e as amenidades (ou seja, as condições de conforto e estética das instalações, tais como a conceção arquitetónica dos edifícios, equipamentos existentes, iluminação, limpeza das instalações, etc.).

No início da última década do século passado, Donabedian (2003) ampliou a sua definição de qualidade, introduzindo alguns conceitos que considerou indispensáveis para uma avaliação da qualidade em saúde mais abrangente, a que denominou de “sete pilares da qualidade”: eficácia,

efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Dentre estas dimensões da qualidade apontadas por Donabedian, a aceitabilidade e legitimidade são as que diretamente se relacionam com as expectativas e satisfação dos utentes. Na figura que se segue pode-se observar as dimensões da qualidade dos cuidados de saúde definidas por Palmer (1983) e Donabedian (2003).

Dimensão	Palmer (1983)	Donabedian (1990)
Eficácia	Característica de um determinado procedimento clínico ou tratamento tendente a melhorar o estado de saúde.	Obtenção da melhoria da saúde pela aplicação da arte e da ciência nas condições mais favoráveis (controladas).
Efectividade		Melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática diária. Grau de obtenção da melhoria da saúde, ou seja, a relação existente entre a melhoria possível, definida como alcançável pelos estudos de eficácia, e a obtida.
Eficiência	Fornecimento de um número máximo de unidades comparáveis de cuidados de saúde correspondente a uma determinada unidade de recursos de saúde usados.	É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidados são ambas eficazes e efectivas, a mais eficiente é a de menor custo.
Optimização		Relevante à medida que os efeitos do cuidado de saúde não são avaliados de forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, a adição de benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos que perdem a razão de ser.
Acessibilidade	Grau de acesso aos cuidados de saúde, em face das barreiras de ordem financeira, organizacional, cultural ou emocional.	
Aceitabilidade	Grau de satisfação dos doentes em relação aos cuidados de saúde.	Adequação dos cuidados aos desejos, expectativas e valores dos utentes e suas famílias.
Legitimidade		Conformidade dos serviços com as preferências sociais expressas nos princípios éticos, valores, normas, leis e costumes.
Equidade		Conformidade com o princípio da justiça na distribuição dos cuidados e seus benefícios entre os membros de uma população.
Competência do prestador de cuidados	Capacidade do prestador de cuidados em usar nas tomadas de decisão o melhor conhecimento disponível, de modo a produzir consumidores sãos e satisfeitos. Diz respeito às capacidades técnicas e de relacionamento interpessoal, assim como ao próprio sistema de cuidados	

Figura 3. Dimensões para a avaliação da qualidade de cuidados de saúde

A OMS, por sua vez, identifica como componentes da qualidade dos cuidados de saúde o elevado grau de excelência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, riscos mínimos para os doentes, a satisfação dos utentes, e os resultados de saúde obtidos (Pisco & Biscaia, 2001; Serapioni, 2009).

Apesar de se tratar de formulações distintas encontramos pontos comuns essenciais entre elas, que permitem identificar as diferentes dimensões da qualidade, designadamente a eficiência e a efetividade, a acessibilidade e a equidade, a satisfação das expectativas dos cidadãos, bem como os componentes da qualidade com realce para os resultados e os processos que os determinam (Pisco & Biscaia, 2001).

Já (Irvine, 1996), citados por Ferreira (Ferreira, 2000), apontam seis aspetos que consideram fundamentais para a qualidade em relação aos cuidados de saúde primários, e que são: cuidados pessoais, seguros e efetivos, o fácil acesso aos serviços, a escolha dos profissionais de saúde, a continuidade de cuidados, a boa coordenação com outros serviços e os cuidados domiciliários, se necessário.

Serapioni (Serapioni, 2009) apresenta uma conceção mais lata da qualidade dos cuidados de saúde primários. Segundo o autor esta deverá ser avaliada considerando todas as seguintes dimensões: a dimensão da implementação das linhas diretivas baseadas nas evidências científicas (*guidelines*); a dimensão das necessidades, dos valores, e das prioridades de cada utente; a dimensão da família e da comunidade envolvida no processo assistencial e de suporte do utente; e a dimensão dos serviços de saúde em que o acesso e a equidade se tornam critérios essenciais.

Neste sentido, Starfield (Starfield, 2008) critica a nova estratégia de remuneração dos médicos de família na Inglaterra (*Quality and Outcomes Framework*), centrada principalmente na avaliação dos resultados clínicos referentes a uma série de doenças crónicas, sem mensurar e valorizar o que nos cuidados de saúde primários representa um aspeto fundamental da relação terapêutica, ou seja, a capacidade de trabalhar os problemas dos utentes, a personalização no atendimento e a continuidade de cuidados. A mesma situação aplica-se agora em Portugal, no âmbito da reforma dos CSP, que se iniciou em 2005 e encontra-se ainda em curso.

De lembrar que um dos aspetos chave da reforma é a contratualização com os profissionais de saúde de vários indicadores de resultado que, quando atingidos, contemplam a atribuição de incentivos e de prémios de produtividade. Tal como no modelo adotado na Inglaterra, e apesar das reconhecidas vantagens inerentes à contratualização tal como a maior responsabilização dos profissionais, não são valorizados aspetos peculiares e únicos da relação do utente com o profissional, que são indissociáveis de uma prestação de cuidados com qualidade.

A qualidade dos serviços de saúde não pode ser reduzida a uma das dimensões identificadas, é necessário integrá-las reciprocamente para se conseguir obter uma adequada resposta às necessidades e expectativas dos utentes (Ferreira, 1991; Serapioni, 2009). Neste sentido, os cuidados de saúde podem ser simultaneamente eficazes e eficientes, sem que, por exemplo, isso implique uma menor satisfação do utente, sendo para tal necessário que outras dimensões da qualidade sejam atendidas. É importante lembrar que a qualidade na saúde “é e deve ser entendida como uma extensão da própria missão da organização que é a de atender e exceder as necessidades e expectativas dos seus clientes” (Mezomo, 2001, p. 73).

2.1. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

A interação da opinião dos utentes utilizadores dos serviços de saúde, bem como as suas expectativas e necessidades, deveria ser hoje uma exigência habitual.

“Já não basta o fazermos o nosso melhor, é necessário que existam mecanismos rigorosos e sistemáticos para avaliar os cuidados prestados e demonstrar se os recursos são usados adequadamente e se é obtida a melhor qualidade possível” (Pisco & Biscaia, 2001, p. 44).

A partir da década de 80 assistiu-se a uma preocupação crescente com a monitorização e avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, levantando-se, para os gestores, a questão do binómio custo-benefício, dado os elevados custos com a saúde, e, para os prestadores de cuidados, a questão da eficácia dos tratamentos. A qualidade é assim considerada uma característica mensurável que pode ser analisada de forma diferente conforme o alvo que se pretende avaliar ou a posição que o observador ocupa no sistema de saúde (Hespanhol et al., 2005).

Acredita-se, hoje em dia, que parcimónia económica e qualidade são duas vertentes inseparáveis na prestação dos melhores cuidados com os recursos disponíveis (Neto, 2005; Pisco & Biscaia, 2001).

Por outro lado, os utilizadores dos sistemas de saúde são cada vez mais exigentes e têm expectativas mais elevadas relativamente aos cuidados que recebem, sendo a avaliação da qualidade de cuidados de saúde uma prática crescente nas instituições de saúde como forma de ir em encontro a estas necessidades e expectativas. Assim, a qualidade nos serviços de saúde é hoje entendida, por diversas razões, como uma necessidade intrínseca aos próprios serviços.

Segundo Campbell et al (Campbell et al., 2002) a medição da qualidade desempenha um papel importante na melhoria dos cuidados prestados, para além de ser um fator promotor da mudança. Medidores específicos podem, por exemplo, permitir recompensar justamente bons desempenhos e facilitar a responsabilização (Campbell et al., 2002). Por esta razão muitos esforços foram mobilizados nas últimas décadas no sentido de desenvolver e aplicar medidas de qualidade.

Donabedian é um autor de referência quanto à avaliação da qualidade dos serviços de saúde, tendo publicado um conjunto de trabalhos importantes nas duas últimas décadas do século passado. É, aliás, considerado como fundador do campo da garantia da qualidade nos serviços de saúde como disciplina reconhecida. Apesar de Donabedian (Donahedian A. Ann Arbor, 1980) aceitar o aproveitamento de alguns pontos dos modelos industriais de qualidade, este autor realça a clara especificidade própria da gestão da qualidade em saúde. Ele salienta, em particular, que os referidos modelos valorizam as atividades relacionadas com a produção, não enquadrando a especificidade da prática clínica; desvalorizam a importância das competências, dos conhecimentos técnico-científicos e da motivação dos profissionais de saúde; ignoram a complexidade da relação médico-doente; e desvalorizam os fatores sociais, culturais e psicológicos, interpretando a qualidade de forma muito objetiva. O produto nos serviços de saúde é o resultado do contacto direto entre os profissionais e utentes e das ações e interações que constituem essa relação, existindo, portanto, uma forte e peculiar componente relacional que não é tangível. Por outro lado, no âmbito da saúde, e contrariamente ao que acontece numa empresa industrial, o utente desempenha um duplo papel: é consumidor de atenção, mas também seu coprodutor (Serapioni, 2009).

Na avaliação da qualidade de cuidados de saúde, Donabedian apresenta três componentes essenciais, que correspondem a zonas de medição da qualidade (Ferreira, 1991): a estrutura, o processo e os resultados. Estas componentes estão inter-relacionadas, pelo que só quando avaliadas no conjunto é possível conhecer de forma realista e fidedigna a qualidade dos cuidados. Podem, eventualmente, ser avaliadas independentemente, de acordo com os dados que se pretende recolher, mas reunidas formam um todo essencial para um sistema de garantia de qualidade. Esta tríade difundida por Donabedian, constituída pelos conceitos de estrutura, processo e resultado, faz parte de um quadro conceptual que, desde então, tem sido aceite como uma abordagem de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, assim como um instrumento para classificar programas de garantia de qualidade (Ferreira, 1991).

A estrutura está relacionada com as características do local onde os cuidados são prestados, isto é, os recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis, o ambiente físico, a estrutura organizacional, entre outras medidas que poderão ser consideradas para avaliar a estrutura

(Donabedian, 2003). A estrutura corresponde ao conjunto das características relativamente estáveis dos prestadores de cuidados de saúde, dos instrumentos e recursos que têm ao seu dispor, e dos meios físicos e organizacionais em que atuam. É difícil quantificar a influência ou contribuição exata desta componente na qualidade final da prestação de cuidados, contudo parte-se do pressuposto de que boas condições estruturais aumentam a probabilidade de a assistência prestada ser de melhor qualidade (Ferreira, 1991; Malik & Schiesari, 1998). Não podemos, contudo, presumir que uma vez satisfeitas certas condições específicas da componente estrutura resulte boa qualidade de cuidados, porque, mesmo que os recursos estejam todos assegurados, se forem utilizados de modo isolado e não envolvendo toda a organização na sua globalidade, a excelência dos cuidados não é garantida. O processo depende da estrutura e engloba os cuidados diretos, os não diretos e os padrões de comportamento dos profissionais, inclusive os aspetos técnicos da prestação e a componente interpessoal. Corresponde, em suma, ao conjunto das atividades desenvolvidas na relação entre profissional de saúde e utente, e aos métodos como estas atividades são desenvolvidas (Donabedian, 2003). Dada a sua relação direta com os resultados, o processo acaba por desempenhar um papel fulcral no nível da qualidade dos cuidados prestados. O resultado corresponde aos efeitos gerados pela prestação de cuidados de saúde e envolve, necessariamente, a comparação entre o que foi planeado e o que foi, na realidade, conseguido, possibilitando determinar-se a eficiência, a efetividade e a satisfação dos utentes face aos cuidados prestados (Cleary & McNeil, 1988). Correspondem à alteração no estado de saúde de um paciente passível de ser atribuída a uma prévia prestação de cuidados de saúde.

A qualidade em saúde não é apenas uma característica do produto final (cuidados de saúde). Resulta da organização no seu todo, considerando os recursos organizacionais e profissionais, as atividades desenvolvidas e ainda a sua relação com os resultados obtidos, tanto na vertente física e funcional como na vertente psicossocial. Está ainda relacionada com a cultura organizacional, ou seja, com os valores, crenças e atitudes partilhadas pelos seus membros. E dado que os utilizadores também fazem parte do sistema prestador, relaciona-se ainda com a forma como estes percebem a qualidade dos cuidados, assim como as alterações na sua qualidade de vida (Neto, 2005).

Segundo Pisco e Biscaia (Pisco & Biscaia, 2001), a melhoria da qualidade tem de ser feita no âmbito de um sistema de qualidade na saúde que deve caracterizar-se por corrigir erros do sistema, reduzir a variabilidade indesejada e ser um processo de melhoria contínua, num quadro de responsabilidade e participação coletiva. Ferreira (Ferreira, 1991) vai de encontro a esta ideia e refere que “é necessário adotar uma filosofia de melhoria contínua da qualidade e tornar todos os participantes da organização responsáveis pela qualidade”, dando ênfase à identificação e satisfação das necessidades e expectativas dos consumidores/utentes (Ferreira, 1991).

A monitorização da qualidade deve permitir uma melhoria contínua, não só dos resultados dos cuidados prestados, mas também da metodologia utilizada para monitorizar e avaliar o próprio processo de qualidade (Ferreira, 1991). É importante desenvolver um sistema de indicadores que valorizem todas as dimensões do processo de produção na saúde, nomeadamente a eficácia clínica, a capacidade organizacional, a relação com o utente, o trabalho interdisciplinar, etc. (Serapioni, 2009).

CAPÍTULO 3. SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CUIDADOS DE SAÚDE

O conceito de satisfação não é de fácil operacionalização, dada a sua natureza multidimensional. Há uma diversidade de fatores que podem influenciar o grau de satisfação das pessoas: os atributos do próprio indivíduo, as experiências vividas anteriormente, as variáveis do contexto onde os indivíduos estão inseridos, as suas próprias expectativas sobre as diferentes dimensões da satisfação, etc. O mesmo será dizer que a satisfação assume diferentes significados em contextos diferentes. A título conclusivo, poderá dizer-se que é um conceito dinâmico, subjetivo e com um forte valor cultural que sofre mutações constantes (Ribeiro, 2003).

A satisfação é uma atitude, uma emoção ou um sentimento, que pode ser verbalizada e medida através de opiniões ou da recolha dessas perceções. A satisfação, enquanto atitude, compreende aspetos afetivos, cognitivos e avaliativos e pode ser entendida como a consequência da avaliação que se faz relativamente à realização das necessidades, preferências e expectativas de cada pessoa individualmente. A “Satisfação do Utente” pode ser definida como o resultado das diferenças entre as expectativas do utente em relação aos cuidados de saúde e a sua perceção dos cuidados realmente recebidos. Quanto maior for a diferença entre esses fatores menor será a satisfação; e quanto menor for a diferença maior será a satisfação (Graça, 1999). Para (HK, 1978), *cit. in* Ferreira (Ferreira, 2000), a satisfação não é o grau de agradabilidade da experiência, mas a avaliação de como esta experiência foi agradável segundo o que deveria ser ou se esperava que fosse.

Segundo Vilares e Coelho (Vilares et al., 2005), a satisfação pode ser definida com base em dois pressupostos distintos: 1) a satisfação como sendo um juízo avaliativo que se faz após a escolha relativamente a uma compra ou a uma transação específica; 2) a satisfação como sendo um processo cumulativo, representando uma avaliação global que é baseada na experiência adquirida ao longo do tempo. A satisfação dos utentes como indicador da qualidade dos cuidados de saúde assenta em três pressupostos. Primeiro, a satisfação do utente está ligado às melhorias, não só dos aspetos específicos da função física ou fisiológica mas também à melhoria das funções psicológica e social. Segundo, a satisfação pode ter um contributo decisivo, tanto na implementação como na efetivação dos cuidados, uma vez que a prestação de cuidados de saúde exige a participação ativa entre o prestador e o utente. Terceiro, e último pressuposto, a satisfação pode ser perspetivada segundo a apreciação que o utente faz relativamente à qualidade dos cuidados recebidos em todos os seus aspetos, mas especialmente no que diz respeito à esfera interpessoal (Donabedian, 1988).

Os utentes estão a atuar cada vez mais nos debates sobre os cuidados de saúde, questionam a prestação de cuidados de saúde que recebem e querem participar na garantia da qualidade. A participação ativa dos utentes dá-lhes a capacidade para perceberem as diferentes opções de tratamento disponíveis e de optarem, devidamente informados, por uma dessas alternativas, tornando-se desta forma corresponsáveis pelos resultados e pela qualidade dos cuidados de saúde (Ferreira, 2000). Para Ribeiro (Ribeiro, 2003), a satisfação de um utente pode significar:

- 1) Uma postura face ao sistema de saúde em geral;
- 2) Uma determinada reação a um estabelecimento de saúde ou a um comportamento do prestador de cuidados;
- 3) Uma apreciação pessoal de uma experiência real da prestação de cuidados.

O grau de satisfação depende de vários fatores, tanto clínicos como não-clínicos, que vão desde o espaço físico onde decorre o encontro até à afabilidade do profissional de saúde e à sua competência técnica tal como é percecionada pelo utente (Laine et al., 1996).

3.1. SATISFAÇÃO COMO INDICADOR DE QUALIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE

Os utentes são capazes de identificar e sentir a qualidade do seu sistema de saúde. O utente reconhece a qualidade e respeita o esforço dos que contribuem para os seus ganhos em saúde. A primeira demonstração de agrado, ou desagrado, expressa-se, formal ou informalmente, no ato de prestação dos cuidados de saúde. Esta fonte de informação não pode ser desvalorizada, quer pelo seu carácter gratuito e espontâneo, quer pela influência na satisfação ou insatisfação dos funcionários que estão na primeira linha de contacto. É importante que as organizações de saúde aprendam a analisar e a retirar conclusões desta fonte de informação (Neves, 2002).

A satisfação e as suas dimensões têm sido reconhecidas como um indicador importante da qualidade dos serviços. Há evidência de que a melhoria da qualidade está diretamente relacionada com a satisfação dos utentes. Tem-se observado que os utentes insatisfeitos com os cuidados de saúde estão mais dispostos a não seguirem as indicações médicas, a não recorrerem novamente aos cuidados de saúde para tratamentos e podem mesmo mostrar melhorias pouco significativas, devido à não continuidade de cuidados (Fitzpatrick, 1993; Leventhal, 1984).

Há várias áreas importantes de insatisfação dos utentes que refletem problemas crónicos no acesso aos cuidados, nomeadamente: os tempos de espera no dia da consulta e a espera para obtenção da consulta nos cuidados primários e diferenciados. O grau de satisfação é diferente consoante se trate dos centros de saúde ou dos hospitais. Contudo, as diferenças observadas não indicam que um tipo de instituição é melhor do que o outro mas, simplesmente, que os aspetos avaliados positiva e negativamente em cada uma delas são diferentes (McIntyre, 2002).

A qualidade dos serviços de saúde deve ser uma preocupação do sistema de gestão, constituindo uma das principais preocupações centrais identificar desafios, diagnosticar problemas e fixar objetivos com a finalidade de desenvolver projetos para a melhoria da qualidade (Neves, 2002). O feedback dos utentes fornece informações cruciais sobre o que são as suas expectativas e a forma como eles percebem a qualidade dos cuidados, que pode ser diferente em função de todo o pessoal que presta cuidados. E apesar da maioria dos utentes não possuir conhecimentos ou competências para julgar aspetos técnicos dos cuidados, eles são ótimos informantes relativamente a outros aspetos dos cuidados, nomeadamente a componente interpessoal (Schoenfelder, 2012), a informação transmitida, a continuidade de cuidados e a sua coordenação no sistema de saúde (Ferreira, 2000).

Tal como referem Campbell *et al* (Campbell et al., 2002), os indicadores não fornecem respostas definitivas, mas permitem identificar potenciais problemas que possam necessitar de ser abordados (Ferreira, 2000), geralmente manifestados por *outliers* estatísticos ou por percebidas variações inaceitáveis do cuidado. A maioria dos indicadores foram desenvolvidos para avaliar e melhorar o atendimento nos hospitais, mas, cada vez mais, as medidas de qualidade são desenvolvidas, em toda a Europa, para os cuidados de saúde primários (Campbell et al., 2002). No desenvolvimento destes indicadores há aspetos importantes a ter em conta, tal como a perspetiva que se pretende que o indicador reflita. Diferentes perspetivas podem necessitar de diferentes métodos de desenvolvimento de um indicador, particularmente quando as partes envolvidas apresentam visões diferentes sobre a qualidade de cuidados. Os profissionais de saúde tendem a concentrar-se em padrões de competência profissional, resultados de saúde e eficiência; os utentes, muitas das vezes, relacionam a qualidade com uma atitude compreensiva, competências de comunicação e desempenho clínico dos profissionais; por sua vez, os gestores focalizam-se em dados relativos à eficiência, satisfação de utentes, acessibilidade de cuidados e, cada vez mais, aos resultados de saúde (Campbell et al., 2002).

A medida de satisfação é, portanto, uma medida de resultado que constitui uma importante ferramenta de pesquisa, planeamento e administração, que permite às organizações, a partir do ponto de vista do utente, adequar-se ao meio exterior envolvente, numa preocupação permanente

de responder às necessidades dos seus utilizadores e, conseqüentemente, de melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Para além de um indicador importante da qualidade dos serviços, há evidências de que a satisfação do utente influencia muitos comportamentos de saúde e resultados de saúde obtidos (Esperidião & Trad, 2006; McIntyre, 2002). Tem-se verificado que utentes mais satisfeitos com os cuidados são mais predispostos a cumprir as prescrições e tratamentos médicos, a manter o mesmo profissional de saúde, consolidando assim a relação terapêutica, e melhorar o seu estado de saúde (Fitzpatrick, 1991; Ware et al., 1983; Weiss, 1988).

O Ministério da Saúde (2007) acrescenta que a medição da satisfação dos utentes permite identificar necessidades potenciais, áreas de atuação prioritária e oportunidades para a construção de um Serviço Público de excelência e centrado no utente. Neste sentido, Davies e Ware (Davies & Ware, 1988) fizeram referência a alguns argumentos que reforçam a importância da opinião do utente na avaliação dos cuidados, tais como:

- Para prestar uma informação precisa relativamente à qualidade, os utentes não necessitam de ser avaliadores qualificados;
- Os custos envolvidos na obtenção da avaliação de qualidade a partir destes são extremamente mais baixos face a quaisquer outras alternativas;
- A informação disponibilizada por estes é única e não estaria disponível de outra forma.

Aragon e Gesell (Aragon & Gesell, 2003) acrescentam alguns argumentos que esclarecem a importância da avaliação da satisfação dos utentes:

- A constatação de que a satisfação dos utentes afeta significativamente a reputação dos hospitais na comunidade;
- A aceitação da satisfação dos utentes como uma importante medida da qualidade dos serviços prestados;
- O facto de os médicos prestarem cada vez mais atenção à satisfação dos utentes devido à sua associação com a cooperação dos utentes, os resultados clínicos e, mais recentemente, a propensão dos utentes para instaurar ações legais contra os médicos.

Aliadas a estas vantagens surgem algumas desvantagens de avaliação dos cuidados de saúde, com base na satisfação dos utentes. Autores como (Davies & Ware, 1988; Miralles, 2007; Monteiro, 1991; Santos et al., 2007; Vuori, 1987) defendem que este tipo de avaliação:

- Revela mais informação sobre os utentes do que sobre a qualidade dos cuidados prestados;
- Tem em conta mais a quantidade do que a qualidade dos cuidados prestados;
- É influenciada pela simpatia dos prestadores;
- A natureza e o grau de dependência dos cuidados podem condicionar o utente (medo de represálias, dificuldade em recordar aspetos passados ou na medição de fenómenos subjetivos);
- Falta de conhecimentos dos doentes para avaliar com precisão a competência técnica com que são prestados os cuidados;
- Estado emocional ou físico dos doentes.

Nenhum dos argumentos anteriormente referidos deve ser ignorado. No entanto, deverão tão-somente temperar a nossa visão do utente e não reduzir ou aniquilar a avaliação feita pelo mesmo, comprometendo os resultados dos estudos realizados. Não obstante, entende-se que os possíveis enviesamentos que resultem das características pessoais não são suficientemente fortes para invalidarem as avaliações fornecidas pelos utentes. Donabedian (Donabedian, 1988), citado por Teixeira (Teixeira, 2006), refere que é fútil discutir sobre a validade da satisfação como critério de avaliação da qualidade. Sejam quais forem as suas limitações como um indicador de qualidade, a informação sobre a satisfação do utente deve ser tão indispensável à avaliação da qualidade quanto ao planeamento de um sistema de saúde. Deste modo, apesar de nem todos partilharem a mesma opinião relativamente à importância e validade da informação disponibilizada pelos utentes quanto à satisfação com os cuidados recebidos, tem-se assistido a um aumento crescente da utilização de inquéritos à satisfação dos mesmos (Rodrigues, 2009).

A opinião dos utentes acerca dos serviços de saúde prestados torna-se, desta forma, extremamente importante, na medida em que permite reavaliar paradigmas, procurar novos caminhos e novas respostas, tendo como produto final: a prestação de cuidados de qualidade ao cidadão. A satisfação dos utentes deve assim ser considerada uma área de investigação importante na avaliação da

qualidade de cuidados prestados pelos sistemas de saúde, e uma medida de resultados de cuidados de saúde.

No que concerne à identificação dos fatores/variáveis/dimensões que mais influenciam a satisfação do doente, ainda persiste dúvidas. Porém, parece haver acordo entre diversos autores no que concerne à natureza multidimensional do conceito (Gonçalves, 2010). A satisfação tem então natureza multidimensional, ou seja, um indivíduo pode estar extremamente satisfeito com um ou mais aspetos de uma consulta ou uma sessão de tratamento e simultaneamente pode estar insatisfeito com outros aspetos (Suda et al., 2009).

Apesar de não ser totalmente consensual, a satisfação do utente na avaliação da qualidade dos cuidados recebidos (Noronha Filho, 1990; Teixeira, 2006) e dos cétricos de alguns autores quanto à medição do nível da satisfação (Wears, 2005), verifica-se que, ao longo dos tempos, foram vários os estudos realizados no âmbito da satisfação dos utentes, revelando que são vários os fatores que influenciam a sua avaliação relativamente aos cuidados prestados.

Face ao exposto, torna-se imperioso fazer uma síntese relativamente às dimensões que distintos autores consideram influenciar a satisfação dos utentes. Para o efeito, recorreremos à Tabela 1, apresentada por Teixeira (Teixeira, 2006).

De forma a esclarecer as dimensões de avaliação da satisfação apresentadas na Tabela 1, faz-se referência aos determinantes que as caracterizam:

- Aspetos interpessoais – geralmente relacionado como o modo como os prestadores interagem e se relacionam com os utentes: respeito, preocupação, humanidade, amizade, cortesia, confiança, comunicação, simpatia;
- Qualidade técnica do cuidado – processo no qual se inserem a competência técnica e qualificações dos profissionais de saúde. Apesar da dificuldade na avaliação de algumas características mais técnicas, o processo é dos aspetos mais influentes na satisfação dos utentes;
- Acessibilidade/conveniência – engloba determinantes como tempo de espera, facilidade de acesso, marcação de consultas e facilidades no atendimento;
- Aspeto financeiro – relaciona-se com a forma como é efetuado o financiamento e a forma de pagamento dos serviços;
- Eficácia/resultados do cuidado – como a melhoria do estado de saúde;

- Continuidade dos cuidados – é definida em função da sua frequência, tendo em conta a mesma organização, a mesma localização e o mesmo prestador e, raramente, é ainda definida pela existência de um registo clínico no conjunto de todas as visitas do utente;
- Ambiente físico/amenidades – está relacionado com as prestações hoteleiras, as características físicas e atributos estéticos dos locais onde se prestam os cuidados de saúde, ambientes bem sinalizados, equipamentos, conforto, atmosfera agradável, higiene do serviço;
- Disponibilidade – presença de recursos humanos: quantidade suficiente de prestadores;
- Características sociodemográficas do utente – nomeadamente a idade, o estado civil, o género, a raça, a educação, a atividade profissional, o rendimento, a classe social e a dimensão do agregado familiar;
- Estado físico e psicológico do utente – podem afetar a perceção dos cuidados prestados e condicionar os próprios resultados desses mesmos cuidados;
- Atitudes de expectativas sobre os cuidados de saúde – de acordo com o conhecimento prévio dos recursos técnicos, humanos e organizacionais, os utentes criam expectativas relativamente à satisfação das suas necessidades;
- Recolha/dádiva de informação – individualização da informação dos recursos, promoção do elo de ligação e formalização da transmissão da informação;
- Características dos profissionais de saúde – uma vez que existem alguns “traços de personalidade” que fazem com que a “arte” e “técnica” dos cuidados prestados deixem os utentes satisfeitos com maior ou menor intensidade

Tabela 1. Dimensões da avaliação da satisfação

Dimensões/Autores	Ware, Davies-Avery & Stewart (1978)	Linder-Pelz (1982)	Cleary & McNeil (1988)	Weiss (1990)	Wilkin, Hallan & Doggett (1993)	Septúlveda (1998)	Carolino (1994)	Sitzia e Wood (1997)	Ferreira (2001)	Florentim (2006)
Aspectos interpessoais	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Qualidade técnica do cuidado	X	X	X		X			X	X	
Acessibilidade/conveniência	X	X	X	X	X	X	X	X		
Aspectos financeiros	X	X		X						
Eficácia/resultados do cuidado	X	X	X					X		X
Continuidade de Cuidados	X	X	X		X	X	X	X	X	
Ambiente físico/amenidades	X	X	X	X		X	X	X		X
Disponibilidade de recursos	X	X				X		X		X
Recolha/Dadiva de informação		X				X	X	X	X	
Envolvimento do doente no processo						X		X		
Características sócio demográficas do utente			X	X				X		
Estado físico e psicológico do doente			X					X		
Atitudes de expectativas sobre os cuidados de saúde			X				X	X		
Características dos profissionais				X			X			
Utilidade dos cuidados					X					
Organização dos serviços							X		X	

Fonte: Adaptado de Teixeira, (Teixeira, 2006); Vaz, (Vaz, 2008); Rodrigues, (Rodrigues, 2009); Santos, (Santos, 2009);Gonçalves, (Gonçalves, 2010).

Constata-se que todos estes aspetos são importantes para avaliar o grau de satisfação dos utentes num serviço de saúde. No entanto, cada instituição/serviço pode dar preferência apenas a alguns desses aspetos, em concordância com os objetivos ou necessidades de informação (Franco & Florentim, 2006). É importante referir que, embora os fatores mencionados possam influenciar a perceção da qualidade dos serviços de saúde, esta perceção recai essencialmente no ponto de vista do utente (Santos, 2009). Torna-se assim necessário manter uma postura de constante medição e monitorização através de instrumentos rigorosos, sistemáticos, cientificamente adaptados e validados para o contexto e para a realidade que é objeto dessa medição. Contudo, a diversidade nas ferramentas de medida da satisfação do utente, constitui muitas vezes um obstáculo à obtenção de resultados de cariz científico. Os dados são colhidos por diversas entidades, com diferentes objetivos, e em níveis diferentes da prestação de cuidados. Só recentemente se iniciaram esforços no sentido de uniformizar a medida da satisfação, para que possa funcionar como indicador válido, que permita estabelecimento de comparações entre diferentes serviços e diferentes organizações (Guadagnino, 2003). De realçar ainda que a tendência generalizada dos inquéritos de satisfação dos utentes para resultados elevados de satisfação tem gerado reflexão ao nível da comunidade científica internacional sobre alguns aspetos teóricos e metodológicos destes estudos,

nomeadamente sobre a utilidade, validade e fundamentação do conceito “satisfação do utente” bem como das metodologias utilizadas para a sua avaliação (Santos et al., 2007).

Estas considerações realçam a importância da utilização de outras metodologias de avaliação da satisfação dos utentes e dos profissionais que não apenas os questionários de satisfação, assim como da necessidade de triangulação dos resultados obtidos (ou seja, a comparação sistemática dos dados obtidos através de diferentes abordagens metodológicas e de diferentes ângulos e perspectivas de investigação sobre o fenómeno em estudo). Desta forma, verifica-se que no campo da avaliação da satisfação do utente é comum o debate acerca dos métodos mais adequados para a sua avaliação.

Os **métodos quantitativos** são por vezes considerados algo reducionistas porque não abordam aspetos subjetivos no âmbito da satisfação, mas, no entanto, são os mais usados. Incluem a administração de questionários com questões fechadas, estas questões surgem associadas a escala de valores para mensuração das respostas e quantificação da satisfação. Os métodos quantitativos são valorizados por permitirem abranger amostras significativas, mais representativas da população, dificilmente obtidas por outras metodologias (Aspinal et al., 2003).

Em alternativa, os **métodos qualitativos** possibilitam que o utente expresse a sua opinião acerca dos serviços de saúde a partir de um leque mais amplo de posições, o que poderá resultar melhor no caso de grupos de difícil acesso, como por exemplo os pacientes idosos (Esperidião & Trad, 2006). Aspinal, Hall e Higginson (Aspinal et al., 2003) referem, contudo, que os métodos qualitativos podem inibir o utente já que requerem a presença do investigador ou entrevistador, o que compromete a veracidade das respostas devido ao medo de sofrer represálias ou de procurar agradar ao entrevistador. Além disso, estes métodos requerem a dispensa de mais tempo, sendo cansativo para utentes mais debilitados.

Constata-se, então, que existem vários métodos, técnicas e instrumentos disponíveis para a mensuração da satisfação dos utentes, cada qual com as suas vantagens e desvantagens, não existindo consenso entre os investigadores relativamente às estratégias metodológicas na avaliação da satisfação dos utentes. Nos estudos, a seleção dos instrumentos a utilizar requer alguns cuidados tendo sempre presente que a escolha deve ter como critério a sua adequação à realidade em que vai ser aplicado (Santos, 2009).

Para os propósitos do presente estudo recorrer-se-á ao EUROPEP, uma vez que está validado e a sua utilização é ampla e assim será possível acrescentar dados aos já existentes na comunidade científica e técnica:

- **EUROPEP – Questionário Internacional de Avaliação da Satisfação dos Utentes com o seu Médico de Família** (Ferreira, 1999). Desenvolvido no âmbito dos cuidados de saúde primários, este instrumento de avaliação da satisfação dos utentes, padronizado e validado, permite comparações da qualidade dos cuidados prestados entre médicos de família de vários países. Em 1999 foram efetuadas as primeiras avaliações, em doze países da Europa incluindo Portugal (Vaz, 2008). Para além da medição da satisfação, este instrumento pode fornecer informação útil para a administração e governação em saúde e para os grupos de cidadãos organizados e interessados numa melhor prestação de cuidados de saúde (Ferreira & Raposo, 2006). Este instrumento de satisfação dos utentes mede essencialmente cinco principais dimensões dos cuidados primários: relação e comunicação; cuidados médicos; informação e apoio; continuidade e cooperação; organização dos serviços (Ferreira et al., 2001). No entanto, a necessidade de, por vezes, o entrevistador ajudar no preenchimento do questionário pode introduzir viés na informação recolhida.

Apesar da existência de vários instrumentos fidedignos disponíveis, verifica-se que não está integrada na cultura das organizações de saúde a importância da avaliação da satisfação dos utentes, sendo que nem sempre se recorre à utilização destes instrumentos devidamente validados. Muitas instituições limitam-se a avaliar a satisfação dos utentes através da análise do livro de reclamações ou simplesmente dos documentos depositados nas “caixas de sugestões”.

Não obstante, algumas instituições de saúde, nomeadamente privadas, fazem já monitorização contínua da satisfação dos utentes, recorrendo a “Questionários de satisfação” por eles desenvolvidos, que nem sempre abordam todas as dimensões de satisfação referenciada na bibliografia. Desta forma, torna-se impossível comparar resultados entre instituições e/ou generalizar resultados (Pontinha, 2011).

Pode assim dizer-se que, em Portugal, não existe um sistema de audição das opiniões dos cidadãos sobre a saúde. E os estudos de satisfação que foram realizados em Portugal, são demasiado heterogêneos, diferindo grandemente tanto em termos das metodologias utilizadas como das dimensões de satisfação em análise (Santos et al., 2007).

Contudo, é fundamental que os utentes participem e se envolvam nas atividades de garantia da qualidade dos cuidados de saúde. Só assim é possível aos investigadores dos serviços de saúde – quer sejam prestadores de cuidados, gestores, políticos de saúde ou investigadores em saúde não inseridos no sistema de prestação – iniciar esforços de construção de instrumentos e mecanismos

para garantir a qualidade de cuidados de acordo com as expectativas dos utentes (Ferreira et al., 2001).

3.2. ESTUDOS DE SATISFAÇÃO DE UTENTES: PORTUGUESES E INTERNACIONAIS

No decurso da reforma estrutural dos cuidados de saúde primários marcadas por mudanças sucessivas ao nível dos serviços, urge a necessidade e a importância de aplicar de forma sistematizada estudos da satisfação de utentes.

“A utilização de indicadores de satisfação na governação em saúde desempenha um papel preponderante na melhoria contínua da qualidade, na inovação, na difusão das melhores práticas, e na transparência e prestação de contas/responsabilização. Tal como sugerido em trabalhos anteriores, esta avaliação, baseada nos indicadores de satisfação, deverá também incluir outros indicadores em áreas como disponibilidade, acessibilidade, produtividade, continuidade, efetividade e eficiência, por exemplo que apoiem as tomadas de decisão dos decisores envolvidos” (Roque et al., 2016).

Na Tabela 2 são apresentados de forma resumida alguns dos diversos estudos nacionais e internacionais, no âmbito da satisfação dos utentes.

Tabela 2. Estudos da satisfação de utentes Nacionais e Internacionais

Ferreira, Raposo e Godinho (Pedro Lopes Ferreira et al., 2005). A Voz dos utilizadores dos centros de saúde.

Estudo quantitativo, observacional, descritivo e transversal, em artigo publicado. Foi utilizado o questionário EUROPEP a 20.118 utentes de 125 unidades de saúde familiares e em algumas das 127 unidades de cuidados de saúde personalizados da região de Lisboa e vale do tejo. As dimensões em relação as quais os utilizadores estavam mais satisfeitos foram as relacionadas com os cuidados e a atenção prestada pelos médicos (81%), pelos enfermeiros (82,5%), e pelos profissionais de secretariado clínico (76,4%). No global, 81,2% dos utilizadores recomendariam a unidade de saúde a amigos, em especial nas unidades de saúde familiar modelo B (91,7%), quando comparados com a modelo A (86,4%) e as unidades de cuidados de saúde personalizados (75,5%). Por outro lado, 89,55% dos utilizadores não viam razões para mudar de unidade, principalmente e de novo, os utilizadores das unidades de saúde familiares modelo B (92,4%), quando comparados com as modelos A (89,2%) e as unidades de saúde personalizados (79,4%).

Pimentel, (Pimentel, 2011). Avaliação da satisfação dos utentes em relação aos centros de saúde do serviço regional de saúde dos açores.

Estudo quantitativo, transversal, em dissertação de mestrado. Questionário aplicado a 384 utentes de 16 centros de saúde da região dos Açores. Organização em geral: 40,6% dos utentes apresenta boa satisfação e 13,2% dos utentes apresenta muito boa satisfação. Atendimento: 42,4% dos utentes apresenta boa satisfação e 12,1% dos utentes apresenta muito boa satisfação. Serviços médicos: 40,9% dos utentes apresenta boa satisfação e 15,6% dos utentes apresenta muito boa satisfação. Serviços de enfermagem: 46,2% dos utentes apresenta boa satisfação e 26,5% dos utentes apresenta muito boa satisfação.

(Chaves et al., 2016). Satisfação dos utentes da unidade de saúde de Tondela.

Estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal, em artigo publicado. Foi utilizado um questionário a 1343 utentes da unidade de saúde de Tondela. Determinantes como a relação e comunicação, os cuidados médicos, a informação e apoio, a continuidade e cooperação classificados em todas as questões com mais de 505 das respostas sendo “muito boa”. A organização dos serviços foi o determinante com avaliações mais baixas, tendo sido as respostas mais frequentes “boas”.

Machado, (Machado, 2012). Satisfação dos utentes do Aces Tâmega I-baixo Tâmega.

Estudo quantitativo, descritivo e transversal, em dissertação de mestrado. Foi aplicado o questionário EUROPEP a 852 utentes do ACES -Tâmega I-Baixo Tâmega. Satisfação global de 75,95% em relação aos indicadores.

Oliveira, (2012). Satisfação dos utentes numa unidade de saúde do interior.

Estudo correlacional e transversal, em dissertação de mestrado. Questionário EUROPEP aplicado a 419 utentes.

O índice de satisfação global foi de 53,3%. O determinante com maior nível de satisfação foi a relação e comunicação, e o determinante com menor nível de satisfação foi a organização dos serviços.

Mendes, (2013). Satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários.

Estudo quantitativo, descritivo e transversal, em artigo publicado. Questionário aplicado a 2665 utentes de 16 serviços de saúde pública. Fatores organizacionais e de atendimento são os que apresentam maior índice de satisfação. O espaço lúdico para as crianças, os meios de apoio a deficientes e utilidades apresentam menor índice de satisfação.

Ferreira, et al. (2014). Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem nos centros de saúde de uma unidade de saúde do nordeste de Portugal.

Estudo quantitativo, transversal, em artigo publicado. Questionário aplicado a 693 utentes que recorreram ao centro de saúde da unidade local de saúde do nordeste de Portugal. Questões relacionadas com a informação e simpatia foram as mais valorizadas e a questão menos valorizada foi a questão relacionada com os direitos e

deveres dos utentes.

Ferreira, Raposo e Pisco. (2015). A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa vale do tejo, Portugal.

Estudo quantitativo, observacional, descritivo e transversal, em artigo publicado. Questionário EUROPEP, a 20.118 utentes de 125 unidades de saúde familiares e em algumas das 127 unidades de cuidados de saúde personalizados da região de Lisboa e vale do tejo. As dimensões em relação às quais os utilizadores estavam mais satisfeitos foram as relacionadas com os cuidados e a atenção prestada pelos médicos (81,0%), pelos enfermeiros (82,5%), e pelos profissionais de secretariado clínico (76,4%). No global, 81,2% dos utilizadores recomendariam a unidade de saúde a amigos, em especial nas unidades de saúde familiar modelo B (91,7%), quando comparados com a modelo A (86,4%) e as unidades de saúde personalizados (75,5%). Por outro lado, 89,5% dos utilizadores não viam razões para mudar de unidade, principalmente e de novo, os utilizadores das USF modelo B (92,4%), quando comparados com as modelos A (89,2%) e as unidades de cuidados de saúde personalizados (79,4%).

Almeida et al (2015) A importância da relação e comunicação do utente em Portugal.

Trata-se de uma revisão da literatura sem meta análise, em artigo publicado. A estratégia da pesquisa foi realizada de forma a identificar os estudos a incluir, e compreendeu uma pesquisa eletrónica em 5 base de dados. Dos 1036 artigos, foram analisados apenas 6 que satisfaziam os critérios do estudo. Os estudos incluídos permitiram identificar determinantes da comunicação medico-utente que influenciam a satisfação deste. Apresentam níveis mais elevados de satisfação com a relação e comunicação, do que noutras dimensões avaliadas pelo questionário EUROPEP.

Garcia et al, (2002) *Patients and quality of primary health care services. Survey of practitioneres and the Bahía de Cádiz and la Janda health center.*

Estudo qualitativo, transversal, em artigo publicado realizado em Espanha. Utilizou-se a técnica de grupo focal que incidia sobre 4 grupos: 1 - médicos de família e pediatras nos dois centros, 2 - equipa de atendimento a satisfação dos usuários, 3 - assistentes sociais, 4 - enfermeiros. A opinião dos profissionais fornece informações para melhorar o modelo de qualidade predefinido. É necessário estudar as diferenças de opinião entre os usuários e profissionais de acordo com os valores e interesses desses grupos e o contexto dos cuidados. Profissionais identificam a acessibilidade, tratamento e solução de problemas como características que influenciam a opinião que os usuários têm da qualidade do centro de saúde.

Lidja et al, (2012) *User´s satisfaction with the primary health care information system in Croatia: a cross-sectional study.*

Estudo quantitativo, descritivo, transversal em artigo publicado, realizado na Croácia. Foram distribuídos 67 questionários a clínicos gerais croatas. A base do sistema de informação era satisfatória (procedimentos médicos de rotina diários são cobertos pelo sistema). No entanto, a flexibilidade de obter informações e comunicação entre os clínicos gerais e o sistema de informações para responder a uma pergunta *ad hoc*, foi reconhecida como insuficiente. Além disso, os médicos de clinica geral não estavam convencidos da segurança dos dados dos pacientes.

Messina et al, (2014) *Factors affecting Patient Satisfaction with Emergency Department care: Na Italian Rural Hospital.*

Estudo quantitativo, descritivo e transversal em artigo publicado, realizado em Itália. Foi aplicado um questionário a 259 utentes. 98% dos utentes referiram estar satisfeitos ou muito satisfeitos. Receber a informação contínua do pessoal em relação a eventuais atrasos, teve influência na satisfação global. Tempo de espera para os exames com influência negativa na satisfação global.

Randa et al, (2019) *Patient satisfaction with primary health care services in Lebanon.*

Estudo quantitativo, transversal em artigo publicado, realizado no Líbano. Foram feitos telefonemas a 1313 pacientes que recebem serviços como parte de um pacote de benefícios fornecidos por cuidados de saúde primários do Líbano. Dados recolhidos sobre características sociodemográficas, dos pacientes, perceções e satisfação. 96,66% dos pacientes relataram estar satisfeitos (60,23%) ou muito satisfeito (36,43%) com o serviços prestados nos cuidados de saúde primários. Perceções dos pacientes como a comunicação, competência do médico e qualidade da educação em saúde constituíram fortes preditores da satisfação. Destacou-se a necessidade da melhoria da qualidade, particularmente na educação em saúde e no alinhamento dos padrões de acreditação com as necessidades e expectativas do paciente.

Smaranda et al, (2020) *Measuring Patients' Perception and Satisfaction with Romanian Healthcare System*

Estudo quantitativo, exploratório, transversal e correlacional em artigo publicado, realizado na Roménia. Foram feitas entrevistas pessoais com pacientes romenos com base num questionário. Foram entrevistados 2305 pacientes. 83% dos entrevistados utilizaram o sistema de saúde romeno nos últimos doze meses e 58% dos entrevistados não confiavam no sistema. O alojamento, a comida, as instalações dos hospitais romenos eram percebidos como de baixo nível. Um terço dos entrevistados estava insatisfeito com relação à impressão geral do sistema de saúde romeno.

A característica comum em todos os estudos analisados foram os elevados índices de satisfação global, o que corrobora com mais uma limitação inerente à avaliação da satisfação que é o facto de, tendencialmente, os utentes aquando inquiridos anunciam elevados níveis de satisfação. De uma forma geral, na literatura analisada verifica-se que fatores como o fornecimento de informação, a amabilidade e empatia pelo profissional de saúde, infraestruturas acolhedoras e limpas, prioridades clínicas elevadas e atendimentos rápidos, influenciam positivamente a satisfação do utente. Em termos gerais, os estudos nacionais realizados evidenciam uma avaliação positiva dos cuidados de saúde primários.

A versão portuguesa do EUROPEP é um instrumento válido e de fácil utilização para se obter informação sobre a experiência dos doentes com a avaliação dos cuidados primários de saúde. (Ferreira et al., 2017). Analisando os estudos realizados por Ferreira, com o instrumento

EUROPEP, verificam-se avanços significativos nas diferentes dimensões de satisfação avaliadas, com um expresso aumento de 16,3% na satisfação global (aumento de 56,9% para 73,2%) (Ferreira et al., 2010; Pedro Lopes Ferreira et al., 2005). Em contrapartida, fatores como o mau estar físico, a organização dos serviços, longos tempos de espera e a ineficácia de resolução do problema de saúde em questão, podem influenciar negativamente a satisfação.

Nos estudos analisados não se encontra grande consenso nos resultados que dizem respeito à influência de certos determinantes na satisfação dos utentes, embora haja fatores como os tempos de espera e o fornecimento de informação e apoio que são realçados em vários estudos como pontos de melhoria. Dependendo dos aspetos dos cuidados de saúde que se pretende avaliar, diferentes dimensões poderão ser propostas no sentido de conseguir extrair do estudo de satisfação um reflexo o mais fiel possível da realidade que se pretende analisar. Como se verifica, há diversas dimensões da satisfação identificadas. De acordo com os objetivos do estudo, elas devem ser analisadas separadamente de forma a conhecer as fontes de satisfação e insatisfação dos utentes.

A importância de avaliar e medir a satisfação do utente é a identificação de pontos fracos inerentes a cada serviço avaliado para que se providenciem as estratégias necessárias para a melhoria e, conseqüente, incremento na qualidade dos cuidados de saúde prestados. Na opinião de Cleary e McNeil (Cleary & McNeil, 1988) a satisfação global tem um interesse relativo quando utilizada de forma isolada, uma vez que não permite determinar os aspetos específicos dos cuidados que são considerados no julgamento global de qualidade que deles é feito. Os estudos analisados não se mostram consensuais. Isto pode ser explicado pelo facto de não existirem serviços iguais, ou seja, cada serviço tem a sua identidade e conseqüente percepção por parte dos utentes.

CAPÍTULO 4. VARIÁVEIS E HIPÓTESES DO ESTUDO

Para medir a satisfação dos utentes da unidade em estudo, partiu-se do pressuposto que há determinantes dessa satisfação e que esses determinantes são, de certo modo, agrupados em dados sociodemográficos, características da unidade e experiência do utente. Os dados sociodemográficos dos utentes medidos no estudo incluem o sexo, a idade, a zona de residência, a situação familiar, o grau de ensino e a situação laboral. As características da unidade incluem o contexto social, económico e demográfico da unidade, ter ou não médico de família, assim como o seu modelo de organização. Por fim, a experiência do utente foi medida como sendo um primeiro contacto na unidade de saúde e nos últimos 12 meses.

A satisfação foi medida através das dimensões denominadas “cuidados médicos”; “cuidados não médicos”; “organização dos cuidados” e “qualidade das instalações”. Nos cuidados médicos são abordadas ambas as componentes interpessoais e técnica dos médicos de família e na dimensão referente aos cuidados não médicos são abordados os cuidados de enfermagem e a atenção prestada pelos serviços administrativos. Por fim, na organização dos cuidados são analisadas a acessibilidade e os serviços prestados em geral.

O objetivo geral do presente estudo é obter uma avaliação da organização global da unidade de saúde em estudo.

Como o próprio termo indica, variável é qualquer coisa que varia, são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação (Fortin, 2009). As variáveis em estudo encontram-se referidas na Tabela 3.

Tabela 3. Variáveis em estudo

VARIÁVEIS EM ESTUDO	
Tipo	Identificação
<p>Variável dependente</p> <p>Variável que sofre o efeito da variável independente (Fortin et al., 2009).</p>	<p>Satisfação dos utentes com:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Áreas específicas de atuação ✓ Indicadores EUROPEP
<p>Variável independente</p> <p>Elemento introduzido e manipulado numa situação de investigação para produzir efeito na variável dependente (Fortin et al., 2009).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Idade ✓ Sexo ✓ Situação Familiar ✓ Residência em zona rural ou urbana ✓ Escolaridade ✓ Situação perante o trabalho ✓ Situação de Saúde ✓ Acessibilidade aos cuidados ✓ Tempos de espera ✓ Acesso a instituição ✓ Condições da unidade de saúde e serviços prestados ✓ Opinião sobre os profissionais ✓ Ter ou não médico de família
<p>Variável moderadora</p> <p>Elemento regulador no estudo da correlação entre as variáveis dependentes e a variável independente (Fortin et al., 2009).</p> <p>Variável que afeta a correlação entre a variável dependente e a variável independente, não tendo obrigatoriamente que se correlacionar com as restantes variáveis (Marôco, 2011).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sexo ✓ Idade ✓ Perceção do estado geral de saúde ✓ Ter ou não médico de família

<p>Variável de controlo</p> <p>Variáveis demográficas e características pré-existentes que servem para caracterizar a amostra (Fortin et al., 2009).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Situação Familiar ✓ Local de residência ✓ Escolaridade ✓ Acessibilidade dos cuidados ✓ Tempos de espera ✓ Acesso a instituição ✓ Condições da unidade de saúde ✓ Serviços prestados ✓ Perceção do estado de saúde
---	---

O conceito pode ter apenas um único atributo ou indicador, como é o caso da idade em que a variável se identifica com o atributo. Quando o conceito é composto por várias dimensões ou atributos, a variável é o resultado da união dessas dimensões ou atributos (Campenhoudt & Quivy, 2003). Estas variáveis irão compor o instrumento de recolha de dados, que será apresentado mais adiante. Assim sendo, existem variáveis que caracterizam os inquiridos e variáveis referentes aos indicadores-chave EUROPEP, bem como a áreas específicas de atuação.

Assim, compilam-se as duas hipóteses que este estudo correlacional propõe testar, com vista a atingir os objetivos escolhidos e a compreender as dinâmicas entre as variáveis em estudo.

H1 - Não há diferenças significativas entre sexo, entre os que utilizam os serviços com e sem médico de família, ao nível das diferentes dimensões da satisfação.

H2 - Não há diferenças significativas entre faixas etárias, ao nível das diferentes dimensões da satisfação.

CAPÍTULO 5. MÉTODO

De acordo com Fortin, Côté, e Filion (Fortin et al., 2009, p. 19),” a metodologia da investigação pressupõe ao mesmo tempo um processo racional e um conjunto de técnicas ou de meios que permitem realizar a investigação”. Pode ser qualitativa ou quantitativa, devendo apoiar-se nos diversos fundamentos filosóficos que suportam a investigação, sendo então escolhidos os métodos e as técnicas de colheitas de dados de acordo com o tipo de investigação desejada.

Segundo Quivy (Campenhoudt & Quivy, 2003, p. 15), pretende-se “conceber, e pôr em prática um dispositivo para a elucidação do real, isto é, no seu sentido mais lato, um método de trabalho”. Este capítulo tem por objetivo dar a conhecer o método de estudo utilizado (o tipo de estudo, o meio onde se realiza o estudo, o instrumento de recolha dos dados e a população e amostra), assim como demonstrar as opções metodológicas e éticas tidas em consideração na utilização do instrumento de colheita de dados e na respetiva análise dos dados. A natureza do estudo varia de acordo com o seu objetivo e pode pretender descrever um fenómeno, explorar ou verificar associações entre variáveis ou diferenças entre grupos (Fortin et al., 2009).

5.1. TIPO DE ESTUDO

O desenho da investigação permite organizar e estruturar a abordagem metodológica da mesma e define o tipo de estudo que irá ser desenvolvido. De acordo com Fortin (Fortin & Salgueiro, 1999, p. 53), “o desenho da investigação depende do problema em causa e do estado de conhecimento à volta desse problema”. Para esta autora os seus elementos são a amostra, as condições em que os dados serão colhidos, os métodos de colheita de dados e a escolha do método de análise.

Relativamente ao tipo de estudo, é não experimental e, segundo Fortin *et al.* (Fortin & Salgueiro, 1999), apresenta as seguintes características:

Quanto ao modo de abordagem é **Quantitativo** - “Processo sistemático de recolha de dados observáveis e mensuráveis, com o objetivo de generalizar os resultados obtidos com amostras a população alvo”. (Fortin et al., 2009)

Quanto ao objetivo geral é **Descritivo** - “Visa descrever as características de determinada população ou fenómeno, ou o estabelecimento de relações entre as variáveis, permitindo determinar quais as variáveis associadas ao fenómeno estudado”. (Fortin et al., 2009)

É também **Correlacional** - “Procura determinar as relações entre as variáveis presentes no estudo sem estabelecer uma relação causa-efeito. O seu objetivo é quantificar, através de dados estatísticos, a relação entre duas ou mais variáveis”. (Vilelas, 2009). O método **descritivo-correlacional** procura, assim, descrever as características de determinada população, fenómeno ou relações entre variáveis, permitindo determinar quais as variáveis associadas ao fenómeno estudado (Fortin et al., 2009) e determinar as relações entre as variáveis presentes no estudo sem estabelecer uma relação causa-efeito, sendo o objetivo quantificar, através de dados estatísticas, a relação entre as variáveis (Vilelas, 2009), sem o investigador ter qualquer tipo de controlo ou intervenção sobre as variáveis em estudo, limitando-se apenas a observá-las (Marôco, 2011).

Quanto ao horizonte temporal é um estudo **Transversal** - para representar uma imagem da realidade em estudo, os dados vão ser recolhidos num determinado momento, não tendo um período posterior de análise e seguimento.

Também é **Comparativo** - na medida que assume várias variáveis independentes que, com base nas médias dos respondentes/participantes, servem para estabelecer as diferenças.

Para se obter dados primários passíveis de serem analisados, a metodologia aplicada foi quantitativa, por meio da recolha da informação através da aplicação de um questionário. Isto é, delineou-se um processo sistemático de recolha dos dados analisáveis e mensuráveis, com o objetivo de estender os resultados obtidos na amostra à população alvo (Fortin et al., 2009), permitindo, desta forma, uma análise mais próxima da realidade sem que haja a manipulação de variáveis.

5.2. LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE EM ESTUDO

O agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Oeste Norte, um dos 15 serviços de saúde com autonomia administrativa da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, integra os concelhos de Alcobaça, Nazaré, Caldas da Rainha, Óbidos, Peniche e Bombarral.

É um ACES com uma extensão geográfica significativa, correspondente a 1.056,70 Km², que preenche o sul do distrito de Leiria.

O ACES Oeste Norte é constituído por 56 postos de atendimento entre os quais:

- 9 Unidades de saúde familiar
- 6 Unidades de cuidados de saúde personalizados

- 3 Unidades de cuidados na comunidade
- 1 Unidade de saúde pública
- 1 Unidade de recursos assistenciais partilhados

O ACES Oeste Norte tem por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área geográfica. De modo a dar cumprimento a esta missão, tem como atribuições a promoção e a proteção da saúde, a prevenção da doença e a prestação de cuidados na doença, constituindo a primeira linha de atuação de serviço nacional de saúde e garantindo a continuidade dos cuidados sempre que exista necessidade de recurso a cuidados especializados ou outros serviços.

O ACES Oeste Norte dirige a sua ação, quer na ação individual e familiar, quer na saúde de grupos populacionais específicos e da comunidade, através dos cuidados que, ao seu nível, seja apropriado prestar, tendo em conta as práticas recomendadas pelas orientações técnicas em vigor e os melhores conhecimentos científicos disponíveis. O ACES Oeste Norte desenvolve também atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo, monitorização e avaliação dos resultados das intervenções efetuadas, e participa na formação dos diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua.

No ACES Oeste Norte as unidades desenvolvem toda a sua atividade de acordo com a visão de um todo organizacional onde prevaleça o sentido de equipa, a comunicação interpares e a gestão aberta e participada dos órgãos dirigentes com os profissionais representados pelas respetivas unidades e o envolvimento da comunidade. Está sempre presente a promoção e melhoria da acessibilidade dos utentes e a prestação dos cuidados de saúde primários de qualidade em todas as suas vertentes, através de uma mais cuidada gestão dos recursos disponíveis, na procura da excelência.

Os valores do ACES Oeste Norte são:

- Coresponsabilidade;
- Acessibilidade;
- Satisfação;
- Qualidade;
- Criatividade e inovação.

A UCSP Caldas da Rainha é constituída pela Sede, localizada nas Caldas da Rainha, na Rua Centro de Saúde, 2500-241 Caldas da Rainha, e pelos seguintes polos:

- Foz do Arelho
- A-dos-Francos
- Alvorninha
- Rostos
- Santa Catarina

A UCSP Caldas da Rainha Sede, garante cobertura assistencial aos utentes todos os dias úteis, das 8h30 às 20h00 (sendo que, partir das 16h, os utentes recorrem a esta unidade de saúde com situações de doença aguda no atendimento complementar). Atualmente encontram-se inscritos nesta unidade 12260 utentes (à data do estudo) e o hospital de referência é o Centro Hospitalar Oeste Norte (CHON). Aos Sábados funciona das 9h00 às 13h00 (durante esta época da pandemia, suspendeu-se este atendimento e criou-se uma unidade COVID-ADC, aberta todos os dias das 8h00 às 20h00).

A carteira básica da UCSP Caldas da Rainha visa a vigilância, a promoção da saúde e a prevenção das doenças nas diversas fases da vida. Determinaram-se, assim, os seguintes programas de saúde: programa de saúde de adultos e idosos; programa de saúde materna e revisão do puerpério; programa de planeamento familiar; programa de vigilância de diabéticos; programa de vigilância de hipertensos; programa de saúde infantil e juvenil; programa nacional de vacinação; programa cuidados no domicílio e programa de rastreio oncológico.

Os registos são efetuados nos aplicativos informáticos SClinico e SINUS. Também são efetuados registos nos respetivos boletins, correspondentes a cada programa, boletim de saúde da grávida, boletim de saúde reprodutiva/planeamento familiar, boletim de saúde infantil e juvenil, e boletim individual de saúde.

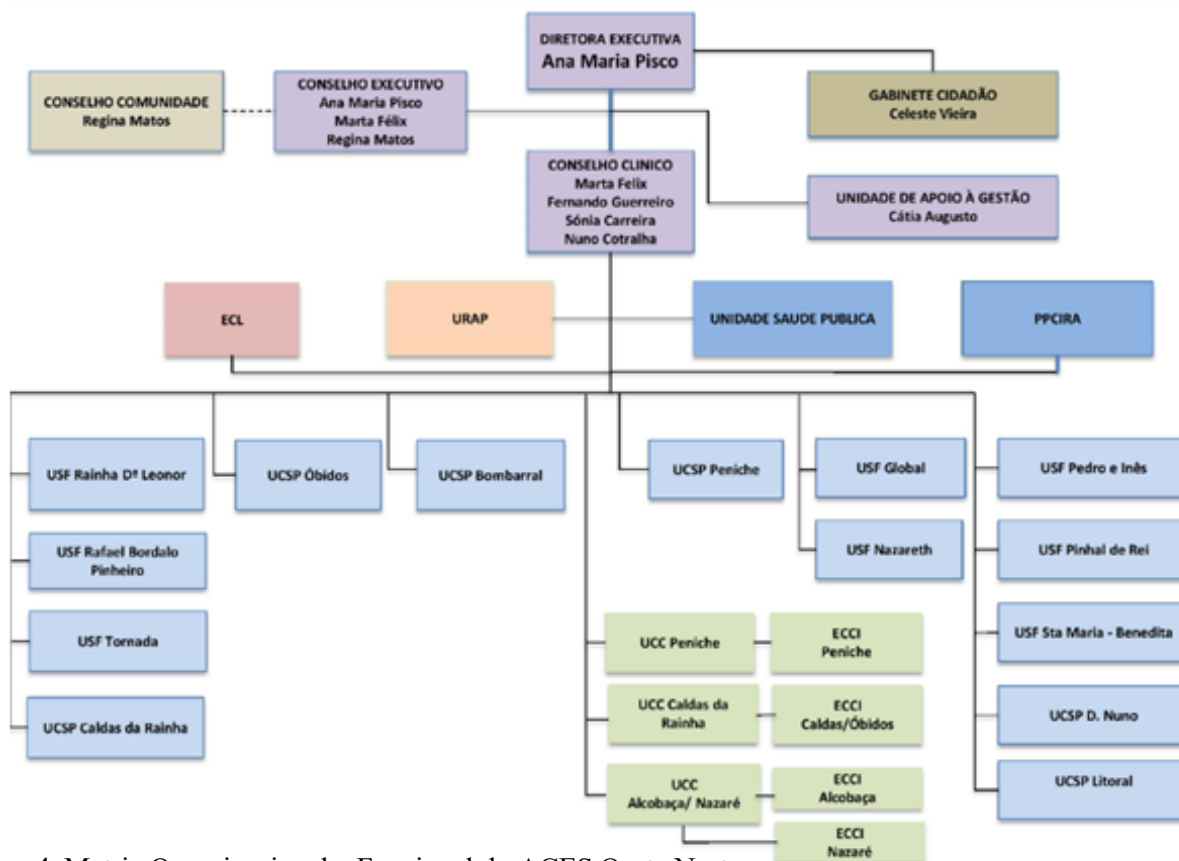


Figura 4. Matriz Organizacional e Funcional do ACES Oeste Norte.

Fonte: BI-CSP.

5.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

De uma forma sistemática, o procedimento adotado para a escolha da amostra foi antecedido pela delimitação da população de pesquisa: sujeitos (homens e mulheres), utentes com e sem médico de família da unidade em estudo. No entanto, não é possível estudar todos os elementos que partilham estas características comuns, ou seja a população inteira, logo define-se a população do estudo (Marôco, 2011). Esta, como refere Maroco (Marôco, 2011), diz respeito a um grupo restrito que pode ser acedido. Posteriormente, é retirado da população em estudo um conjunto de indivíduos que constitui a amostra (Fortin et al., 2009; Marôco, 2011).

Sendo assim, antes de definir a amostra é necessário perceber o universo onde a maioria dos inquiridos está inserido e delimitar a população de pesquisa a sujeitos (homens e mulheres), utentes com e sem médico de família da unidade de cuidados de saúde personalizados do Aces Oeste Norte, com idade igual ou superior a 18 anos à data de realização da recolha dos dados, que tenha recorrido à unidade nos últimos 12 meses, que saiba ler e que queira participar no estudo. Pelo que ser utente da unidade há menos de 12 meses é critério de exclusão.

A população inscrita na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados em estudo corresponde a 12260 utentes, dos quais 53,87% são do sexo feminino e 46,13% do sexo masculino, como se pode observar na Figura 5.

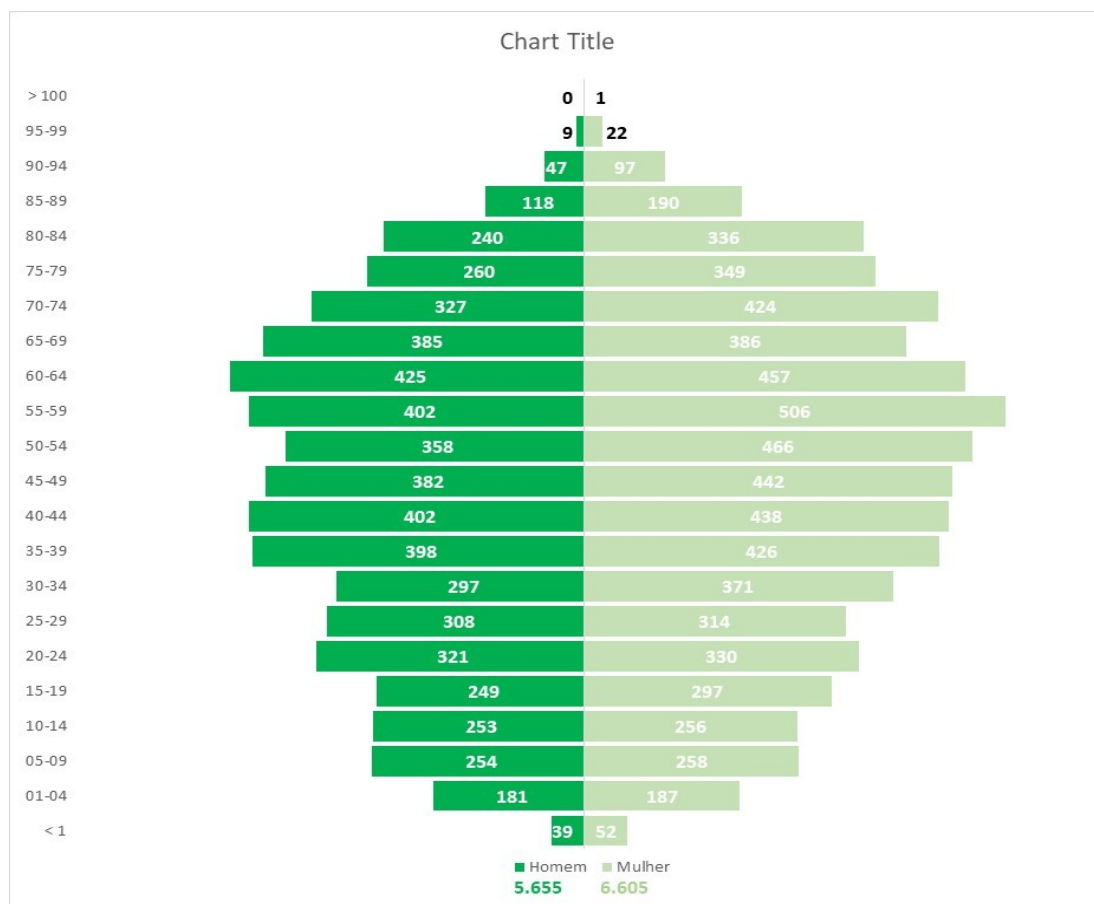


Figura 5. Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos do aplicativo BI-CSP (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários).

Fonte: RNU (Registo Nacional de Utentes), referente a 2019/10.

A escolha desta população prendeu-se com o facto da investigadora exercer a sua atividade profissional na UCSP do referido ACES, e, naturalmente, sentir-se motivada para a aplicação deste estudo na realidade onde se insere profissionalmente

5.3.1. Técnica de amostragem

Para a seleção da amostra do presente trabalho recorreu-se ao método de amostragem não probabilística de conveniência. De acordo com Fortin (Fortin et al., 2009), a amostragem não

probabilística é a forma de amostragem que não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra.

Enquanto a amostra de conveniência ou acidental consiste em escolher indivíduos, pelo facto de se encontrarem presentes num determinado local e num preciso momento. Constitui-se a amostra à medida que os indivíduos se apresentam até que o número desejado seja atingido (Fortin et al., 2009).

Segundo Fortin (Fortin & Salgueiro, 1999) amostra é “um conjunto de sujeitos retirados de uma população”. A amostra é acidental, que, de acordo com Fortin (Fortin & Salgueiro, 1999), “é de tipo não probabilístico em que os elementos que compõem um subgrupo são escolhidos em razão da sua presença num local num dado momento”.

Esta técnica tem vantagens e desvantagens. Como vantagem, é pouco dispendiosa e é relativamente rápida a obter resultados. Já o risco de enviesamento e o facto de poder ser uma amostra não representativa da população em estudo (inferior a 10% da população) constituem desvantagens (Marôco, 2011).

Sendo assim, antes de definir a amostra é necessário perceber o universo onde a maioria dos inquiridos está inserido e delimitar a população de pesquisa a sujeitos (homens e mulheres) utentes da UCSP de Caldas da Rainha, com os seguintes **critérios de inclusão**:

- Utentes com idade igual ou superior a 18 anos (maiores de idade);
- Saber ler e escrever (ou ter alguém que ajude a preencher o questionário);
- Ter recorrido à Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados nos últimos 12 meses;
- Ter ou não Médico de família atribuído.

Constituíram **critérios de exclusão** da amostra:

- Utentes com idade inferior a 18 anos (menores de idade);
- Não mostrar vontade de participar no estudo;
- Não saber ler e escrever (e não ter alguém que ajude a preencher o questionário).

No total foram distribuídos pela unidade 360 questionários, tendo sido a taxa de resposta global de 91,94% (331 questionários respondidos). A amostra do estudo é então composta por 331 utentes do ACES Oeste Norte, com idades compreendidas entre os 18 e 85 anos de idade, com e sem médico de família, e inscritos há mais de um ano na unidade de cuidados de saúde personalizados.

5.4 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Após a definição do problema, das hipóteses, das variáveis e da amostra, é necessário delinear adequadamente a recolha dos dados.

De entre as técnicas de investigação, considera-se ser a mais indicada a realização de um questionário que, segundo Ghiglione e Matalon (Ghiglione & Matalon, 2001, p. 13), é “necessário de cada vez que temos necessidade de informação sobre uma grande variedade de comportamentos de um mesmo indivíduo, comportamentos cuja observação direta, mesmo que possível, levaria demasiado tempo, ou seria completamente impossível...”

Segundo Fortin *et al.* (Fortin et al., 2009) o questionário é um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis, ajudando a organizar, a normalizar e a controlar os dados de modo que a informação possa ser obtida de forma rigorosa.

O instrumento a utilizar teve em conta os objetivos do estudo, a amostra sobre a qual incide, bem como a bibliografia consultada. O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário adaptado do EUROPEP, desenvolvido pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra e já largamente testado e validado em Portugal (Ferreira et al., 2010). É amplamente usado para avaliar a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários, focalizando-se na sua perspetiva de consumidor final e agente ativo no processo terapêutico. O instrumento apresenta uma boa consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0,953 para as dimensões principais e um alfa de Cronbach de 0,913 para as dimensões mais específicas (Ferreira et al., 2010). É constituído por três partes:

- **Caracterização dos utentes:**

Variáveis relativas à **caracterização sociodemográfica**: idade, sexo, situação familiar, escolaridade e situação perante o trabalho;

Variáveis relativas à **situação de saúde**: perceção do estado de saúde e prevalência de doenças crónicas.

- **Indicadores de áreas específicas da satisfação:**

Variáveis relativas à **consulta, marcação e acessibilidade aos cuidados**: motivo, iniciativa e forma de marcação da consulta, informação sobre possível alteração da mesma e marcação para a hora conveniente;

Variáveis relativas ao **tempo de espera**: tempo de espera entre o dia da consulta e o da marcação, tempo de espera pela consulta além da hora marcada, tempo de permanência na unidade;

Variáveis relativas ao **acesso e utilização**: meio de transporte utilizado, satisfação com a localização, dificuldades sentidas no acesso à unidade, tempo de deslocação e número de visitas ao médico nos últimos 12 meses;

Variáveis relativas às **características dos profissionais, condições da unidade e serviços prestados**: pontualidade, atenção aos utentes, atendimento (resposta), qualidade das instalações, atitude após experiência e serviços prestados.

- **Indicadores chave:**

Dimensões relativas à **opinião dos utentes com o médico de família e com o serviço de saúde**: relação e comunicação, cuidados médicos, informação e apoio, continuidade e cooperação, e organização dos serviços.

O questionário **EUROPEP** surgiu, na sua versão original, numa tentativa de possibilitar a medição da qualidade dos Cuidados de Saúde Primários, sob a perspetiva dos utentes nos vários países da Europa, uma vez que os instrumentos existentes não estavam validados nem testado, para a população europeia, devido a grandes diferenças organizacionais existentes nos diversos sistemas de saúde.

Esta necessidade foi sentida por vários investigadores, que pretendiam sensibilizar os prestadores de CSP para as necessidades e os quereres dos utentes, o que levou à elaboração de um sistema padronizado internacionalmente para a medição da avaliação que os utentes fazem dos cuidados de saúde, ou seja, da sua satisfação (Ferreira, 1999). De acordo com Ferreira (Ferreira, 1999), foi então estabelecido um protocolo entre o Instituto da Qualidade e o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (CEISUC), de modo que fossem realizados estudos de satisfação aos utentes dos cuidados de saúde primários.

Pode, efetivamente, constatar-se a sua utilização em vários estudos de âmbito nacional (Ferreira, 1999; Pedro Lopes Ferreira et al., 2005), regional (Ferreira et al., 2001) e local (Ferreira & Raposo, 2006), após a sua validação para a população portuguesa. Este questionário, além de ter já sido utilizado em várias teses de mestrado e doutoramento, é aplicado por Ferreira, através do CEISUC, em várias USF, em vários pontos do país, em estudos pedidos pela Unidade de Missão para os

Cuidados de Saúde Primários e pela Unidade de Saúde de Matosinhos em 2009 e 2011 (Ferreira, 2011; Ferreira, 2009).

Foi também validado para a população brasileira (Brandão, 2011; Brandão et al., 2013).

De acordo com Ferreira (Ferreira, 1999), este questionário, além de caracterizar a amostra e obter indicadores de áreas específicas da satisfação, mede cinco dimensões:

Relação e comunicação: inclui conceitos como tempo de cuidar, humanização dos cuidados, necessidades dos doentes, envolvimento nas decisões e privacidade.

Cuidados médicos: inclui conceitos como efetividade, competência/precisão e prevenção de problemas de saúde.

Informação e apoio: inclui conceções como tipo de informação dada ao utente, aconselhamento e ainda estímulo dado em relação à autoajuda.

Continuidade e cooperação: refere-se à continuidade dos cuidados, por parte dos prestadores e à cooperação entre unidades de saúde, nomeadamente: Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Hospitalares.

Organização dos serviços: refere-se aos profissionais da unidade de saúde, à organização do serviço e à disponibilidade em casos urgentes.

O instrumento de recolha de dados é constituído por **4 partes**, sendo que na primeira parte (**seção A**) integra 6 questões acerca dos dados sociodemográficos e uma de dados de escolaridade dos utentes.

Na segunda parte (**seção B**) integra o questionário referente à “última visita ao centro de saúde”, com 14 questões (sendo que a última pergunta, faz a diferenciação se possui ou não médico de família).

Na terceira parte (**seção C**) procede-se à avaliação da satisfação dos utentes através do questionário de medição EUROPEP.

A quarta parte (**seção D**) integra uma questão referente a autoavaliação do estado de saúde do utente, cuja possibilidade de resposta pode ser “Excelente/Ótima”, “Muito Boa”, “Boa”, “Razoável” e “Má”.

A última pergunta faz referência a quem preencheu o questionário ou se teve auxílio de alguém para o seu preenchimento.

Para todas as dimensões acima referidas (indicadores EUROPEP) estes são obtidos através de 23 perguntas, utilizando 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) para a situação específica de cada utente.

Na análise referente a estas questões, não são contabilizadas as respostas (“Não aplicável), tendo sido estas transformadas em *missing value*, no sentido de não interferir no somatório dos *scores* e/ou médias finais (Pedro Lopes Ferreira et al., 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 efetuados do mesmo modo como os autores referidos anteriormente efetuaram.

Tabela 4. 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 objetivos 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 do Centro de Saúde, além dos médicos Facilidade em marcar uma consulta que me sirva no Centro de Saúde Facilidade em falar pelo telefone para o Centro de Saúde 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 Centro de Saúde; e Serviços prestados), conforme se observa na Tabela 4.

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 (Tabela 5). Para as perguntas fechadas utilizou-se 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 (Pedro Lopes Ferreira et al., 2005, p. 5).

Tabela 5. Indicadores de áreas específicas de satisfação

Consulta, Marcação e Acessibilidade
Principal objetivo da consultaz Primeira consulta no Centro de Saúde 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 Centro de Saúde para além da hora marcada Informação e explicação sobre a espera Total de tempo passado no Centro de Saúde Meio de transporte utilizado na deslocação ao Centro de Saúde
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 Centro de Saúde com a saúde do utente
Condições do Centro de Saúde e serviços prestados
Oferta de serviços ao domicílio Conforto geral do Centro de Saúde Limpeza do Centro de Saúde

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 (Pedro Lopes Ferreira et al., 2005) no estudo “A voz dos utilizadores dos Centros de Saúde”, isto com o objetivo de permitir a comparação dos resultados obtidos neste estudo e os obtidos nos estudos destes. O questionário EUROPEP mostra-se como instrumento robusto e fiável para medir a satisfação dos utentes por meio da sua própria perspetiva. (Roque et al., 2016).

5.5. PROCEDIMENTOS ADOTADOS

Em investigação, todos os procedimentos a desenvolver devem ser realizados segundo uma rigorosa conduta de ética e respeito pelos princípios da beneficência, justiça e dignidade humana. Neste ponto serão apresentados os procedimentos considerados na presente pesquisa, desde o processo de realização e aplicação do instrumento de recolha dos dados ao tratamento ao tipo de tratamento estatístico da informação.

5.5.1. Procedimentos formais e ético-legais

Na fase inicial do estudo, antes mesmo da recolha de dados, todos os procedimentos formais e éticos inerentes a uma investigação desta natureza foram assegurados. Foram vários os documentos formalizados, via correio eletrónico ou pessoalmente, com intuito de obter permissão da Diretora Executiva do ACES Oeste Norte e da Comissão de Ética da ARSLVT para a aplicação do instrumento de recolha dos dados na unidade em estudo.

Durante esta fase foi, igualmente, solicitado por escrito pedido formal de permissão para a realização do presente estudo na instituição ACES Oeste Norte, dirigido à Diretora Executiva. Foi posteriormente solicitado por este órgão o parecer à Comissão de Ética da ARSLVT, cuja apreciação foi favorável (anexo 1). Não obstante a importância das autorizações já referidas, foi também efetuado pedido de autorização individual a cada utente para a realização do presente estudo, respeitando-se meticulosamente todos os princípios éticos. Cada participante decidiu livremente se queria ou não participar no estudo (direito à autodeterminação) e a que questões do questionário desejaria responder (direito à intimidade). É garantida a confidencialidade das respostas (direito ao anonimato) como referido na nota introdutória no questionário (anexo 3). Já o consentimento livre e esclarecido dos utentes inquiridos é, na prática, realizado quando ao ler a nota introdutória do questionário o participante decide prosseguir com o preenchimento do mesmo (anexo 3). Nesta conduta marcada por princípios éticos, salvaguarda-se o anonimato dos participantes, a confidencialidade da informação, a proteção dos dados obtidos e a utilização destes apenas para efeito de atividades de investigação e divulgação dos resultados.

5.5.2 – Procedimento de recolha de dados

Para a realização do presente estudo seguiu-se as seguintes etapas:

(a) Disponibilização do questionário na unidade em estudo;

- (b) recolha dos dados;
- (c) tratamento e análise dos dados;
- (d) análise estatística;
- (e) apresentação dos resultados/teste de hipóteses.

O questionário continha a nota introdutória explicativa da natureza da investigação e importância de todos participarem, fazendo-se acompanhar também de uma carta com mais alguma informação nomeadamente: como seria realizada a sua recolha e um contacto telefónico em caso de ser necessário algum esclarecimento (anexo 3). Optou-se por disponibilizar os questionários aos utentes somente em suporte papel e envelope branco individual, distribuindo-os manualmente pelos vários balcões de atendimento administrativo.

A colheita de informação decorreu entre os meses de maio, junho e julho de 2020, e foram garantidos, na recolha, o anonimato e confidencialidade dos dados, sem prejuízo para os participantes, cumprindo-se deste modo os procedimentos ético-legais.

Foram entregues um total de 360 questionários, tendo-se obtido uma taxa de retorno de 91,94% (n: 331).

Apresenta-se seguidamente ao procedimento de análise dos dados.

5.5.3 – Procedimento e análise de dados

Neste capítulo procede-se à apresentação dos resultados obtidos.

Primeiramente com estatística descritiva com a caracterização da amostra e das diversas dimensões da satisfação avaliadas.

De seguida são apresentados os resultados dos testes de hipóteses onde se determina a existência, ou não, de diferenças na satisfação entre os grupos das variáveis em estudo.

Tendo conhecimento de que a análise descritiva se centra no estudo de características peculiares e não semelhantes das unidades observadas (por exemplo: de pessoas, cidades, famílias, etc.), utiliza-se para descrever os dados através de indicadores estatísticos (Pestana & Gageiro, 2003). Deste modo, neste estudo, utilizou-se os seguintes indicadores: resultados relativos a variáveis qualitativas e resultados relativos a variáveis quantitativas.

Os resultados relativos a variáveis qualitativas serão apresentados recorrendo a frequências absolutas e relativas:

- Absolutas (n)
- Relativas (%)

Os resultados relativos a variáveis quantitativas serão apresentados recorrendo a:

- Medidas de tendência central: Média (\bar{x})
- Medidas de dispersão ou variabilidade: Desvios padrão (Dp)

Por outro lado, a estatística inferencial é o conjunto de técnicas utilizadas para identificar as relações entre variáveis, que poderão ser ou não relações de causa e efeito.

Na análise inferencial, utilizou-se:

- Os testes Qui-quadrado para se efetuar comparações estatísticas das variáveis qualitativas;

O teste *t* de *Student* ou o de *Mann-Whitney* – após serem aplicados os testes de normalidade de *Kolmogrov-Smirnov* ou de *Shapiro-Wilks* e o teste de *Levene* para a homogeneidade de variâncias – para as variáveis quantitativas.

- Análise de variância (ANOVA) ou teste *Kruskal-Wallis* – após o teste de *Barlett* para homogeneidade de variâncias – igualmente para as variáveis quantitativas.

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;
- $p > 0.05$ – não significativas (Pestana e Velosa, 2008).

Na análise inferencial dos resultados serão objeto de descrição mais detalhada apenas os dados estatisticamente significativos, em função dos testes estatísticos paramétricos utilizados.

O tratamento estatístico foi efetuado informaticamente através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 23 para o Windows.

A apresentação dos resultados é feita através de tabelas, onde serão apresentados os resultados mais importantes. Na análise inferencial apenas serão objeto de descrição mais detalhada os dados estatisticamente significativos em função dos testes utilizados. Omitiu-se nos mesmos o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram recolhidos através do preenchimento do instrumento 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.

CAPÍTULO 6. RESULTADOS

Descrita a metodologia, este capítulo prossegue com a apresentação e análise de resultados.

Pretende-se descrever e explicar o fenómeno em estudo (satisfação dos utentes) procedendo para isso à descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos a partir dos dados recolhidos no questionário. Numa primeira fase faz-se a análise descritiva uni variada dos resultados, resumindo os dados de uma variável para descrever a média e o desvio-padrão. Seguidamente procede-se a uma associação entre as variáveis para estudar a possibilidade de existir algum tipo de relação entre a variável dependente e as variáveis independentes.

Após a análise descritiva dos dados obtidos procede-se, conjuntamente, 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 e Gageiro, 2003). Sobre esta temática, Fortin (Fortin et al., 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 estimativas dos parâmetros da população.

6.1. ANÁLISE DESCRITIVA E INFERENCIAL SOCIODEMOGRÁFICA

Primeiramente será caracterizada a amostra através dos indicadores e variáveis sociodemográficas: **idade, sexo, zona de residência, estado civil, grau de ensino e situação laboral**, que constam na Tabela 6, com as respetivas taxas de respostas e os valores correspondentes.

Relativamente à **idade**, importa referir que foram reagrupadas em <25, 25-44, 45-64 e >65 anos de idade, sendo estas as classes mais usadas em saúde, obtendo diferenças por classes etárias. Trata-se de uma amostra maioritariamente adulta e jovem, sendo a faixa etária dos 25-44 anos de idade a mais representativa (41,1%), seguida da faixa etária dos 45-64 anos de idade (30,2%). Tanto no **sexo** feminino como no masculino é o grupo etário <25 anos de idade que apresenta valores percentuais mais baixos (10,4% e 8,8%, respetivamente).

Em relação ao **sexo**, a amostra do estudo é constituída por 331 utentes, sendo 231 do sexo feminino (69,8%) e 100 do sexo masculino (30,2%). Constata-se uma maior representatividade do sexo feminino na amostra.

No que concerne **às zonas de residência** da população inquirida, a zona urbana é predominante com 55,9% seguida de zona rural com 44,1%.

Relativamente ao **estado civil**, os participantes no estudo são maioritariamente casados, representando cerca de 51,7% da amostra, enquanto 21,5% são solteiros. Curiosamente verifica-se que 14,8% vivem em união de facto. De salientar maior representatividade do sexo feminino na viuvez.

À semelhança do reagrupamento executado nas idades o **grau de ensino** foi reagrupado em: “até ao 1º ciclo”, “2 ou 3º ciclo”, “secundário”, “médio” e “superior”. Desta forma, em relação à instrução escolar dos 331 inquiridos, o grupo mais representado é o correspondente aos indivíduos do ensino secundário (32,3%) contrastando com 19,8% da amostra que apenas possuem como **grau de ensino** “até ao 1º ciclo”. Por outro lado, 19,8% dos inquiridos não apresenta qualquer habilitação formal. No outro extremo, cerca de 24,1% apresenta um **grau de ensino** médio ou superior.

No que respeita à variável **situação laboral** verifica-se que a quase totalidade da população inquirida (97%) encontra-se no ativo e apenas 3% está desempregada.

Ao nível da inferência, verifica-se apenas diferenças extremamente significativas entre as médias do sexo masculino e feminino na **faixa etária** dos 25-44 anos de idade e >65 anos de idade, com uma significância estatística ($p < 0,05$). O mesmo se passa com o **grau de ensino** em que há uma relação inversa das médias entre sexo masculino e sexo feminino ao nível do primeiro ciclo e ensino secundário. Portanto, com diferenças estatisticamente significativas no grau de ensino com significância estatística ($p < 0,05$).

Tabela 6. Idade, Zona de residência, Situação familiar, Grau de ensino e Situação laboral, em função do Sexo.

	n	%	masculino (n)	masculino (%)	feminino (n)	feminino (%)	p*
Sexo							
masculino	100	30,2	-	-	-	-	-
feminino	231	69,8	-	-	-	-	-
Idade							
<25 anos	29	8,8	5	5,0	24	10,4	ns
25-44 anos	136	41,1	29	29,0	107	46,3	<0,001
45-64 anos	100	30,2	33	33,0	67	29,0	ns
≥65 anos	66	19,9	33	33,0	33	14,3	<0,001
Zona de residência							0,185
urbana	185	55,9	50	50,0	135	58,4	
rural	146	44,1	50	50,0	96	41,6	
Estado civil							0,053
solteiro	71	21,5	19	19,0	52	22,5	
casado	171	51,7	63	63,0	108	46,8	
união de facto	49	14,8	11	11,0	38	16,5	
separado	4	1,2	1	1,0	3	1,3	
divorciado	24	7,3	6	6,0	18	7,8	
viúvo	12	3,6	0	0,0	12	5,2	
Grau de ensino							
até ao 1º ciclo	66	19,8	33	33,0	33	14,3	0,002
2º ou 3º ciclo	79	23,8	19	19,0	60	26,0	ns
secundário	107	32,3	24	24,0	83	35,9	0,002
médio ou superior	79	24,1	24	24,0	55	23,8	ns
Situação laboral							0,293
empregado	321	97,0	99	99,0	222	96,1	
desempregado	10	3,0	1	1,0	9	3,9	

*p entre masculino e feminino

Como se verifica na Tabela 7, a idade média das mulheres é de 44 anos, sendo os homens, em média, 8 anos mais velhos (52 anos), o que corresponde a mais 2 anos que a diferença da esperança de vida à nascença (OECD, 2012). As idades da amostra estão compreendidas entre os 18 e 90 anos de idade (idade média de 47).

Assim, observa-se também que a média das idades do sexo masculino (52,57) é superior à do sexo feminino (44,05), sendo esta diferença estatística extremamente significativa ($p < 0,05$).

Tabela 7. Estatística descritiva e inferencial em relação à idade de acordo com o sexo

Idade Sexo	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão	p
Masculino	100	19	83	52,57	17,31	<0,001
Feminino	231	18	90	44,05	16,52	
Total	331	18	90	46,63	17,19	-

*p entre masculino e feminino

6.2. ANÁLISE DESCRITIVA E INFERENCIAL DOS INDICADORES RELATIVOS À CONSULTA

Pela observação da Tabela 8 e subjacente à análise das variáveis:

- **Iniciativa da consulta,**
- **Razão da consulta,**
- **1ª Consulta na unidade,**
- **Marcação da consulta com antecedência**
- **Como marcou a consulta**
- **Informação sobre a possibilidade de alteração de consulta**

Constata-se que a maioria dos utentes questionados se deslocou à unidade de saúde, no dia em que preencheu o questionário, por iniciativa própria (64,1%), e apenas 16,9% dos inquiridos se deslocaram à unidade de saúde porque a visita estava previamente combinada com o médico.

São várias as razões e motivos das consultas sem ser por doença aguda (52,8%), sendo que apenas 19% estavam adoentados sem sentirem melhoras, 11,3% sentiam agravamento do estado de saúde, 14,7% adoeceram no próprio dia e 2,2% por motivo de acidente.

A experiência anterior dos utentes foi medida através da pergunta se era a primeira consulta com a unidade de saúde, o que revelou que para apenas 10,3% essa era a sua primeira consulta. Constata-se também uma grande percentagem (89,7%) de frequentadores recorrentes de consultas. Quando questionados sobre se a consulta tinha sido marcada com antecedência, 23,9% referiu que não e 32,9% referiu ter sido marcada para aquele dia. Quanto a forma como foi marcada a consulta, a

maioria foi à Unidade de Saúde marcar a mesma (41,4%), enquanto apenas 2,7% marcou pelo telefone e 9,2% tinham a consulta marcada desde a consulta anterior. Apenas uma minoria (13%) foi convocada para consulta através do Centro de Saúde.

Tabela 8. Iniciativa da Consulta, Razão da Consulta, 1ª Consulta, Marcação da Consulta, Modo como efetuou a Marcação e Informação de alteração de consulta, em função do sexo

	n	%	masculino (n)	masculino (%)	feminino (n)	feminino (%)	p*
Iniciativa da consulta							0,143
foi ao Centro	203	61,3	55	55,0	148	64,1	
combinada com o médico	65	19,6	26	26,0	39	16,9	
combinada com outro funcionário	63	19,0	19	19,0	44	19,0	
Razão da consulta							0,171
Adoentado sem melhoras	64	19,3	20	20,0	44	19,0	
Adoentado e tem vindo a piorar	36	10,9	10	10,0	26	11,3	
Adoeceu de repente	43	13,0	9	9,0	34	14,7	
Acidente	12	3,6	7	7,0	5	2,2	
Outra	176	53,2	54	54,0	122	52,8	
Primeira consulta nesta unidade							0,168
sim	34	10,3	14	14,0	20	8,7	
não	297	89,7	86	86,0	211	91,3	
Consulta marcada com antecedência							0,562
não	79	23,9	24	24,0	55	23,8	
sim, foi apenas marcado o dia da consulta	109	32,9	29	29,0	80	34,6	
sim, foi marcado o dia e a hora precisa da consulta	143	43,2	47	47,0	96	41,6	
Como marcou a consulta							0,360
por telefone	9	2,7	5	5,0	4	1,5	
foi ao centro de saúde	137	41,4	40	40,0	97	41,9	
outra pessoa foi ao centro de saúde	111	33,6	32	32,0	79	34,0	
ficou marcada na consulta anterior	30	9,2	9	9,0	21	8,9	
foi convocado pelo centro de saúde ou pelo médico de família	43	13,0	11	11,0	32	13,8	
Informação sobre possibilidade de alteração da consulta							0,396
sim	192	58,0	62	62,0	130	56,3	
não	139	42,0	38	38,0	101	43,7	

*p entre masculino e feminino

Constata-se que grande parte da amostra (58%) foi informada da possibilidade de alterar a hora e o dia da consulta caso necessitasse, enquanto 42% da amostra referiu que não foi informada dessa possibilidade. Em relação aos indicadores relativos a consulta, podemos inferir que as diferenças existentes nas médias do sexo masculino e feminino não são estatisticamente significativas ($p < 0,005$).

6.3. DADOS DA AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

A autoavaliação do estado de saúde é um importante indicador da percepção de saúde. É, portanto, um indicador subjetivo e engloba tanto componentes físicos quanto emocionais dos indivíduos, além de aspetos do bem-estar e da satisfação com a própria vida. A percepção do utente de se sentir doente não advém apenas das sensações físicas de dor e desconforto, mas, sobretudo, das consequências sociais e psicológicas da presença da doença.

Assim, como se observa na Tabela 9, no que concerne ao estado de saúde, a maioria (36%) do inquiridos considerou ter uma saúde boa, seguido pelo grupo de utentes que considerou que o seu estado de saúde é razoável (29%), e apenas 21% considerou ter uma saúde muito boa. Em extremos opostos, apenas 9% dos inquiridos considerou que se encontra num nível excelente de saúde, e somente 5% considerou que a sua saúde é má.

Há uma proporção inversa dos inquiridos em relação ao estado de saúde excelente/ótima, com predominância no sexo feminino (10%) em relação ao sexo masculino (6%), em comparação com o estado de saúde má, com predominância do sexo masculino (8%) em relação ao sexo feminino (4%).

Tabela 9. Estado de saúde em função do sexo

Estado Saúde	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Excelente/Ótima	6	6%	23	10%	29	9%
Muita boa	20	20%	49	21%	69	21%
Boa	39	39%	81	35%	120	36%
Razoável	27	27%	68	29%	95	29%
Má	8	8%	10	4%	18	5%
TOTAL	100	100%	231	100%	331	100%

6.4. INDICADORES-CHAVE EUROPEP

Relação e Comunicação, Cuidados Médicos, Informação e Apoio, 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. Torna-se pertinente voltar a referir que na análise subjacente às questões da Satisfação dos utentes não são contabilizadas as respostas “Não Aplicável”, tendo sido estas transformadas em *missing value*, no sentido de não interferir no somatório dos scores e ou /médias finais.

Tal como já foi referido 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 satisfação global, incluindo as respostas a todas as 23 perguntas (Pedro Lopes Ferreira et al., 2005). Para uma melhor compreensão da opinião dos utentes faz-se a avaliação da satisfação em cada um dos itens que compõem as diferentes dimensões (da Tabela 10 à Tabela 25).

6.4.1. Relação e Comunicação

- **Por médico de família**

Este item é avaliado 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 este indicador, constata-se que na dimensão relação e comunicação entre os utentes e o médico de família (Tabela 10) o aspeto “tempo disponibilizado na consulta” parece ser o que mais preocupa a quem tem médico de família (3,51%) e para quem não tem médico de família (3,20%), ao passo que se sentem relativamente bem com a “confidencialidade da informação referente ao seu processo 3,95% de quem tem médico de família e 3,65% de quem não tem médico de família. Em relação aos aspetos interpessoais, os utentes com médico de família estão mais satisfeitos com a forma como o médico de família os ouviu (3,78%), em relação aos utentes sem médico de família (3,38%) que se revelaram mais insatisfeitos.

Também os resultados do teste *t* de *Student*, expresso na Tabela 10, revelam que os utentes com médico de família pontuam significativamente melhor que os utentes sem médico de família, no indicador Relação e Comunicação, ou seja existem diferenças estatisticamente significativas entre

as médias dos utentes com médico de família e sem médico de família na satisfação dos mesmos ($p < 0,05$).

Tabela 10. Satisfação dos utentes em relação a “Relação e Comunicação” por médico de família

Relação e comunicação	Sexo	n	Média	Desvio Padrão	p
1. Fazê-lo/a sentir que tinha tempo suficiente durante as consultas?	Masculino	100	3,37	1,051	,993
	Feminino	231	3,37	1,091	
2. Interesse nos seus problemas de saúde?	Masculino	100	3,60	,974	,660
	Feminino	231	3,55	1,062	
3. Facilidade com que se sentiu à vontade para contar os seus problemas ao seu Médico?	Masculino	100	3,63	1,031	,490
	Feminino	231	3,54	1,124	
4. Forma como foi envolvido/a nas decisões sobre	Masculino	100	3,53	,976	,999
	Feminino	231	3,53	1,096	
5. Forma como o Médico o/a ouviu?	Masculino	100	3,54	1,049	,517
	Feminino	231	3,62	1,084	
6. Confidencialidade da informação sobre o seu processo?	Masculino	100	3,79	,951	,741
	Feminino	231	3,83	,983	

- **Em função do sexo**

O sexo feminino sente-se mais agradado com a forma como o médico as ouviu (3,62%), comparativamente ao sexo masculino (3,54%), e valoriza mais a confidencialidade do seu processo (3,83%), comparativamente ao sexo masculino (3,79%).

Ambos os sexos pontuam igual (3,37%) em relação ao sentir que o tempo era suficiente na consulta, tal como a forma como foram envolvidos nas decisões (3,53%). No entanto é o sexo masculino que se sente mais à vontade com o médico para contar os seus problemas (3,63%), em relação ao sexo feminino (3,54%).

Observa-se, pelos dados obtidos, não existirem diferenças estatisticamente significativas nas médias de satisfação entre o sexo feminino e masculino nesta dimensão avaliada ($p > 0,05$), conforme Tabela 11.

Tabela 11. Satisfação dos utentes em relação a “Relação e Comunicação” por sexo

Relação e comunicação	Sexo	n	Média	Desvio Padrão	p
1. Fazê-lo/a sentir que tinha tempo suficiente durante as consultas?	Masculino	100	3,37	1,051	,993
	Feminino	231	3,37	1,091	
2. Interesse nos seus problemas de saúde?	Masculino	100	3,60	,974	,660
	Feminino	231	3,55	1,062	
3. Facilidade com que se sentiu à vontade para contar os seus problemas ao seu Médico?	Masculino	100	3,63	1,031	,490
	Feminino	231	3,54	1,124	
4. Forma como foi envolvido/a nas decisões sobre	Masculino	100	3,53	,976	,999
	Feminino	231	3,53	1,096	
5. Forma como o Médico o/a ouviu?	Masculino	100	3,54	1,049	,517
	Feminino	231	3,62	1,084	
6. Confidencialidade da informação sobre o seu processo?	Masculino	100	3,79	,951	,741
	Feminino	231	3,83	,983	

6.4.2. Cuidados Médicos

- **Por médico de família**

Este indicador é 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 da Tabela 12, observa-se um maior desapontamento ao nível do alívio rápido dos sintomas para ambas as situações, com e sem médico de família, representando respetivamente 3,43% e 3,26%, e com o apoio com que recebem para minorar as limitações nas tarefas diárias (3,46% para quem tem médico de família e 3,26% para quem não tem médico de família). Por outro lado, as questões com melhor índice são atenção dispensada com 3,69% para quem tem médico de família e 3,40% para quem não tem, e o exame realizado pelo médico com 3,49% para os que tem médico de família e 3,21% para quem não tem. Por último, 3,49% dos utentes com médico de família sentiu-se confortável e satisfeito com a oferta de serviços e prevenção de doenças, concomitantemente com os utentes sem médico de família (3,20%) que não se sentiram preteridos a este respeito. Em relação à influência da variável “ter ou não médico de família”, conforme também se observa na Tabela 12, os utentes com médico de família tem médias mais altas do que os que não têm médico de família na satisfação ao nível da atenção dispensada, do

exame efetuado pelo médico e na oferta de serviço e prevenção de doenças, existindo diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

Tabela 12. Satisfação dos utentes em “Cuidados Médicos” por médico de família

Cuidados Médicos	Médico de Família	n	Média	Desvio Padrão	P
7. Alívio rápido dos seus sintomas?	Não	150	3,26	1,040	,139
	Sim	181	3,43	,982	
8. Ajuda a sentir-se suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias?	Não	150	3,26	1,050	,095
	Sim	181	3,46	1,025	
9. Atenção dispensada?	Não	150	3,40	1,012	,010
	Sim	181	3,69	1,015	
10. Exame que o Médico lhe fez?	Não	150	3,21	1,048	,022
	Sim	181	3,49	1,077	
11. Oferta de serviços de prevenção de doenças (por exemplo, rastreio, check-ups e vacinas)?	Não	150	3,20	1,174	,027
	Sim	181	3,49	1,151	

- **Em função do sexo**

Os utentes do sexo masculino atingem médias ligeiramente mais altas do que os do sexo feminino, nomeadamente ao nível do alívio rápido dos sintomas (3,45%), na ajuda a sentir-se bem para desempenhar as tarefas diárias (3,38%) e sentem-se mais satisfeitos com a atenção dispensada por parte do médico (3,59%). Observa-se, pelos dados obtidos, não existirem diferenças estatisticamente significativas nas Médias de satisfação entre o sexo feminino e o sexo masculino nesta dimensão avaliada ($p > 0,05$), conforme Tabela 13.

Tabela 13. Satisfação dos utentes em “Cuidados médicos” em função do sexo

Cuidados Médicos	Sexo	n	Média	Desvio Padrão	P
7. Alívio rápido dos seus sintomas?	Masculino	100	3,45	1,038	,276
	Feminino	231	3,32	,998	
8. Ajuda a sentir-se suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias?	Masculino	100	3,38	1,042	,970
	Feminino	231	3,37	1,040	
9. Atenção dispensada?	Masculino	100	3,59	,993	,701
	Feminino	231	3,54	1,037	
10. Exame que o Médico lhe fez?	Masculino	100	3,36	1,038	,994
	Feminino	231	3,36	1,087	
11. Oferta de serviços de prevenção de doenças (por exemplo, rastreio, check-ups e vacinas)?	Masculino	100	3,42	1,161	,501
	Feminino	231	3,33	1,174	

6.4.3. Informação e Apoio

- **Por médico de família**

A distribuição das respostas às perguntas que constituem o indicador “Informação e Apoio”, conforme Tabela 14, é aparentemente uniforme, pouco diferindo umas das outras. No entanto, a explicação detalhada dos objetivos dos exames e dos tratamentos prescritos apresenta um melhor índice (3,26%) para quem não tem médico de família e 3,52% para quem tem médico de família, existindo diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos utentes na satisfação a este nível. Não se verifica diferenças estatisticamente significativas entre os utentes com e sem médico de família em relação aos outros aspetos deste item, apesar dos utentes com médico de família terem sempre médias mais altas.

Tabela 14. Satisfação dos utentes em “Informação e Apoio” por médico de família

Informação e apoio	Médico de Família	n	Média	Desvio Padrão	p
12. Explicação detalhada dos objetivos dos exames e dos tratamentos prescritos?	Não	150	3,26	1,155	,041
	Sim	181	3,52	1,084	
13. Informações sobre o que queria saber dos seus sintomas e da sua doença?	Não	150	3,29	1,158	,220
	Sim	181	3,46	1,139	
14. Ajuda para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde?	Não	150	3,25	1,190	,132
	Sim	181	3,45	1,123	
15. Encorajamento para compreender a importância de seguir os seus conselhos?	Não	150	3,34	1,206	,204
	Sim	181	3,51	1,077	

- **Em função do sexo**

Neste item avaliado, são novamente os utentes do sexo masculino que apresentam maiores índices de satisfação. 3,42% em relação à “informação que queria receber sobre a doença e sintomas” comparativamente aos 3,37% do sexo feminino. Tal com se sentem mais ajudados para enfrentar os problemas emocionais, com 3,45% em comparação com os 3,32% do sexo feminino. O mesmo se passa relativamente ao esclarecimento acerca dos exames e tratamentos prescritos, com 3,47% para os 3,37% do sexo feminino.

Observa-se, pelos dados obtidos, não existirem diferenças estatisticamente significativas nas Médias de satisfação entre o sexo feminino e masculino nesta dimensão avaliada ($p>0,05$), conforme Tabela 15.

Tabela 15. Satisfação dos utentes em “Informação e apoio” em função do sexo

Informação e apoio	Sexo	n	Média	Desvio Padrão	P
12. Explicação detalhada dos objetivos dos exames e dos tratamentos prescritos?	Masculino	100	3,47	1,119	,435
	Feminino	231	3,37	1,125	
13. Informações sobre o que queria saber dos seus sintomas e da sua doença?	Masculino	100	3,42	1,135	,705
	Feminino	231	3,37	1,156	
14. Ajuda para enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde?	Masculino	100	3,45	1,183	,358
	Feminino	231	3,32	1,145	
15. Encorajamento para compreender a importância de seguir os seus conselhos?	Masculino	100	3,48	1,163	,635
	Feminino	231	3,41	1,130	

6.4.4. Continuidade e Cooperação

- **Por médico de família**

Em relação à dimensão “Continuidade e Cooperação” (Tabela 16) verifica-se que os utentes encaram positivamente a continuidade de cuidados entre consultas com o mesmo médico de família (3,37%) em comparação com 3,14% para quem não tem médico de família, ao passo que veem com alguma preocupação a falta de preparação sobre o que esperar dos médicos hospitalares e dos cuidados prestados nos hospitais, com 3,31% para quem tem médico de família e com 3,06% para quem não tem.

Não se verifica diferenças estatisticamente significativas ao nível da satisfação dos utentes em relação a este item.

Tabela 16. Satisfação dos utentes em “Continuidade e Cooperação” por médico de família

Continuidade e cooperação	Médico de Família	n	Média	Desvio Padrão	P
16. Conhecimento sobre o que ele fez e disse em consultas anteriores?	Não	150	3,14	1,114	,071
	Sim	181	3,37	1,091	
17. Preparação sobre o que esperar de especialistas e dos cuidados hospitalares?	Não	150	3,06	1,131	,069
	Sim	181	3,31	1,127	

- **Em função do sexo**

Novamente o sexo masculino apresenta médias mais altas de satisfação relativamente ao conteúdo de consultas anteriores, com 3,37% em comparação com 3,21% do sexo feminino. Também se sentem mais preparados para os cuidados hospitalares, com 3,34% em relação aos 3,11% do sexo feminino. Observa-se pelos dados obtidos não existirem diferenças estatisticamente significativas nas médias de satisfação entre o sexo feminino e masculino nesta dimensão avaliada ($p>0,05$), conforme Tabela 17.

Tabela 17. Satisfação dos utentes em “Continuidade e cooperação” em função do sexo

Continuidade e cooperação	Sexo	n	Média	Desvio Padrão	P
16. Conhecimento sobre o que ele fez e disse em consultas anteriores?	Masculino	100	3,37	1,107	,228
	Feminino	231	3,21	1,104	
17. Preparação sobre o que esperar de especialistas e dos cuidados hospitalares?	Masculino	100	3,34	1,103	,108
	Feminino	231	3,11	1,144	

6.4.5. Organização dos serviços

- **Por médico de família**

Relativamente à “Organização de serviços” (Tabela 18), o aspeto mais penalizado pelos inquiridos foi a dificuldade em contactar por telefone, quer para a unidade (1,64% para quem não tem médico de família e 1,44% dos que têm médico de família), quer com o próprio médico de família ou de serviço (1,60% para quem não tem médico de família e 1,55% para quem não tem médico de família). Outro aspeto sobre o qual foi também demonstrada alguma insatisfação foi em relação ao tempo aguardado na sala de espera (2,58% para quem tem médico de família e 2,66% para quem tem).

Ainda respeitante a este item, se por um lado os inquiridos valorizam o apoio de todo o pessoal da unidade (3,41% para quem tem médico de família e 3,32% para os que tem), por outro lado sentem-se menos satisfeitos face à facilidade de marcar uma consulta (2,99% de quem tem médico de família e 2,68% de quem não tem médico de família). De facto, existem diferenças estatisticamente

significativas, entre quem tem ou não tem médico de família, ao nível da facilidade em marcar consultas.

De salientar que este item, em relação aos outros todos, foi avaliado de forma ligeiramente mais baixa. No entanto, é reconhecido o apoio prestado por todo o pessoal do Centro dessaúde além dos médicos, de forma mais positiva (3,41%) por quem não tem médico de família comparativamente a quem tem médico (3,32%).

Tabela 18. Satisfação dos utentes em “Organização de Serviços” por médico de família

Organização de serviços	Médico de Família	n	Média	Desvio Padrão	p
18. Apoio do pessoal deste Centro de Saúde, além dos médicos?	Não	150	3,41	1,118	,465
	Sim	181	3,32	1,058	
19. Facilidade em marcar uma consulta no Centro de Saúde?	Não	150	2,99	1,191	,016
	Sim	181	2,68	1,159	
20. Facilidade em falar pelo telefone para o Centro de Saúde?	Não	150	1,64	1,129	,101
	Sim	181	1,44	,935	
21. Facilidade em falar pelo telefone com o Médico de Família ou Médico de serviço?	Não	150	1,60	1,185	,726
	Sim	181	1,55	1,092	
22. Tempo que esperou na sala de espera?	Não	150	2,58	1,027	,483
	Sim	181	2,66	1,008	
23. Rapidez com que os problemas urgentes foram resolvidos?	Não	150	3,14	1,083	,885
	Sim	181	3,15	1,066	

- **Em função do sexo**

Relativamente a este item, embora o sexo masculino se apresente ligeiramente mais satisfeito em relação à facilidade em falar telefonicamente para o Centro de Saúde (1,68%) e/ou com médico de família (1,65%) em relação ao sexo feminino (1,46% e 1,54%, respetivamente), bem como com o tempo que esperou na sala de espera (2,65% em comparação com 2,61% do sexo feminino), verificam-se pontuações mais baixas para ambos os sexos.

Também neste item, pelos dados obtidos observa-se não existirem diferenças estatisticamente significativas nas médias de satisfação entre o sexo feminino e masculino ($p > 0,05$). Conforme a Tabela 19.

Tabela 19. Satisfação dos utentes em “Organização de Serviços” em função do sexo

Organização de serviços	Sexo	n	Média	Desvio Padrão	P
18. Apoio do pessoal deste Centro de Saúde, além dos médicos?	Masculino	100	3,51	1,063	,121
	Feminino	231	3,30	1,091	
19. Facilidade em marcar uma consulta no Centro de Saúde?	Masculino	100	2,95	1,215	,182
	Feminino	231	2,76	1,166	
20. Facilidade em falar pelo telefone para o Centro de Saúde?	Masculino	100	1,68	1,227	,091
	Feminino	231	1,46	,922	
21. Facilidade em falar pelo telefone com o Médico de Família ou Médico de serviço?	Masculino	100	1,65	1,233	,477
	Feminino	231	1,54	1,083	
22. Tempo que esperou na sala de espera?	Masculino	100	2,65	,918	,774
	Feminino	231	2,61	1,056	
23. Rapidez com que os problemas urgentes foram resolvidos?	Masculino	100	3,22	,938	,437
	Feminino	231	3,12	1,125	

6.4.6. Indicadores de áreas específicas da satisfação

- **Por médico de família**

Continuando a apresentação dos dados obtidos referentes aos indicadores relativos aos profissionais, 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?”**

Na dimensão dos recursos humanos, destacou-se com uma satisfação de 4,14% para quem não tem médico de família em relação à competência, cortesia e carinho do pessoal de enfermagem e, respetivamente, 4,02% para quem tem médico de família. Já o serviço prestado pela parte administrativa ao nível da competência, cortesia e carinho foi avaliado de uma forma ligeiramente mais baixa com 3,43% para quem não tem médico de família em comparação com 3,04% de quem tem médico de família.

Ambas as situações apresentam níveis mais baixos de satisfação ao nível do conforto geral da unidade, com 2,98% para quem tem médico de família e 2,97% para quem não tem médico de família. O mesmo se verifica quanto à liberdade de escolha do profissional de saúde e possibilidade de uma segunda opinião, com 2,87% para quem tem médico de família e 2,88% para quem não tem médico de família.

Outro aspeto em que foi também mostrada alguma insatisfação foi o da rapidez do atendimento, em que, curiosamente, apresentam menores níveis de satisfação os utentes com médico de família (2,86%), em comparação com os que não têm médico de família (3,02%). Relativamente à pontualidade dos profissionais, depreende-se uma ligeira insatisfação com a pontualidade do pessoal médico em relação aos outros profissionais (3,23% para quem não tem médico de família e 3,31% para quem tem médico de família).

Ao nível deste item, teve significância estatística a preocupação em relação á saúde dos utentes por parte do pessoal da unidade, bem como a competência, cortesia e carinho do pessoal administrativo, terminando na pontualidade da enfermagem. Há, portanto, diferenças estatisticamente significativas ao nível da satisfação com e sem médico de família, respetivamente ($p < 0,05$), conforme Tabela 20.

Tabela 20. Indicadores de áreas específicas da satisfação por médico de família

	Médico de Família	n	Média	Desvio Padrão	p
24. Respeito com que foi tratado/a e a forma como a sua privacidade foi mantida	Não	150	3,52	,946	,720
	Sim	181	3,48	1,031	
25. Preocupação do pessoal do Centro com a sua saúde	Não	150	3,44	1,016	,048
	Sim	181	3,22	,996	
26. Competência, cortesia e carinho do pessoal médico	Não	150	3,51	,995	,790
	Sim	181	3,54	0,992	
27. Competência, cortesia e carinho do pessoal de enfermagem	Não	150	4,14	,716	,194
	Sim	181	4,02	,836	
28. Competência, cortesia e carinho do pessoal administrativo	Não	150	3,43	1,113	,002
	Sim	181	3,04	1,166	
29. Rapidez com que foi atendido/a	Não	150	3,02	1,167	,207
	Sim	181	2,86	1,104	
30. Horário de atendimento do Médico de Família ou Médico de serviço	Não	150	3,01	1,139	,350
	Sim	181	3,13	1,065	
31. Pontualidade do pessoal médico	Não	150	3,23	,984	,463
	Sim	181	3,31	1,093	
32. Pontualidade do pessoal de enfermagem	Não	150	3,98	,795	,024
	Sim	181	3,77	,885	
33. Pontualidade do pessoal administrativo	Não	150	3,56	1,003	,023
	Sim	181	3,30	1,052	
34. Serviços ao domicílio fornecidos pelo Centro	Não	150	3,70	,887	,195
	Sim	181	3,54	,948	
35. Liberdade de escolha do profissional de saúde e possibilidade de uma segunda opinião	Não	150	2,88	1,097	,927
	Sim	181	2,87	1,084	
36. Conforto geral do Centro (comodidade, temperatura, ambiente, ruído, iluminação, instalações)	Não	150	2,97	1,010	,964
	Sim	181	2,98	0,966	
37. Limpeza do Centro	Não	150	3,31	,935	,459
	Sim	181	3,32	,917	

- **Em função do sexo**

Como observado na Tabela 21, o sexo masculino sente-se mais respeitado (3,52%) em relação ao sexo feminino (3,49%), e refere maior preocupação do pessoal do Centro em relação à sua saúde (3,37%) em relação ao sexo feminino (3,29%).

Em relação aos recursos humanos, ambos os sexos pontuam melhor a competência, cortesia e carinho da equipa de enfermagem, com 4,04% para o sexo masculino e 4,09% para o feminino. Também ambos sexos sentem mais insatisfação ao nível do conforto da unidade, com 2,94% para o sexo masculino e 2,99% para o sexo feminino. Contudo, é na liberdade de escolha do profissional de saúde e possibilidade de uma segunda opinião que se verifica, em igual percentagem (2,87%), o nível mais baixo destes indicadores.

Tabela 21. Indicadores de áreas específicas da satisfação por sexo

	Sexo	n	Média	Desvio Padrão	P
24. Respeito com que foi tratado/a e a forma como a sua privacidade foi mantida	Masculino	100	3,52	,915	,796
	Feminino	231	3,49	1,025	
25. Preocupação do pessoal do Centro com a sua saúde	Masculino	100	3,37	1,041	,516
	Feminino	231	3,29	,997	
26. Competência, cortesia e carinho do pessoal médico	Masculino	100	3,61	,920	,292
	Feminino	231	3,48	1,021	
27. Competência, cortesia e carinho do pessoal de enfermagem	Masculino	100	4,04	,816	,616
	Feminino	231	4,09	,773	
28. Competência, cortesia e carinho do pessoal administrativo	Masculino	100	3,28	1,240	,499
	Feminino	231	3,19	1,121	
29. Rapidez com que foi atendido/a	Masculino	100	3,01	1,087	,420
	Feminino	231	2,90	1,155	
30. Horário de atendimento do Médico de Família ou Médico de serviço	Masculino	100	3,16	1,032	,359
	Feminino	231	3,04	1,127	
31. Pontualidade do pessoal médico	Masculino	100	3,31	,982	,702
	Feminino	231	3,26	1,073	
32. Pontualidade do pessoal de enfermagem	Masculino	100	3,87	,893	,950
	Feminino	231	3,86	,835	
33. Pontualidade do pessoal administrativo	Masculino	100	3,43	1,040	,860
	Feminino	231	3,41	1,038	
34. Serviços ao domicílio fornecidos pelo Centro	Masculino	100	3,88	,923	,004
	Feminino	231	3,50	,896	
35. Liberdade de escolha do profissional de saúde e possibilidade de uma segunda opinião	Masculino	100	2,87	1,166	,994
	Feminino	231	2,87	1,054	
36. Conforto geral do Centro (comodidade, temperatura, ambiente, ruído, iluminação, instalações)	Masculino	100	2,94	,946	,662
	Feminino	231	2,99	1,002	
37. Limpeza do Centro	Masculino	100	3,26	,872	,459
	Feminino	231	3,34	,946	

6.4.7. Satisfação global EUROPEP

- **Por médico de família**

Em relação à influência da variável “ter ou não médico de família” com os domínios EUROPEP, e como se pode observar na Tabela 22, revela-se uma satisfação global de 65,90% para quem tem médico de família e 62,63% para quem não tem médico de família.

Na análise comparativa, verifica-se que nas dimensões Relação e Comunicação, Cuidados Médicos e Continuidade e Cooperação, existem diferenças estatisticamente significativas nas Médias da satisfação entre os utentes com e sem médico de família ($p < 0,05$). Constata-se que a dimensão Relação e Comunicação, em ambas as situações de ter ou não médico de família, obteve níveis de satisfação mais altos com, respetivamente, 74,57% para quem tem médico de família e 67,64% para quem não tem médico de família. Verifica-se menor nível de satisfação ao nível da Organização dos Serviços, com 51,20% nos utentes com médico de família e 53,42% nos utentes sem médico de família.

Tabela 22. Satisfação global EUROPEP por Médico de Família

	Médico de Família	n	Média (%)	Desvio Padrão (%)	p
Relação e Comunicação	Não	150	67,64	18,72	,001
	Sim	181	74,57	18,73	
Cuidados Médicos	Não	150	65,48	18,73	,020
	Sim	181	70,40	19,11	
Informação e Apoio	Não	150	65,72	22,52	,112
	Sim	181	69,56	20,92	
Continuidade e Cooperação	Não	150	61,54	21,50	,036
	Sim	181	66,77	21,57	
Organização dos Serviços	Não	150	53,42	17,54	,246
	Sim	181	51,20	17,14	
Satisfação Global	Não	150	62,63	16,99	,075
	Sim	181	65,90	16,26	

- **Em função do sexo**

Na Tabela 23, verifica-se a análise da variável “sexo” com os indicadores EUROPEP e respetiva satisfação global. Observa-se não existirem diferenças estatisticamente significativas nas médias de satisfação entre o sexo masculino e o sexo feminino para nenhuma das dimensões avaliadas ($p > 0,05$), apesar do sexo masculino apresentar médias mais altas de satisfação em todas as dimensões, em relação ao sexo feminino. Como se verifica pelos dados apresentados, a satisfação global dos utentes a nível dos indicadores EUROPEP foi de 65,30% para o sexo masculino e 64,03% para o sexo feminino, o que indica que os participantes do estudo avaliaram favoravelmente os cuidados prestados na unidade de saúde no que se refere às dimensões EUROPEP.

Entre estas, destacou-se a Relação e Comunicação com 71,45% para o sexo masculino e 71,42% para o sexo feminino, seguida dos Cuidados Médicos com 68,79% para o sexo masculino e 67,91% para o sexo feminino. As dimensões com menor nível de satisfação foram a Organização dos Serviços com 53,83% para o sexo masculino e 51,50% para o sexo feminino, tal como o indicador da Continuidade e Cooperação que obteve 67,02% para o sexo masculino e 63,04% para o sexo feminino.

Tabela 23. Satisfação global EUROPEP em função do sexo

	Sexo	n	Média (%)	Desvio Padrão (%)	p
Relação e Comunicação	Masculino	100	71,45	18,09	,989
	Feminino	231	71,42	19,44	
Cuidados Médicos	Masculino	100	68,79	18,92	,699
	Feminino	231	67,91	19,17	
Informação e Apoio	Masculino	100	68,47	22,37	,716
	Feminino	231	67,51	21,48	
Continuidade e Cooperação	Masculino	100	67,02	21,29	,140
	Feminino	231	63,04	21,77	
Organização dos Serviços	Masculino	100	53,83	18,23	,262
	Feminino	231	51,50	16,92	
Satisfação Global	Masculino	100	65,30	16,79	,523
	Feminino	231	64,03	16,61	

Comprovou-se, pelos dados obtidos e referenciados na Tabela 24, não existirem diferenças estatisticamente significativas nas médias de satisfação entre faixas etárias para nenhuma das dimensões avaliadas ($p > 0,05$). Verifica-se que são os adultos jovens na faixa etária dos 25 aos 44 anos que apresentam melhor índice de satisfação global (66,36%), em comparação com a faixa etária 45 aos 64 anos que apresenta o menor índice de satisfação global (62,2%).

A dimensão “Relação e Comunicação” foi a que obteve médias mais altas para todas as faixas etárias e, no sentido oposto, a dimensão “Organização dos Serviços” obteve médias mais baixa em todas as faixas etárias. Na faixa etária <25 anos verifica-se que, por um lado, obteve a média mais alta de satisfação (67,78%) na dimensão Continuidade e Cooperação em relação às restantes faixas etárias, e por outro lado maior nível de insatisfação na dimensão Organização dos Serviços (47,45%).

Tabela 24. Satisfação global EUROPEP por faixas etárias

	Faixa etária	n	Média (%)	Desvio Padrão (%)	p
Relação e comunicação	<25	29	73,66	21,29	ns
	25-44	136	74,62	21,29	
	45-64	100	68,47	19,61	
	>=65	66	64,15	17,03	
Cuidados médicos	<25	29	60,89	20,20	ns
	25-44	136	70,13	19,99	
	45-64	100	61,90	19,20	
	>=65	66	67,52	16,21	
Informação e apoio	<25	29	62,95	21,41	ns
	25-44	136	70,35	21,59	
	45-64	100	65,32	22,40	
	>=65	66	64,92	20,72	
Continuidade e cooperação	<25	29	67,78	22,93	ns
	25-44	136	62,70	22,66	
	45-64	100	58,95	20,38	
	>=65	66	59,52	20,43	
Organização Serviço	<25	29	47,45	11,95	ns
	25-44	136	52,85	17,42	
	45-64	100	50,68	18,69	
	>=65	66	55,19	16,61	
Satisfação global	<25	29	65,17	16,63	ns
	25-44	136	66,36	16,54	
	45-64	100	62,22	17,62	
	>=65	66	63,42	15,16	

ANOVA com correção de Sidak para multiplicidade

No que diz respeito às dimensões das áreas específicas, verifica-se pela Tabela 25 que o item com médias mais altas de satisfação foi “Competência, cortesia e carinho do pessoal de enfermagem” em todas as faixas etárias e que o item com menor índice de satisfação foi o da “Rapidez do atendimento”, também comum a todas as faixas etárias. Constata-se que, em relação ao item “Liberdade de escolha do profissional de saúde e possibilidade de uma segunda opinião”, nas faixas etárias de 25-44 anos e 45-64 anos ocorrem diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas, bem como no item “Conforto geral do Centro”. Também no item “Limpeza do

Centro” as diferenças são estatisticamente significativas entre estas duas faixas etárias e a faixa etária ≥ 65 anos.

Tabela 25. Satisfação nas áreas específicas de atuação por faixas etárias

	Faixa etária	n	Média	Desvio Padrão	p
Respeito com que foi tratado/a e a forma como a sua privacidade foi mantida	<25	29	3,59	1,12	ns
	25-44	136	3,51	0,98	
	45-64	100	3,41	1,07	
	>=65	66	3,58	0,82	
Preocupação do pessoal do Centro com a sua saúde	<25	29	3,31	0,89	ns
	25-44	136	3,28	1,05	
	45-64	100	3,22	1,05	
	>=65	66	3,53	0,90	
Competência, cortesia e carinho do pessoal médico	<25	29	3,24	1,06	ns
	25-44	136	3,57	1,02	
	45-64	100	3,40	1,01	
	>=65	66	3,73	0,83	
Competência, cortesia e carinho do pessoal de enfermagem	<25	29	3,93	0,80	ns
	25-44	136	4,17	0,75	
	45-64	100	3,97	0,85	
	>=65	66	4,09	0,74	
Competência, cortesia e carinho do pessoal administrativo	<25	29	3,00	1,07	ns
	25-44	136	3,21	1,18	
	45-64	100	2,92	1,18	
	>=65	66	3,42	1,23	
Rapidez com que foi atendido/a	<25	29	2,90	1,45	ns
	25-44	136	2,97	1,14	
	45-64	100	2,60	1,18	
	>=65	66	3,03	0,89	
Horário de atendimento do Médico de Família ou Médico de serviço	<25	29	2,97	1,27	ns
	25-44	136	3,13	1,12	
	45-64	100	2,97	1,11	
	>=65	66	3,17	0,95	
Pontualidade do pessoal médico	<25	29	3,24	1,27	ns
	25-44	136	3,34	1,08	
	45-64	100	3,18	1,05	
	>=65	66	3,30	0,84	
Pontualidade do pessoal de enfermagem	<25	29	3,75	0,75	ns
	25-44	136	3,92	0,86	
	45-64	100	3,79	0,90	
	>=65	66	3,91	0,80	
Pontualidade do pessoal administrativo	<25	29	3,24	1,02	ns
	25-44	136	3,43	1,11	
	45-64	100	3,32	1,06	
	>=65	66	3,61	0,84	

Serviços ao domicílio fornecidos pelo Centro	<25	29	3,33	1,05	ns
	25-44	136	3,63	0,84	
	45-64	100	3,54	0,95	
	>=65	66	3,82	0,95	
Liberdade de escolha do profissional de saúde e possibilidade de uma segunda opinião	<25	29	3,00	1,03	,029
	25-44*	136	3,06	1,09	
	45-64*	100	2,59	1,17	
	>=65	66	2,86	0,96	
Conforto geral do Centro (comodidade, temperatura, ambiente, ruído, iluminação, instalações)	<25	29	3,00	0,79	,004
	25-44*	136	3,16	1,01	
	45-64*	100	2,72	0,98	
	>=65	66	2,98	0,92	
Limpeza do Centro	<25	29	3,59	0,95	*0.034 **0.014
	25-44*/**	136	3,49	0,94	
	45-64*	100	3,16	0,90	
	>=65**	66	3,08	0,85	

CAPÍTULO 7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para Donabedian (Donabedian, 1988), os avaliadores da qualidade são os utentes, os profissionais e os gestores de serviços de saúde, e cada grupo utiliza diferentes perspectivas quando avalia essa qualidade. Qualquer avaliação (julgamento), envolve sempre mais do que apenas uma medição, pois envolve valores, expectativas, convicções, preconceitos e preferências dos indivíduos e dos grupos que estão a fazer a avaliação da qualidade.

A medida da satisfação dos utentes permite conhecer a sua opinião sobre os diferentes componentes dos serviços de saúde, humanos, técnicos e logísticos (Cleary & McNeil, 1988; Fitzpatrick, 1991; Ware et al., 1983). O grau de satisfação permite fazer uma avaliação individual de cuidados que não poderia ser compreendida por observação direta dos cuidados (Ware et al., 1983). É também um reflexo das necessidades e expectativas pessoais do utente e a realidade dos cuidados de saúde (Sitzia & Wood, 1997).

Este capítulo destina-se à discussão dos resultados do estudo e comparação com estudos realizados na mesma área. Proceder-se-á à caracterização da amostra, à discussão dos resultados globais e à validação das hipóteses pelo estudo empírico.

7.1. Dados Sociodemográficos

Os dados sociodemográficos estudados são: sexo, idade, zona de residência, situação familiar, grau de ensino e situação laboral.

Relativamente à caracterização da amostra de 331 inquiridos, os resultados evidenciam, em relação ao item “Sexo”, uma predominância do sexo feminino (69,8%). Tendo por base o estudo de Ferreira, Raposo e Godinho (Pedro Lopes Ferreira et al., 2005), que se baseou numa amostra de 11.166 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 igualmente constituída por mulheres (62%). O mesmo se verifica no estudo de Hespanhol (Hespanhol et al., 2005) em que os participantes do sexo feminino foram também em maior número. Ainda num outro estudo levado a cabo por Ferreira e Antunes (Ferreira, 2009), abrangendo 146 USF's (12.713 utentes), mais de metade da amostra (67,5%) era constituída por utentes do sexo feminino. Também McIntyre (McINTYRE & Silva, 1999) constatou que a maioria dos participantes no seu estudo era do sexo feminino. O mesmo se verifica no estudo do Aces Tâmega I- Baixo

Tâmega (Machado, 2012) numa amostra de 852 utentes, 71,8% correspondiam a indivíduos do sexo feminino.

Relativamente à variável género existem autores que não encontram qualquer variação (Jackson et al., 2001), outros referem existir associação entre o género feminino e maiores níveis de satisfação (Fan et al., 2005; Grogan et al., 1995), enquanto noutros estudos as mulheres surgem como as mais insatisfeitas (Ferreira, 2009; Ferreira et al., 2001; McIntyre, 2001). As mulheres são consideradas boas informantes para as pesquisas por se revelarem mais críticas (Esperidião & Trad, 2006) e mais participativas, verificando-se uma maior taxa de respostas entre as mulheres que entre os homens (Grogan et al., 1995). É corroborado por diversos estudos consultados que os utentes do sexo feminino predominam como principais frequentadores dos cuidados de saúde primários (Brandão et al., 2013; Ferreira, 2011; Ferreira, 1999; Ferreira, 2009; Ferreira & Raposo, 2006).

Brandão (Brandão, 2011) e Brandão *et al.* (Brandão et al., 2013) referem-nos que isto se deve à fisiologia e ao ciclo de vida das mulheres, e também porque os serviços e atividades dos cuidados de saúde primários foram tradicionalmente direcionados para o grupo materno-infantil, nomeadamente consultas de planeamento familiar, prevenção do cancro do útero e saúde infantil. Pereira *et al.* (McIntyre, 2001) conclui que o género é um dos preditores mais importantes da satisfação.

Relativamente à variável “Idade”, no presente estudo verifica-se que 41,1% dos utentes se situa grupo etário dos 25-44 anos, 30,2% se situa no grupo dos 45- 64 anos, 19,9% têm 65 ou mais anos, e apenas 8,8% têm idade inferior a 25 anos.

No estudo de Ferreira, Raposo e Godinho (Pedro Lopes Ferreira et al., 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- 64 anos (31.1%). Num outro estudo realizado por (Ferreira et al., 2001) verifica-se que a média de idades da maioria da população é de 47 anos (idêntico a este estudo). Ainda no que se refere a este dado sociodemográfico, no estudo de Ferreira e Antunes (Ferreira, 2009) a maioria dos utentes inquiridos situa-se no intervalo 35-44 anos de idade, correspondendo a 21% da amostra. No estudo do Aces Tâmega I-Baixo Tâmega (Machado, 2012) a faixa etária dos 35-64 anos de idade foi a mais representativa (59,2%), seguida da faixa etária dos 16-34 anos (34,6%), registando-se uma idade média de 41,15 anos.

A variável que apresenta maior concordância entre os estudos é a “Idade”, verificando-se que utentes mais velhos apresentam habitualmente maiores índices de satisfação em relação aos mais

jovens (Fan et al., 2005; Ferreira et al., 2010; Grogan et al., 1995; Hespanhol et al., 2005; Jackson et al., 2001; Williams, 1994). (Peck, 2011). Este facto deve-se, provavelmente, a características dos grupos mais idosos, tais como menores expectativas ou maior relutância em manifestar a sua insatisfação (Esperidião & Trad, 2006).

Relativamente à variável “Situação familiar”, no presente estudo a maioria (51,7%) dos inquiridos são casados e 21,5% são solteiros. Resultados similares foram encontrados no estudo de Ferreira, Raposo e Godinho (Pedro Lopes Ferreira et al., 2005), onde também se constata que 69,4% eram casados. Às mesmas conclusões chegou McIntyre (McINTYRE & Silva, 1999) sobre a satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina, em que a maioria dos participantes era do sexo feminino, sendo que 54,4% eram casados e 6,6% eram divorciados.

Quanto à “Zona de residência” dos indivíduos da amostra, 55,9% reside em zona urbana e 44,1% residem em zonas rurais.

No tocante à variável “Grau de ensino”, constata-se que, do total da amostra, a maioria (32,3%) tem o ensino secundário e que apenas 24,1% tem grau médio/superior. Nos estudos comparativos (Pedro Lopes Ferreira et al., 2005) verifica-se que o grau 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 (Ferreira, 2009) constata-se que 26% da amostra concluiu o primeiro ciclo do Ensino Básico, seguidos daqueles que concluíram o Ensino Secundário, com 20%. (Ferreira et al., 2001), 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. Noutro estudo levado a cabo em 2001 sobre “As determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários: o estudo de Lisboa e Vale do Tejo “, em relação aos dados demográficos, mostrou que a maioria são mulheres, com uma escolaridade igual ou inferior ao ensino básico, das quais 6% não sabiam ler ou escrever. No estudo do Aces Tâmega I-Baixo Tâmega (Machado, 2012) cerca de 63% dos indivíduos têm escolaridade \leq ensino básico, 28,0% completou o ensino secundário ou médio, e apenas 9,1% da amostra concluiu o ensino superior. O nível de escolaridade, parece ter significado na satisfação, ou seja, um nível de satisfação mais alto está associado com um nível mais baixo de escolaridade (Halle Dornan, 1990, *cit.in* Ferreira (Ferreira, 2000)).

Em relação à variante “Situação laboral”, verifica-se que apenas 3% desta amostra se encontra em situação de desemprego, não havendo muita discrepância entre sexos, pelo que a maioria (97%) se encontra empregado. Num outro estudo da satisfação dos utentes numa unidade de saúde do interior (Oliveira, 2012), em relação à situação laboral, apenas 5.0% da amostra trabalha por conta própria, 62.5% trabalha por conta de outrem, mas 32.5% está inativo/não trabalha.

7.2. Caracterização dos indicadores relativos à consulta

A maioria dos utentes questionados deslocou-se à Unidade de Saúde por iniciativa própria (61,3%). É de realçar o facto de 19.6% dos inquiridos se deslocarem à Unidade de Saúde porque estava previamente combinado com o médico. Os resultados do estudo de Ferreira, Raposo e Godinho (Pedro Lopes Ferreira et al., 2005) são concordantes com este estudo, pois 73.1% foi ao Centro de Saúde por iniciativa própria mas 22.0% tinham consulta previamente combinada com o médico, e semelhantes ao estudo de Oliveira (2012) em que maioria dos utentes questionados se deslocou à Unidade de Saúde por iniciativa própria (86.7%) e 12.6% dos inquiridos se deslocarem à Unidade de Saúde porque estava previamente combinado com o médico. Quanto à principal razão da consulta, constata-se que apenas 19.3% andava com sintomas de doença há vários dias sem sentir melhoras e que 13.0% adoeceu de repente. Relativamente à principal razão da consulta, a maioria das consultas da unidade em estudo (53,2%) ocorreram por motivo de programa ou vigilâncias. No estudo de Ferreira, Raposo e Godinho (Pedro Lopes Ferreira et al., 2005), 55.4% dos utentes andavam adoentados há vários dias e 20.5% foi por doença repentina, tal como no estudo de uma unidade de saúde do interior (Oliveira, 2012) em que a maioria dos utentes questionados se deslocou à Unidade de Saúde por iniciativa própria (86.7%) e 12.6% dos inquiridos porque estava previamente combinado com o médico.

Quando questionados sobre se a consulta tinha sido marcada com antecedência, 23.9% refere que não e 32.9% refere ter sido marcada para aquele dia. No entanto, 43,2% refere ter sido marcada com data e hora. No estudo de Ferreira, Raposo e Godinho (Pedro Lopes Ferreira et al., 2005), os dados encontrados foram de 29.0% não ter sido marcada consulta com antecedência, 31.0% ter sido marcada para o dia e 39.9% ter sido marcada com data e hora. No estudo de Oliveira (Oliveira, 2012), quando questionados sobre se a consulta tinha sido marcada com antecedência, 61.8% dos inqueridos refere que não, 28.9% refere ter sido marcada para aquele dia e apenas 9.3% refere ter sido marcada com data e hora.

Na questão da forma como foi marcada a consulta, a maioria (41.4%) foi à Unidade de Saúde marcar a mesma e apenas 2,7% da amostra conseguiu marcar pelo telefone. 6.1% tinha a consulta marcada desde a consulta anterior e apenas 9.2% foi convocado para a consulta. Dados idênticos foram encontrados no estudo de Ferreira, Raposo e Godinho (Pedro Lopes Ferreira et al., 2005) em que 52.8% se deslocaram ao Centro de Saúde para marcar consulta, 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, 52% referiram que sim. No entanto, 42.2% referiu que não foi informado dessa possibilidade, contrariando o estudo de Ferreira, Raposo e Godinho (Pedro Lopes Ferreira et al., 2005) em que 31.3% foi informado e 68.7% não foi.

No que se refere a se era ou não a primeira consulta na unidade em estudo, a maioria dos inqueridos (89,7%) referiu que não era a primeira vez, sendo que apenas 10.3% disse que era a primeira consulta na unidade. Também McIntyre (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. Especula-se que seja, pela confiança e benevolência recebida da parte dos prestadores de cuidados. Resumindo, em relação a este item, a dimensão consulta, marcação e acessibilidade, dão conta de fragilidades. Pode antever-se que tal ocorre devido ao elevado tempo de espera pela consulta e a demora na marcação da mesma. Tais resultados vão de encontro ao demonstrado no estudo de Kurata (Kurata et al., 1992) e de Cape (Cape, 2002) sobre a satisfação dos utentes em cuidados de saúde primários, em que subsistiram os níveis elevados de satisfação com os cuidados de saúde prestados, com a exceção do tempo de espera. McIntyre (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 marcações de consultas apresentavam melhores resultados nas escalas de acessibilidade e avaliação global. Por sua vez, os sujeitos que se encontravam mais insatisfeitos com o sistema de marcação de consultas eram aqueles que apresentavam atitudes negativas face aos médicos e à medicina.

7.3. Dados da autoavaliação do estado de Saúde

O estado de saúde surge também associado à satisfação, verificando-se que utentes que se consideram com fraca saúde apresentam-se menos satisfeitos do que aqueles que se descrevem como saudáveis (Cleary & McNeil, 1988; Fan et al., 2005; Ferreira et al., 2001; Jackson et al.,

2001). No entanto, este efeito independente do estado de saúde sobre a satisfação parece ser reduzido quando integradas outras variáveis (Linder-Pelz, 1982).

A autoavaliação do estado de saúde, segundo alguns estudos, é considerada um importante fator na predição dos fatores de problemas de saúde que só seriam detetados mais tardiamente e com o uso de serviços de saúde (Blank & Diderichsen, 1996; Fylkesnes, 1993; Hulka & Wheat, 1985). A percepção negativa do estado de saúde exerce uma influência na decisão de procurar um médico ou um serviço de saúde. Nesse sentido, os indivíduos com autoavaliação de saúde má serão os mais recorrentes nos serviços de saúde (Hulka & Wheat, 1985).

Neste estudo, 36% expressa que o seu estado de saúde é “Bom”, 29% que é “Razoável” e 21% avaliam-se com um “Muito Bom” estado de saúde.

Segundo dados da literatura, o resultado da influência do sexo na autoavaliação do estado de saúde mostram-se discrepantes (Shooshtari et al., 2007). Em geral, as mulheres tendem a perceber o seu estado de saúde mais negativamente que os homens, embora tenham mais sobrevida. Também se verifica nas mulheres uma maior prevalência de doenças crónicas e, por vezes, incapacitantes, e que possuem baixa mortalidade, como a artrite e a depressão (Denton & Walters, 1999; Ross & Bird, 1994). Assim, o género sexual é um fator importante na maneira como cada pessoa autoavalia o seu estado de saúde, pois há uma tendência para as mulheres subestimarem a apreciação positiva da sua saúde, contrariamente aos homens que tendem a privilegiar positivamente essa mesma apreciação positiva (Vintém, 2008). Os resultados obtidos no estudo de Ferreira, Raposo e Godinho (2005), referem que 55.3% do estado de saúde está “Razoável”, 16.0% que está “Bom” e 22.1% em que a saúde está “Má”. Comparativamente, neste estudo a esta Unidade de Saúde, apenas 5% considera que tem um estado de saúde “Mau”. Sendo este valor muito aproximado entre o sexo feminino e masculino. Ferreira (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.

7.4. Indicadores EUROPEP

Segue-se a discussão dos resultados relativos aos cinco indicadores EUROPEP, tendo como base o estudo referenciado no quadro teórico.

7.4.1. Relação e Comunicação

“Inclui conceitos como tempo de cuidar, humanização dos cuidados, necessidades dos doentes, envolvimento nas decisões e privacidade.”

No presente estudo, esta dimensão é a que reúne maior satisfação com, nomeadamente, 74,57% para quem tem médico de família e 67,64% para quem não tem médico de família (Tabela 22), dos quais 150 inquiridos fazem parte do grupo que não tem médico de família e 181 do que tem médico de família. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o domínio da satisfação com e sem médico de família ao nível deste item (Tabela 22).

Também em relação à variável “idade”, apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas com este item (Tabela 22) verifica-se que é na faixa etária dos 25-44 anos que se verificam médias mais altas de satisfação (74,62%), seguidas da faixa etária mais jovem <25 anos com 73,6% de satisfação.

De facto, os utentes estão mais satisfeitos com a facilidade que tiveram durante a consulta para contar os seus problemas ao médico, e a forma como foram ouvidos, do que o tempo que lhes foi concedido, com maior insatisfação para quem não tem médico de família (3,20%) e 3,51% para quem tem médico de família. Isto é, a qualidade de tempo passada com o seu médico é boa, mas a sua quantidade é escassa. Pressupõe-se que o rácio médico-utente seja grande na unidade em estudo, mas que o tempo despendido na consulta seja reduzido.

Sabemos que para prevenir é necessário informar, mas, mais do que isso, é necessário comunicar. A efetividade do papel de educador e de agente modificador de comportamentos está dependente da capacidade que o médico tem de comunicar, já que dar informação sem competência comunicacional de pouco serve. A satisfação do utente é, pois, uma medida útil para avaliação da relação e comunicação médico-doente, assim como o registo de sua opinião pode ser utilizado como importante ferramenta no entendimento e procura de soluções para organizar os serviços e orientar a prestação dos cuidados (Ceron, 2013). Na generalidade, a opinião sobre as atitudes relacionais e de comunicação é positiva, surgindo a confidencialidade com uma valorização superior. Facto igualmente relacionado com aspetos éticos e deontológicos, bem como relacionado com os direitos fundamentais dos utentes. Esta satisfação cria condições favoráveis para o utente descrever todos os seus problemas de saúde e circunstâncias da sua vida, premissa essencial para aumentar a capacidade do médico efetuar diagnósticos mais precisos.

No primeiro "Estudo de Satisfação dos Utentes do Sistema de Saúde Português" (Departamento da Qualidade na Saúde. DGS, 2015), foi determinado que 94% referiram que as indicações dadas foram claras, que 89% consideraram que o médico lhes deu a oportunidade de esclarecer as suas dúvidas, o tempo despendido pelo médico satisfaz 87,4% dos inquiridos e que cerca de 87% dos inquiridos consideraram que o médico os envolveu nas decisões sobre os cuidados de saúde e os tratamentos. A satisfação na Relação e Comunicação, em Portugal, é globalmente superior à apresentada nos países da OCDE (Departamento da Qualidade na Saúde. DGS, 2015). Um relatório preliminar da responsabilidade de Angel Gurría, Secretário Geral da OCDE, em 2015, atualizou os dados do indicador-chave EUROPEP "Relação e comunicação" para 18 países da OCDE. Estes resultados são ainda mais favoráveis a Portugal (OCDE, 2015).

No entanto, as consequências que as informações recebidas terão nos seus destinatários constituem sempre uma incógnita, pois determinantes da comunicação, como a falta de domínio da língua portuguesa, a baixa escolaridade, a ansiedade, o tempo insuficiente disponibilizado na consulta e o insuficiente desenvolvimento organizacional, podem tornar-se obstáculos para uma comunicação eficaz, para a compreensão da informação e para a decisão partilhada com o utente. No estudo "Satisfação dos Imigrantes Chineses com os Cuidados de Saúde Primários" (Carvalho, 2013), foi determinada uma menor percentagem de "pouco satisfeitos" (11,4%) em relação à dimensão "relação e comunicação", com uma maior satisfação na "confidencialidade da informação" constante no processo (media - 4,00, desvio padrão -0,98) e uma menor satisfação no "sentir-se a vontade para contar os problemas ao médico" (média-3,31,desvio padrão-1,30). Este resultado poderá ser entendido como consequência da dificuldade de compreensão entre as duas línguas e das próprias diferenças culturais. Uma boa informação fornecida a estes utentes, e às suas famílias, ajuda a atenuar a ansiedade que habitualmente sentem quando recorrem aos serviços de saúde, fragilizados pela sua condição de imigrantes, e que pode ser determinante na sua satisfação. A forma como se transmite a informação ao utente imigrante merece uma reflexão profunda, pois é essencial que se encontrem os termos certos para que ele compreenda, de acordo com os seus valores culturais. Resumindo, para este item, neste estudo verificam-se níveis de satisfação elevados, independentemente do inquerido ter ou não médico de família.

A perceção da qualidade da interação e comunicação entre médico e doente é determinante para a adesão terapêutica e para a adoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis (Cabral & Silva, 2010). «*O remédio mais utilizado em medicina é o próprio médico*» (Turini et al., 2008). Esta afirmação demonstra a enorme importância da relação médico-doente e do processo comunicacional que a veicula.

7.4.2. Cuidados Médicos

“Inclui conceitos como efetividade, competência/precisão e prevenção de problemas de saúde”

Os resultados obtidos neste item, fazem o paralelismo entre ter e não ter médico de família. Observa-se uma satisfação ligeiramente superior (70,40%) para quem tem médico de família e 65,8% para quem não tem (Tabela 12), apresentando-se o sexo masculino ligeiramente mais satisfeito (68,79%) em relação ao sexo feminino (67,91%) (Tabela 13).

A atenção dispensada, o exame feito pelo médico e a oferta de serviços e prevenção de doenças, surgem como os aspetos mais valorizados e com significância estatística entre as duas condições. Fica patente a satisfação demonstrada para quem tem médico de família, ou seja, é relevante a importância dada ao fato de ser o mesmo médico a seguir o utente e a família ao longo do tempo.

Existem vários estudos que sugerem que a continuidade de cuidados é considerada um fator de grande importância para os utentes, sendo que esta é especialmente relevante em doenças crónicas ou com componente fortemente emocional (Guthrie, 2002; Guthrie & Wyke, 2006). Ao nível dos cuidados de saúde primários, há estudos que demonstram que existe uma consistente e significativa relação positiva entre a continuidade interpessoal de cuidados (manter o mesmo profissional de saúde) e a satisfação de utentes (Fan et al., 2005; Saultz & Albedaiwi, 2004). A revisão crítica de Saultz e Albedaiwi (Saultz & Albedaiwi, 2004) sugere que a continuidade interpessoal na relação médico-utente é considerada importante para os utentes dos Estados Unidos da América, Grã-Bretanha, Austrália e vários outros países. Conclui-se que uma relação médico-utente consistente e duradoura é uma componente essencial dos cuidados primários. Segundo Fan *et al.* (Fan et al., 2005), há evidências que a continuidade com o mesmo profissional de saúde é associada a vários benefícios, tais como uma maior confiança do utente no seu médico, uma melhor comunicação, melhores resultados em saúde, melhor controlo de doenças crónicas (como a diabetes) e diminuição das hospitalizações.

Com este estudo, verifica-se que não existem diferenças significativas em relação à variável idade e à satisfação com os cuidados médicos (Tabela 24). No entanto, é na faixa etária dos 25- 44 anos que se verifica médias mais altas de satisfação (70,13%), seguida dos maiores de 65 anos. Nos inqueridos com mais de 65 anos, que têm consultas no âmbito do seguimento de polipatologia já diagnosticada e conhecida, é onde existe uma relação médico-utente mais trabalhada. Especula-se que seja também este perfil de utente que consome mais tempo ao médico de família. Cabe ao médico ultrapassar a barreira do “ser ouvido” para se tornar um “ser ouvinte”. Não é uma tarefa

complexa nem exige muito tempo. O que realmente importa, nessa inversão de papéis, é dar ao outro um tempo de qualidade, com abertura e interesse.

Em relação à questão de ofertas de serviços e prevenção de doenças, talvez esteja associada a “...ideia generalizada da população de que o melhor médico é o que faz mais procedimentos na consulta ou o que pede mais meios complementares de diagnóstico, é crucial aumentar a literacia em saúde sobre este tema, explicando que nem sempre mais é melhor “... (Nuno, 2019).

Uma lista de utentes induz uma determinada carga de trabalho, que varia em função de múltiplos fatores que obrigam a que a sua dimensão tenha de ser ponderada em função das suas características e do contexto em que se insere. Quando essa dimensão ponderada é excessiva, verificam-se repercussões negativas no acesso e na qualidade dos cuidados prestados e também na satisfação dos utentes e profissionais e na saúde destes últimos.

Clinicamente, em relação aos cuidados médicos na unidade em estudo, especula-se se haverá sobrecarga médica em relação ao ficheiro de utentes sem médico de família. Isto porque, a nível de cuidados de saúde primários, assiste-se a uma exigência cada vez maior em termos de atividade assistencial e não assistencial. Para além de prestar cuidados a listas sobredimensionadas de utentes, o médico de família, hoje, vive rodeado de burocracia (tais como elaboração de relatórios e registos de resultados de meios complementares de diagnóstico).

Dentro do indicador “Cuidados Médicos”, no estudo de Ferreira e Antunes (Ferreira, 2009), no que diz respeito 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%, respetivamente). No estudo de Ferreira (Ferreira, 2009), os utentes encontram-se “Bastante Satisfeitos” (46,6%) 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. Também no estudo do Aces Tâmega I – Baixo Tâmega (Machado, 2012) relativamente aos cuidados médicos, as questões em que os utentes manifestaram maior satisfação foram o exame clínico realizado pelo médico (77,42%) e a atenção dispensada para os seus problemas (77,29%).

7.4.3. Informação e Apoio

“Inclui conceções como tipo de informação dada ao utente, aconselhamento e ainda estímulo dado em relação à autoajuda”

Uma significativa parte dos inquiridos classificou este item como positivo, com uma maior valorização da explicação por parte dos médicos, dos objetivos dos exames e tratamentos prescritos, factos estes associados à ética na prática médica, da necessidade de consentimento informado dos utentes e do direito destes conhecerem e colaborarem no seu processo clínico. Contudo, é de realçar que os utentes sem médico de família se encontram mais insatisfeitos a esse nível, pelo que se requer mais empenho por parte dos profissionais de saúde (ao nível da explicação), havendo também diferenças significativas a esse respeito (Tabela 14). Não foi encontrado nenhum efeito significativo em relação a variável sexo (Tabela 15) e idade (Tabela 24), no entanto são novamente o sexo masculino e de classes mais jovens os mais satisfeitos.

As respostas às perguntas que constituem este indicador são, aparentemente, uniformes e pouco diferenciadas umas das outras. É, contudo, visível alguma insatisfação com a ajuda prestada para enfrentar os problemas emocionais causados pelos problemas de saúde, muito provavelmente devido à falta de algumas valências com que alguns Centros de Saúde se deparam (Ferreira, 1999). Também neste estudo se demonstra fragilidades por parte de todos os profissionais envolvidos, quer no apoio quer na informação prestada. Talvez devido a integrações nos serviços feitas de forma deficitária, por falta de pessoal, rotatividade e absentismo dos mesmos. Outros estudos apontam no sentido de que quanto melhor for a informação prestada maior é a satisfação dos utentes (MARTINS, 2010; Meehan, 1999; Melo, 2005; Neto et al., 2003; Oermann & Templin, 2000; Sigurthardottir, 1996). Ferreira (Ferreira, 2009) verificou que os utentes com menor literacia, provavelmente provenientes de classes socioeconómicas mais desfavorecidas, são também os mais insatisfeitos, especialmente na dimensão “informação e apoio”.

7.4.4. Continuidade e Cooperação

“Refere-se à continuidade dos cuidados, por parte dos prestadores e à cooperação entre unidades de saúde, nomeadamente Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Hospitalares.”

O presente estudo sugere uma avaliação positiva, por parte dos participantes, quanto à continuidade e cooperação. Isto é, a continuidade do seu acompanhamento médico, bem como a cooperação da unidade com outras especialidades externas, necessárias à patologia do utente. Contudo, são os utentes com médico de família atribuído que revelam uma opinião mais favorável, em relação a quem não tem médico de família (Tabela 16). Não foram encontrados efeitos significativos ao nível da idade (Tabela 24) e sexo (Tabela 17), contudo é novamente o sexo masculino que apresenta níveis mais altos de satisfação em relação ao sexo feminino.

Um estudo realizado por Ferreira (Ferreira, 2000), revelou que os utentes encaram positivamente a continuidade de cuidados entre consultas, ao passo que veem com alguma preocupação a falta de preparação sobre o que esperar dos médicos e dos cuidados de saúde primários. Ferreira (Ferreira, 2000) chegou também a resultados em que os utentes com menor literacia, provavelmente provenientes de classes socioeconómicas mais desfavorecidas, são também os mais insatisfeitos, especialmente nas dimensões “informação e apoio” e “continuidade e cooperação”. Em relação a este indicador, o conhecimento do profissional em relação ao utente pode ter sido facilitado pela avaliação de utentes atendidos na unidade de saúde em período superior a um ano (critério de inclusão no estudo), o que permite maior conhecimento do caso e fortalecimento da continuidade de cuidados ao utente. Além disso, reforça-se aqui a importância para a avaliação da continuidade, a existência de meios de registro de informações eficazes, de modo a permitir que todos os dados sejam corretamente registrados no processo clínico eletrónico e devidamente acedidos, quando necessário.

7.4.5. Organização dos serviços

“Refere-se aos profissionais da unidade de saúde, à organização do serviço e à disponibilidade em casos urgentes”

A organização dos serviços aparece avaliada de uma forma menos positiva que as dimensões anteriores, muito embora ainda avaliada de forma satisfatória por mais de 50%. Verifica-se novamente maiores índices de satisfação nos utentes com médico de família (Tabela 18). No presente estudo, os utentes avaliam de forma menos positiva o tempo que se espera pela consulta, o sistema de marcação da consulta, o tempo de espera e o atendimento telefónico. Estes resultados estão de acordo com os estudos realizados em Portugal e como referem Bruce (Bruce, 1990; Donabedian, 1989; Donahedian A. Ann Arbor, 1980; Williams, 1994), Donabedian (1980), Donabedian (1989) e Williams (1994), os utentes têm necessidades de aspetos da qualidade como informação e acesso. Também Kotler e Lee (Kotler & Lee, 2008) e Fitzpatrick (1997) *cit in* Vila Verde *et al.*, (Villaverde, 2002) referem que a insatisfação é relativa a componentes específicos como o tempo de espera. Já em outros estudos de satisfação realizados em Portugal, no âmbito dos cuidados de saúde primários, se tem verificado que os tempos de espera no dia da consulta constituem um dos fatores principais de insatisfação (Pedro Lopes Ferreira et al., 2005; Santos et al., 2007) ou o aspeto que menos satisfação reúne (Ferreira et al., 2010).

Persiste a dificuldade da unidade de saúde adotar mecanismos mais céleres e eficazes de contato com os utentes, designadamente o recurso às novas tecnologias como internet e correio eletrónico.

O mesmo acontece em relação às falhas no atendimento ao público não presencial que, no esclarecimento de dúvidas, poderia eventualmente eliminar barreiras e constrangimentos.

Reportando agora ao estudo do Centro de Saúde de Carnaxide, cerca de 48% dos utentes estavam “Satisfeitos ou Muito Satisfeitos” com o atendimento telefónico (Saúde, 2004), o que contraria os resultados do presente estudo. Analisando os resultados obtidos no estudo realizado por Ferreira, Raposo e Godinho (Pedro Lopes Ferreira et al., 2005), a questão “facilidade em falar pelo telefone com o médico” é 39,6% no item “Má”. Analisando o índice de satisfação, este estudo corrobora com o estudo de Ferreira, Raposo e Godinho (Pedro Lopes Ferreira et al., 2005), em que os inqueridos apresentam uma grande insatisfação principalmente com o tempo de espera na sala de espera. É de destacar que também no estudo de Ferreira (Ferreira, 1999), no indicador respeitante à organização dos serviços, se constatou uma grande insatisfação generalizada.

McIntyre *et al.*, (McIntyre, 2002), Freitas *et al.*, (FREITAS, 2008) e Colaço e Santo (COLAÇO, 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. No estudo “*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 (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 da unidade em estudo estão insatisfeitos com aspetos como o tempo de espera e facilidade em marcar consultas. A eficiência organizativa é, assim, posta em causa na avaliação feita pelos inquiridos.

7.4.6. Satisfação Global EUROPEP

Na ausência de um padrão para a satisfação dos utentes, é difícil classificarmos a percentagem de utentes satisfeitos neste estudo como «alta» ou «baixa». No entanto, utilizando apenas como ponto de referência o valor de 50% para ponto de corte, já utilizado por outros autores (Roos et al., 1993), obtiveram-se valores de satisfação global (superiores a 50%) na maioria dos utentes, com 65,90% para quem tem médico de família e 62,63% para quem não tem médico de família (Tabela 22).

Em relação à variável género (Tabela 23) verifica-se uma satisfação global nos domínios EUROPEP muito semelhante, nomeadamente 65,30% para sexo masculino e 64,03% para o sexo feminino. Os homens apresentam-se ligeiramente mais satisfeitos que as mulheres com os domínios EUROPEP. Este resultado, semelhante em outros estudos de satisfação, poderá dever-se nesta questão a uma maior exigência do sexo feminino.

No que concerne à análise das frequências das variáveis, verifica-se que, relativamente a satisfação global, mais de metade dos inquiridos referem estar satisfeitos. Este resultado está de acordo com os estudos desenvolvidos em Portugal e já referidos no capítulo 3, ponto 3 “Estudos de Satisfação de Utentes: Portugueses e Internacionais” (Tabela 2), e também em diferentes países como o Canadá, EUA, Inglaterra e Finlândia (Fitzpatrick, 1997 cit in Vilaverde *et al.*, (Villaverde, 2002)).

A literatura existente diz-nos que a característica comum em todos os estudos da satisfação, são os elevados índices de satisfação global apresentados, o que corrobora com uma limitação inerente à avaliação da satisfação que é o facto de, tendencialmente, os utentes aquando inquiridos anunciarem elevados níveis de satisfação.

Uma hipótese explicativa para este fato aponta no sentido de que o efeito da gratidão e a atitude de reconhecimento dos utentes podem condicionar a avaliação que fazem dos cuidados prestados. Porém, podemos estar perante um baixo nível das expectativas e de exigências dos utentes portugueses em relação aos serviços públicos de saúde, em que a qualidade dos aspetos organizacionais e de gestão é minimizada face ao impacto de ter sido cuidado e observado numa unidade de saúde (Ferreira *et al.*, 2001).

É necessário observar que um dos limites de metodologias por questionário, logo após a consulta, pode induzir ao viés da gratidão, principalmente ao se tratar de um serviço público que pode gerar receios em perder o acesso aos mesmos serviços. Os resultados encontrados mostram que os itens constituem bons indicadores do constructo que se pretender medir - **Satisfação** - e que os fatores se encontram devidamente individualizados. Em relação à satisfação, os resultados mostram cinco dimensões robustas, que permitem um entendimento bastante lato da satisfação dos utentes. Algumas destas dimensões - cuidados médicos, acessibilidade e organização dos serviços - encontram paralelismos em outras validações do questionário EUROPEP, como em Bjertnaes *et al.* (Bjertnaes *et al.*, 2011) e Dagdeviran, Akturk (Dağdeviren & Akturk, 2004).

Contudo, as restantes dimensões não se encontram em outros estudos, o que pode ser atribuído ao facto de a versão portuguesa do EUROPEP englobar mais itens do que a versão original. Este incremento de itens vai ao encontro da realidade dos cuidados de saúde primários portugueses.

7.4.7. Indicadores das áreas específicas

Neste estudo, um dos indicadores avaliados foi o referente aos profissionais da unidade (médicos, enfermeiros e administrativos), nomeadamente a forma como são avaliados pelos seus utentes. Foi analisada a pontualidade destes profissionais, a cortesia e o carinho com que recebem e tratam os utentes, e, por fim, a avaliação que fazem respeitante à preocupação que, em geral, o pessoal da unidade manifesta com os seus utilizadores.

Na globalidade, os profissionais da unidade são avaliados de forma positiva, muito embora o pessoal de enfermagem seja o mais bem valorizado pelos utentes, facto que, possivelmente, se justifica pela maior disponibilidade de tempo efetivo com o utente, não só na vertente curativa mas também na preventiva e de vigilância. Também Schoenfelder (Schoenfelder, 2012) constatou no seu estudo que as relações interpessoais, sobretudo a nível da interação entre enfermeiro e doente, são fortes promotoras de satisfação e mais valorizadas pelos doentes que as amenidades e os aspetos técnicos ou organizacionais dos cuidados.

Em relação à pontualidade dos profissionais é, em relação à classe médica, a que causa mais insatisfação nos utentes inqueridos. No entanto, é com a área administrativa que os utentes reconhecem e avaliam níveis ainda deficitários de competência, cortesia e carinho. Comparativamente, no estudo realizado por Ferreira, Raposo e Godinho (Pedro Lopes Ferreira et al., 2005), a pontualidade dos profissionais é também classificada como “Razoável”. O mesmo se constata no estudo da Sub-região de Saúde de Viseu (Pedro Lopes Ferreira et al., 2005). De igual forma, também Ferreira (Ferreira, 2009) avaliou a pontualidade, onde os utentes se mostraram na sua maioria “Bastante Satisfeitos”. Contudo, Ferreira (Ferreira, 1999) apresenta conclusões um pouco diferentes, onde os utilizadores consideraram a pontualidade dos profissionais como má. Conclui, também, que o sexo e a idade, talvez por estarem associados a idade e expectativas diferentes, influenciam significativamente a avaliação que é feita da pontualidade dos profissionais.

Verifica-se neste estudo, que a variável idade não tem influência na satisfação em relação às áreas específicas. Contudo, à medida que a idade avança, mais alta é também a avaliação da satisfação. Uma explicação possível é a eventual diminuição de expectativas ou uma melhor atenção dedicada aos utentes mais idosos.

Esta diferença de satisfação é menos evidente nas classes etárias mais jovens, e, curiosamente, é nos utentes sem médico de família que se verificam níveis mais altos de satisfação.

Um dos objetivos de qualquer entidade de prestação de cuidados de saúde é responder às legítimas expectativas dos seus utilizadores. Aspetos como o conforto, a limpeza da unidade e os serviços prestados ao domicílio foram avaliados. É de registar que, no presente estudo, a atribuição referida ao conforto geral da unidade em estudo, é menos boa do que a limpeza. No estudo de Ferreira (Ferreira, 2000), foram obtidos resultados idênticos. A avaliação atribuída ao conforto foi menos pontuada que a limpeza. Parte da amostra considerara a limpeza e o conforto como mau, apresentando resultados de 5% e 21, 3%, respetivamente, tendo sido os elementos do sexo masculino e os mais idosos que avaliaram mais positivamente qualquer um destes indicadores. Estes resultados contrastam com os do atual estudo, onde se verifica que é a classe mais idosa que se sente menos confortável em comparação com os utentes mais jovens. Resumindo, os utentes participantes do estudo demonstram, de uma forma geral, uma satisfação global positiva, quer em relação aos indicadores EUROPEP quer aos indicadores referentes às áreas específicas. As dimensões que reúnem maior satisfação são “Relação e Comunicação”, referente às dimensões EUROPEP, e os “Recursos Humanos”, dimensão relativa às áreas específicas. Dentro destes destaca-se a competência, cortesia e o carinho do pessoal de enfermagem e alguma insatisfação no que concerne à abordagem ao utente pela parte administrativa.

Como aspetos menos positivos no item “Organização dos Serviços”, evidencia-se o “tempo de espera” e a “facilidade em marcar uma consulta e /ou falar com o médico pelo telefone”, distanciando-se claramente, em termos de média de satisfação, de todos os outros itens avaliados. Estes são compatíveis com o estudo de Oliveira (Oliveira, 2012), que avalia uma unidade de saúde e obteve um índice de satisfação global de 53,3%, com médias mais elevadas no determinante “relação e comunicação” e a mais baixa na “organização dos serviços”.

Em 2001, no estudo designado «A voz dos utentes dos Centros de Saúde», o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), em parceria com o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), aplicaram novamente o questionário EUROPEP, tendo respondido um total de 4.714 utentes, inscritos em 194 Centros de Saúde, o que correspondeu a 54% do universo dos utentes dos Centros de Saúde do Continente (Saude, 2003). A nível Nacional, a maioria dos utentes forneceu uma avaliação positiva dos cuidados. Em ambos os estudos as dimensões dos cuidados de saúde primários que provocam mais satisfação aos utentes são a “Relação e Comunicação”, os “Cuidados Médicos” e a “Informação e Apoio”, enquanto as que provocam mais insatisfação são a “Continuidade e Cooperação” e a “Organização dos Serviços”, (Ferreira, 1999; Saude, 2003).

Também (Chaves et al., 2016), avalia a satisfação do utente numa Unidade de Saúde referindo que determinantes como a relação e comunicação, os cuidados médicos, a informação e apoio, e a continuidade e cooperação, foram classificados em todas as questões com mais de 50% das respostas sendo “muito boa”. A organização dos serviços foi o determinante com avaliações mais baixas, tendo sido as respostas mais frequentes “boa”. Igualmente, Machado (Machado, 2012) estuda a satisfação dos utentes de um Agrupamento de Centros de Saúde em que as dimensões com maior satisfação foram a relação e comunicação e, em contrapartida, os níveis mais baixos de satisfação, embora positivos, foram relativos à organização dos serviços e continuidade e cooperação. O tempo de espera na sala de espera, referente à organização dos serviços, foi, entre todos, o aspeto com pior avaliação.

Para Mendes *et al.* (Mendes et al., 2013), que estuda os utentes de 16 unidades de cuidados de saúde primários, os fatores organizacionais e de atendimento são os que apresentaram maior índice de satisfação. O espaço lúdico para crianças, os meios de apoio a deficientes e utilidades apresentaram menor índice de satisfação.

Num serviço de urgência italiano, no estudo de Messina *et al.* (Messina et al., 2014), verificaram-se apenas dois determinantes com influência significativa na satisfação global: receber informação contínua do pessoal sobre eventuais atrasos com influência positiva e o tempo de espera para o exame com influência negativa. Os resultados mostraram elevados níveis de satisfação, embora possam existir melhorias na organização da alta do utente e na comunicação. No presente estudo, os resultados obtidos, embora sejam relativos a uma unidade de um ACES entre muitos criados pela reforma, poderão significar que a prestação de cuidados de saúde está a evoluir favoravelmente e de encontro às expectativas dos utentes.

Das variáveis, enquanto hipotéticos determinantes da satisfação dos utentes, realça-se que as que evidenciam um efeito significativo sobre a generalidade das dimensões e que determinam diferenças na satisfação são: sexo (feminino), local de residência (zonas urbanas), habilitações literárias (ensino secundário), com e sem médico de família. Na idade, os resultados demonstram que os jovens (< 25 anos) são os menos satisfeitos quanto aos cuidados médicos prestados, organização dos serviços e recursos humanos, o que corrobora os resultados obtidos noutros estudos em que os jovens se manifestam como os menos satisfeitos (Ferreira et al., 2001; Hespanhol et al., 2005; Jackson et al., 2001).

A existência de utentes sem médico de família é ainda uma realidade. Urge a adoção de estratégias de recurso e a contratação de mais profissionais nos cuidados de saúde primários, de forma a prestar

cuidados de alto nível, com a confiança e a acessibilidade necessária, para que todos os cidadãos portugueses possam ter um médico de família, não de forma obrigatória, mas por escolha pessoal.

CAPÍTULO 8. PRINCIPAIS CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE INVESTIGAÇÃO FUTURA

Sendo a satisfação um tema complexo e de difícil avaliação, é, no entanto, inequivocamente incontornável quando o objetivo é o sucesso de uma instituição. A mesma é tida como um elemento estrutural das organizações de saúde, estando associada à qualidade. Sendo a satisfação considerada uma meta a atingir, os resultados da investigação nesta área deverão contribuir para a melhoria da organização de saúde em questão.

A opinião do utente é um elemento fulcral na monitorização da qualidade das organizações de saúde, assim como é um pilar fundamental na tomada de decisão. Todas as organizações de saúde só têm uma razão de ser: o utente. É este que se pretende satisfeito pela excelência dos cuidados que se lhe dedica. Para isso, e tendo em conta que o cidadão é o elemento central de um sistema de saúde, é de particular importância desenvolver estudos que avaliem as preferências dos utentes de forma segmentada, mais personalizada, para satisfazer o maior número de indivíduos (Nascimento & Jesuíno, 2003).

Este estudo teve como principal finalidade mensurar os índices de satisfação dos utentes, com e sem médico de família, na UCSP do ACES Oeste Norte, através do questionário EUROPEP, permitindo assim documentar as suas experiências com a unidade de saúde e com os resultados dos cuidados prestados, demonstrando as suas satisfações e insatisfações. Para além disso, permitiu compreender um pouco melhor quais os determinantes da satisfação nos cuidados de saúde primários. Os seus resultados podem ser usados para áreas mais carentes de uma intervenção por parte de auditores e gestores de qualidade, permitindo mesmo uma afetação mais orientada dos recursos, sempre escassos.

Na literatura, os estudos da satisfação nem sempre são concensuais nos resultados no que diz respeito à influencia de certos determinantes na satisfação. Isto pode ser explicado pelo fato de não existirem serviços iguais, ou seja, cada serviço tem a sua identidade e conseqüente percepção por parte dos utentes.

Poder-se-á afirmar que a **amostra** estudada:

- É predominantemente feminina;
- Com uma média etária de 47 anos de idade;
- As idades da amostra estão compreendidas entre os 18 e 90 anos de idade;

- A média das idades do sexo masculino (52,57%) é superior à do sexo feminino (44,05%), sendo esta diferença estatística extremamente significativa ($p < 0,05$);
- Grande parte residente em zona urbana;
- A maioria casados;
- Maioritariamente com um grau de ensino ao nível do secundário;
- Grande parte laboralmente ativos;
- Maioritariamente com consultas recorrentes e /ou vigilâncias de programas;
- Mais de metade com médico de família atribuído;
- Para ambos os géneros, masculino e feminino, o estado de saúde foi considerado “Bom”.

Relativamente a **satisfação** conclui-se que:

- O sexo feminino apresenta uma satisfação global ligeiramente inferior ao sexo masculino;
- O sexo feminino apresenta-se mais insatisfeito com a “Organização dos Serviços” e o sexo masculino com a “Relação e Comunicação”;
- Há uma assimetria na satisfação em relação a quem tem médico de família, sendo estes os mais satisfeitos;
- Verifica-se diferenças estatisticamente significativas ao nível da variável “médico de família” nas dimensões: “Relação e Comunicação”, “Cuidados Médicos” e “Continuidade e Cooperação”;
- As dimensões com maior índice de satisfação global são “Relação e Comunicação” e “Cuidados Médicos”;
- As dimensões com menor índice de satisfação global são “Organização dos Serviços” e “Continuidade e Cooperação”;
- A insatisfação com a “organização dos serviços” é comum a quem tem e a quem não tem médico de família, com ligeira predominância para quem tem;
- Como aspetos menos satisfatórios salientam-se o tempo de espera, o contacto telefónico para a unidade/médico, a facilidade em marcar uma consulta e o conforto da unidade;
- A nível de recursos humanos destaca-se a competência, a cortesia e o carinho pela equipa de enfermagem;
- É na faixa etária dos 25-44 anos que a satisfação global é maior;
- Se por um lado os jovens (<25 anos) avaliam menos favoravelmente a “Organização dos Serviços”, por outro, os mais velhos (≥ 65 anos) são os que apresentam maior satisfação;

- Todas as idades revelam insatisfação quanto à rapidez do atendimento, sendo este o item pior avaliado.

No presente estudo os resultados que se destacam são: a boa avaliação da relação entre utentes e profissionais e as críticas em relação à organização dos serviços e aos tempos de espera para consultas.

Em relação à acessibilidade, os utentes avaliam negativamente os tempos de espera pela consulta, o sistema de marcação de consulta, o tempo de espera no dia da consulta e o atendimento telefónico, sendo que estes resultados estão de acordo com outros estudos já efetuados.

Os resultados sugerem, no entanto, e porque os desejos, as necessidades e as expectativas dos utentes estão em constante mutação, que a unidade de saúde deve adotar formas de organização e gestão dinâmicas, permanentemente ajustáveis ao perfil dos seus utilizadores. Ao centrar-se a atenção na opinião dos utentes, está-se, necessariamente, a preocupar com a forma como os cuidados de saúde satisfazem as suas necessidades objetivas e subjetivas e como contribuem para manter ou melhorar o seu estado de saúde e a sua qualidade de vida. Os resultados demonstram que a dimensão relacional, pela representatividade evidenciada, deve ser valorizada e considerada, cada vez mais, como parte integrante das competências dos prestadores, pois, o próprio conceito de qualidade evoluiu da dicotomia das dimensões técnica e humana, integrando novas dimensões que vão desde a satisfação à continuidade de cuidados. Demonstram também, que a grande vantagem de inquéritos como este é permitirem identificar problemas que de outro modo seriam de muito difícil deteção ou que demorariam tempo de mais a serem referenciados.

Sendo assim, as hipóteses que este estudo correlacional testou são rejeitadas, na medida em que se verifica que as variáveis “ter ou não médico de família”, “género” e “idade” influenciam, direta e indiretamente, a satisfação dos utentes com os cuidados que são prestados na unidade em estudo. Os resultados levam à reflexão de que: as melhorias de qualidade dos serviços de saúde têm sido difíceis de concretizar, não só porque estas exigem uma mudança fundamental na forma de pensar e de agir que conduzem a alterações de comportamentos, hábitos e de práticas estabelecidas, mas também porque a mudança requer tempo e persistência e uma adequada combinação, ao longo do tempo, de autoridade e participação, de segurança e flexibilidade, de aproveitamento de forças externas e internas, de atuação sobre fatores estruturais e comportamentais, e porque o conceito de qualidade se aplica, de forma transversal, a todos os procedimentos, desde o ato de atendimento, à qualidade dos serviços prestados por todos os profissionais (médico, enfermeiro, administrativos, assistentes técnicos e operacionais), à qualidade dos equipamentos e seu desempenho (Pereira,

2003). Assim, corroborando com outros autores, e apesar de a literatura nos indicar que os estudos relativos à satisfação dos utentes são objeto de crítica e considerados insuficientes para avaliar a qualidade dos serviços prestados, parece também consensual que deve ser dada a possibilidade aos utentes de se exprimirem relativamente aos cuidados e serviços prestados pelo sistema de saúde pois, de alguma forma, a opinião dos mesmos afeta a sua relação com os serviços de saúde e com os profissionais.

A nível organizacional propõe-se a melhoria dos aspetos identificados como menos satisfatórios, o que em muitas situações pode não implicar um acréscimo de custos para a organização, apelando apenas a mudanças na cultura organizacional. Propõe-se, igualmente, avaliar como e em que medida se podem envolver os utentes e os profissionais de saúde na reformulação das práticas dos cuidados de saúde.

Assim, será fulcral identificar e aperfeiçoar os canais e circuitos de comunicação interna entre os profissionais para melhorar o exercício de atividade, promovendo a produtividade, a eficiência e a eficácia no desempenho das funções atribuídas a cada um dos serviços. Sugere-se, também, o aperfeiçoamento da informação disponibilizada, nomeadamente a relacionada com os cuidados de saúde, evidenciando a transparência das atividades, reforçando a visibilidade dos resultados e metas atingidas, desenvolvendo uma atividade pró-ativa junto dos profissionais.

Tal como noutros estudos, também este apresenta limitações que importa referir e que poderão ser ultrapassadas em investigações futuras.

8.1. Limitações

As principais limitações do estudo são de duas naturezas. Primeiro, o estudo foi desenvolvido com uma amostra de conveniência, com dados obtidos apenas num período limitado de tempo e em que a causalidade entre as variáveis não pôde ser comprovada, pelo que os seus resultados são válidos apenas no contexto estudado. Segundo, atendendo que as variáveis independentes e dependentes foram recolhidas no mesmo instrumento de recolha de dados, e ao mesmo tempo, podem ocorrer problemas relacionados com a variância do método comum (Podsakoff et al., 2003).

O facto de o estudo ocorrer numa amostra não probabilística e de conveniência, não permite que os resultados possam ser generalizados para a população geral.

É necessário observar que um dos limites da metodologia por questionário, logo após a consulta médica, pode induzir a uma certa tendência de gratidão, principalmente ao se tratar de um serviço público que pode gerar receio nos utentes em perder o acesso ao serviço.

8.2. Sugestões para investigação futura

A realização deste trabalho deixa, com certeza, algumas questões por responder e que não são abarcadas pelo tema desta investigação, mas que podem suscitar o interesse em pesquisas futuras. Sugere-se, assim, a continuação da realização de estudos com utilização de métodos qualitativos e quantitativos combinados, de forma a monitorizar os resultados das intervenções realizadas, e a realizar, em prol dos utentes e da prestação de cuidados de qualidade nas unidades de saúde. É igualmente importante fazer bom uso daquilo que se vai conhecendo através das perceções e das escolhas dos utentes e, construtivamente, apelar às alterações corretivas que se impõem. Assinala-se, por fim, a importância de se fazerem mais pesquisas que clarifiquem se a elevada satisfação é uma questão de gratidão ou de baixas expectativas face aos serviços de saúde.

É igualmente importante a inclusão de outros estudos com recurso ao mesmo instrumento, os quais poderão futuramente permitir perceber as realidades percecionadas em outras unidades de saúde do mesmo ACES e por conseguinte melhorar a comparabilidade dos resultados obtidos.

Os utentes têm direito a ter informação sobre o desempenho das várias organizações de saúde. As próprias organizações necessitam também de saber o seu posicionamento face às restantes, de modo a que os seus êxitos sejam partilhados e que os pontos fracos possam ser identificados e constituam uma oportunidade e um ponto de partida para novas intervenções de mudança.

Fica a convicção que os cidadãos de um país são capazes de identificar, ou pelo menos sentir, a qualidade do seu sistema de saúde. Podem individualmente abstrair-se pelo acessório, pode o brilho da tecnologia sobrepor-se ao carinho da assistência, pode a eficiência das manobras dispensar a informação, mas, mesmo sem dimensão objetiva, o cidadão reconhece a qualidade e respeita o esforço dos que contribuem para os seus ganhos em saúde, reconhece-o sempre, e, direta ou indiretamente, acaba por recompensar quem por ele lutou (Campos, 2001).

Implicitamente, estamos a falar da capacidade de implementar mudanças efetivas que permitam melhorar o sistema de saúde, respondendo às reais necessidades dos seus utilizadores e garantindo

princípios de equidade e de igualdade. A mudança é fundamental para se atingir a qualidade desejada.

Pode-se concluir quão complexa é a medição eficaz da satisfação dos utentes, fato que pode ser demonstrado pela multiplicidade de variáveis intervenientes no processo, quer inerentes ao utente quer ao prestador, ou ainda à organização dos cuidados.

Acredita-se ter contribuído de alguma forma para o desenvolvimento da investigação na área da gestão e da saúde, incentivando futuras investigações. O conhecimento constante e atualizado apenas é possível através da realização de estudos de investigação nas diversas áreas científicas. A saúde não é exceção, onde a satisfação dos utentes tem merecido maior destaque, uma vez que representa um indicador de qualidade.

Espera-se dos profissionais e dos gestores não só as habilitações e a disponibilidade para o trabalho em equipas multiprofissionais, mas também a partilha dos conhecimentos, tais como os que conduzem à capacidade de liderança, e dos saberes que lhes permitam utilizar, de forma eficiente os instrumentos de gestão ao seu dispor. Podemos considerar que gerir é avaliar, responsabilizar, transmitir, exigir, para conduzir pessoas com saber, competência e rigor assente em informação e conhecimento (Escoval, 2003).

Este trabalho, do ponto de vista académico contribuiu para um enriquecimento e consolidação de conhecimentos, do ponto de vista profissional esclareceu ainda mais a perceção das expectativas dos utentes e do ponto de vista pessoal elevou o crescimento enquanto cidadã.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (ACS), A. d. C. d. S. (2007). Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Proposta para a reconfiguração dos centros de saúde: Criação do agrupamento de centros de saúde.
- Aragon, S. J., & Gesell, S. B. (2003). A patient satisfaction theory and its robustness across gender in emergency departments: a multigroup structural equation modeling investigation. *Am J Med Qual*, 18(6), 229-241. <https://doi.org/10.1177/106286060301800603>
- Aspinal, F., Addington-Hall, J., Hughes, R., & Higginson, I. J. (2003). Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *J Adv Nurs*, 42(4), 324-339. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02624.x>
- Atun, R. (2004). What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services. *Copenhagen: World Health Organization Publisher*.
- Baganha, M. I., Ribeiro, J. S., & Pires, S. (2002). O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. *Oficina do CES*, 182, 1-33.
- Barbosa, P. (2009). O impacto das políticas de saúde na satisfação de utentes e no acesso aos cuidados de saúde primários: Estudo de caso na unidade de saúde familiar Marginal. *Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, Portugal*.
- Biscaia, A., Martins, J. N., Carreira, M., Gonçalves, I. F., Antunes, A. R., & Ferrinho, P. (2008). Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos. *Lisboa, Padrões Culturais Editora, 2ª Edição*.
- Bjertnaes, O. A., Lyngstad, I., Malterud, K., & Garratt, A. (2011). The Norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: data quality, reliability and construct validity. *Fam Pract*, 28(3), 342-349. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmq098>
- Blank, N., & Diderichsen, F. (1996). The prediction of different experiences of longterm illness: a longitudinal approach in Sweden. *J Epidemiol Community Health*, 50(2), 156-161. <https://doi.org/10.1136/jech.50.2.156>
- Brandão, A. (2011). *Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento europep para grandes centros urbanos brasileiros uma aplicação na comunidade de Manguitos*. ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA]. http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fbvssp.icict.fiocruz.br%2Flidbi%2Fdocsonline%2Fget.php%3Fid%3D2399&ei=asGSUcOAMlar7AaqYDwDg&usg=AFQjCNGfA_7aI_0yY3gifUopwA_WIEIVuQ

- Brandão, A. L., Giovanella, L., & Campos, C. E. (2013). [Evaluation of primary care from the perspective of users: adaptation of the EUROPEP instrument for major Brazilian urban centers]. *Cien Saude Colet*, 18(1), 103-114. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232013000100012> (Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros.)
- Bruce, J. (1990). Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Stud Fam Plann*, 21(2), 61-91.
- Campbell, S. M., Braspenning, J., Hutchinson, A., & Marshall, M. (2002). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Qual Saf Health Care*, 11(4), 358-364. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.4.358>
- Campenhoudt, L. V., & Quivy, R. (2003). Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa. In: Gradiva.
- Campos, A. d. (2001). Sistemas locais de saúde e centros de saúde: início da reforma do sistema de saúde? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 17(1), 65-73.
- Cape, J. (2002). Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. *Br J Gen Pract*, 52(485), 1004-1006.
- Carvalho, R. d. C., MA. (2013). Satisfação dos imigrantes chineses com os Cuidados de Saúde Primários: relatório de um estudo realizado numa unidade de saúde da ARSC. *Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitaria*.
- Ceron, M. (2013). Habilidades de Comunicação: Abordagem centrada na pessoa. *São Paulo: UNASUS, UNIFESP*.
- Chaves, C., Duarte, J., Mateus, T., Castro, C., Marques, C., Costa, C., Moreira, C., Coelho, K., Silva, R., & Santos, V. (2016). Satisfação dos utentes da unidade de saúde de Tondela. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*(43), 47-77.
- Cleary, P. D., & McNeil, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25(1), 25-36.
- COLAÇO, T. S., Maria Espírito (2008). *Grau de satisfação dos utentes da USF Horizonte: avaliação em 2007 vs 2001 Instituto politécnico de Viseu*]. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1672/1/PONTINHA%20Carlos%20Manuel%20Rodrigues%20-%20DM%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20utentes%20cuidados%20sa%C3%BAde.pdf>
- Correia, C. (2010). Cuidados de saúde primários: Investir na saúde, construir a mudança. *Serviço Nacional de Saúde*. <https://pns.dgs.pt/op-csp/>

- Dağdeviren, N., & Akturk, Z. (2004). An evaluation of patient satisfaction in Turkey with the EUROPEP instrument. *Yonsei Med J*, 45(1), 23-28. <https://doi.org/10.3349/ymj.2004.45.1.23>
- Davies, A., & Ware, J. (1988). Involving Consumers in Quality of Care Assessment. *Health affairs (Project Hope)*, 7, 33-48. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.7.1.33>
- Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, 28/2008 Diário da República 1182 - 1189 (2008). <https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>
- Deloitte. (2011). *Saúde em análise. Uma visão para o futuro*. [https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/pt\(pt\)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf](https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf)
- Denton, M., & Walters, V. (1999). Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. *Soc Sci Med*, 48(9), 1221-1235. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00421-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00421-3)
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Jama*, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Donabedian, A. (1989). Institutional and professional responsibilities in quality assurance. *Qual Assur Health Care*, 1(1), 3-11. <https://doi.org/10.1093/intqhc/1.1.3>
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.
- Donahedian A. Ann Arbor, M. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment Exploration in quality assessment and monitoring in Quality Assessment and Monitoring. *Health Administration Press*, 1. <https://psnet.ahrq.gov/issue/definition-quality-and-approaches-its-assessment-vol-1-explorations-quality-assessment-and>
- Escoval, A. (2003). Gerir Serviços de Saúde em contexto de mudança. . *Revista da Ordem dos Enfermeiros*(10).
- Esperidião, M. A., & Trad, L. A. (2006). [User satisfaction assessment: theoretical and conceptual concerns]. *Cad Saude Publica*, 22(6), 1267-1276. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2006000600016> (Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais.)
- Estratégica, C. (2010). *O que está a mudar nos cuidados de saúde primários em Portugal?* http://www.mcsp.minsaude.pt/Imgs/content/page_105/texto01-oqueestamudarnoscpemportugal.pdf
- Estratégica, C. (2011). *Reforma dos cuidados de saúde primários: Relatório de progresso 2*

- Fan, V. S., Burman, M., McDonell, M. B., & Fihn, S. D. (2005). Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *J Gen Intern Med*, 20(3), 226-233. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40135.x>
- Ferreira, P. (2011). Qual a sua opinião sobre esta Unidade de Saúde (UCSP) Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE [Internet]. *Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)*.
- Ferreira, P. L. (1991). Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde.
- Ferreira, P. L. (1999). A voz dos doentes: satisfação com a medicina geral e familiar. *Direcção Geral da Saúde*, 1-57.
- Ferreira, P. L. (2000). Avaliação dos doentes de cuidados primários-enquadramento conceptual. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 16(1), 53-62.
- Ferreira, P. L. (2009). *Monitorização da satisfação dos utilizadores da ULSNA*.
- Ferreira, P. L., Antunes, P., & Portugal, S. (2010). O valor dos cuidados primários: perspectiva dos utilizadores das USF-2009. *Lisboa: Ministério da Saúde*.
- Ferreira, P. L., Luz, A., Valente, S., Raposo, V., Godinho, P., & Felício, E. D. (2001). Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 53-61.
- Ferreira, P. L., & Raposo, V. (2006). A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 22(3), 285-296.
- Ferreira, P. L., Raposo, V., & Godinho, P. (2005). *A voz dos utilizadores dos centros de saúde*.
- Ferreira, P. L., Raposo, V., & Godinho, P. (2005). A voz dos utilizadores dos Centros de Saúde-europep 2003/2004 [Internet]. *Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra*.
- Ferreira, P. L., Raposo, V. M., & Pisco, L. (2017). The voice of Primary Care patients in the Lisbon and Tagus Valley region of Portugal. *Cien Saude Colet*, 22(3), 747-758. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33252016> (A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal.)
- Fitzpatrick, R. (1991). Surveys of patients satisfaction: I--Important general considerations. *BMJ: British Medical Journal*, 302(6781), 887.
- Fitzpatrick, R. (1993). Scope and measurement of patient satisfaction. *Measurement of patients' satisfaction with their care*, 1-17.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. In: Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M.-F., & Salgueiro, N. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*.

- Franco, M. J. B., & Florentim, R. J. d. S. (2006). A satisfação dos utentes em serviços de saúde: um estudo exploratório sobre o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24(1), 21-35.
- FREITAS, A. A., Carina; NETO, Cláudia; RAMOS, Cristina. (2008). Avaliação da Satisfação dos Utesntes da USF Novo Cuidar, CS Fafe. *Revista Portuguesa Clínica Geral*(24).
- Fylkesnes, K. (1993). Determinants of health care utilization--visits and referrals. *Scand J Soc Med*, 21(1), 40-50. <https://doi.org/10.1177/140349489302100107>
- Garvin, D. A., & Quality, W. D. P. (1984). Really mean. *Sloan management review*, 25, 25-43.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (2001). O inquérito: teoria e prática. Oeiras: Celta Editora. Goodnow, J.(1992). *Desenho de Crianças*.
- Gonçalves, J. D. O. (2010). *Qualidade de vida dos doentes oncológicos submetidos a cirurgia, satisfação com os cuidados e informação recebida durante o internamento FEUC*].
- Graça, L. (1999). A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde. Instrumentos para a Melhoria Contínua da Qualidade.
- Grogan, S., Conner, M., Willits, D., & Norman, P. (1995). Development of a questionnaire to measure patients' satisfaction with general practitioners' services. *Br J Gen Pract*, 45(399), 525-529.
- Guadagnino, C. (2003). Role of patient satisfaction. *Physician's News Digest*, 6.
- Guthrie, B. (2002). Continuity in UK general practice: a multilevel model of patient, doctor and practice factors associated with patients seeing their usual doctor. *Fam Pract*, 19(5), 496-499. <https://doi.org/10.1093/fampra/19.5.496>
- Guthrie, B., & Wyke, S. (2006). Personal continuity and access in UK general practice: a qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter. *BMC Fam Pract*, 7, 11. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-7-11>
- Hespanhol, A., Ribeiro, O., & Costa-Pereira, A. (2005). Assegurar qualidade no Centro de Saúde São João: satisfação dos utentes. *Arquivos de Medicina*, 19(5-6), 191-197.
- HK, H. (1978). Consumer satisfaction and dissatisfaction: a developing methodology. *AMA Business Proceedings*, 245-250.
- Hulka, B. S., & Wheat, J. R. (1985). Patterns of utilization. The patient perspective. *Med Care*, 23(5), 438-460. <https://doi.org/10.1097/00005650-198505000-00009>
- Irvine, D., & Irvine, S. (1996). *The Practice of Quality: Changing General Practice* CRC Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1201/9781315377308>
- Jackson, J. L., Chamberlin, J., & Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social science & medicine*, 52(4), 609-620.

- Kotler, P., & Lee, N. (2008). *Marketing no setor público: um guia para um desempenho mais eficaz*. Bookman.
- Kurata, J. H., Nogawa, A. N., Phillips, D. M., Hoffman, S., & Werblun, M. N. (1992). Patient and provider satisfaction with medical care. *J Fam Pract*, 35(2), 176-179.
- Laine, C., Davidoff, F., Lewis, C. E., Nelson, E. C., Nelson, E., Kessler, R. C., & Delbanco, T. L. (1996). Important elements of outpatient care: a comparison of patients' and physicians' opinions. *Ann Intern Med*, 125(8), 640-645. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-125-8-199610150-00003>
- Lei Constitucional n.º 1/2001, 1/2001 Diário da República 8172 - 8217 (2001). <https://dre.pt/pesquisa/-/search/577358/details/maximized>
- Leventhal, H. Z., R.; Gutman, M. (1984). Compliance: A self regulation perspective. In Handbook of Behavioral Medicine. In *Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 437-478). Guildford Press.
- Linder-Pelz, S. U. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med*, 16(5), 577-582. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90311-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90311-2)
- Machado, C. (2012). *Satisfação de Utentes do ACES Tâmega I–Baixo Tâmega* Instituto Politécnico do Porto. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto].
- Major, M. J., & Magalhães, A. (2014). Reestruturação do serviço nacional de saúde em Portugal: balanço da empresarialização dos hospitais públicos portugueses. *Revista de Administração (São Paulo)*, 49(3), 476-490.
- Malik, A. M., & Schiesari, L. M. C. (1998). Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. In *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde* (pp. 227-227).
- Marôco, J. (2011). Análise estatística com o SPSS Statistics: ReportNumber. *Pêro Pinheiro*, 2011, 531.
- Marques, T. P. d. S. (2010). *Da qualidade à satisfação do utente: Serviço de colheitas de sangue e o seu contributo para a satisfação do utente*
- MARTINS, J. C. A. (2010). Informação em saúde: perspectiva ética. *Revista Sinais Vitais*(34), 18-21.
- 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., & Silva, S. (1999). Estudo aprofundado da satisfação dos utentes dos serviços de saúde na região norte: Relatório Final Sumário. *ARS-Norte e UM*.
- McIntyre, T. M. (2002). *A satisfação dos utentes dos serviços de saúde na região norte: Avaliação e divulgação*.

- Meehan, K. (1999). A study of levels patient satisfaction with urban and rural emergency nursing care has uncovered some interesting results. *Australian Journal of Rural Health*, 7.
- Melo, M. (2005). Comunicação com o doente: certezas e incógnitas. *Loures: Lusociência*, 62.
- Mendes, F., de Fátima Mantovani, M., Gemito, M. L., & Lopes, M. J. (2013). A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 17-25.
- Messina, G., Vencia, F., Mecheroni, S., Dionisi, S., Baragatti, L., & Nante, N. (2014). Factors affecting patient satisfaction with emergency department care: an Italian rural hospital. *Glob J Health Sci*, 7(4), 30-39. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p30>
- Mezomo, J. (2001). Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos. Brasil: Editorial. In: Manole Ltda.
- Miguel, L. S., & Sá, A. B. d. (2010). Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. *Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*.
- Miralles, J. D. (2007). A excelência como modelo de qualidade total em Cuidados de Saúde Primários. *Postgraduate Medicine*, 27(1).
- Monteiro, J. M. L. (1991). Satisfação em Saúde numa perspectiva da garantia da qualidade. *Boletim do Hospital de Bragança*, 1(2).
- Nascimento, J. R., & Jesuíno, J. C. (2003). Atitudes e representações sociais em saúde. *Representações sociais: teoria e prática*, 2, 137-160.
- Neto, A., Ribeiro, L., Magalhães, L., Torres, M., & Mendes, M. (2003). Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência. *Servir*, 51(5), 214-228.
- Neto, M. A. L. (2005). Auditorias internas de qualidade em cuidados de saúde primários: Abordagem organizacional, cultural e multidisciplinar dos centros de saúde a propósito da prevenção secundária do cancro da mama. . *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*. Retrieved 7 de Junho de 2020, from http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/auditorias_internas_qualidade_em_cs_p.pdf
- Neves, A. (2002). *Gestão na administração pública*. Pergaminho/Bertrand.
- Noronha Filho, G. (1990). O que fazer da literatura sobre satisfação do paciente: uma proposta para os serviços. *Revista Portuguesa da Saúde Pública*, 8, 59-64.
- Nuno, J. (2019). Médico de Família – Obrigatório? *Diário do Minho*. <https://diariodominho.sapo.pt/2019/12/31/medico-de-familia-obrigatorio/>

- OCDE. (2015). *Patient experience with ambulatory care* (HEALTH AT A GLANCE: OECD Indicators, Issue. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1787/888933281241>)
- OECD. (2012). *Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico* (OECD health data Issue.
- Oermann, M. H., & Templin, T. (2000). Important attributes of quality health care: consumer perspectives. *J Nurs Scholarsh*, 32(2), 167-172. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2000.00167.x>
- Oliveira, A. J. E. d. (2012). *Satisfação dos utentes numa unidade de saúde do interior*
- Palmer, R. (1983). Defining Quality of Care. *Ambulatory Health Care Evaluation: Principles and Practice*. In: Chicago. American Hospital Publishing.
- Paula, A., Morgado, M., Palha, M., Moreira, R., & Marques, R. (2012). Modelos de Financiamento na Saúde. In: Vila Nova de Gaia: ESTSP.
- Peck, B. M. (2011). Age-related differences in doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Current gerontology and geriatrics research*, 2011.
- Pereira, L. F. (2003). Qualidade é ferramenta fundamental da nova estratégia para a saúde. *Qualidade em saúde*, 7, 3-8.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS.
- Pimentel, H. J. M. F. (2011). *Avaliação da satisfação dos utentes em relação aos centros de Saúde do Serviço Regional de Saúde dos Açores*
- Pinto, M. (1994). Sistemas de saúde. A reforma Portuguesa. *Revista Portuguesa de*.
- Pisco, L. (2007). A reforma dos cuidados de saúde primários. *Cadernos de Economia* (80).
- Pisco, L., & Biscaia, J. L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 43-51.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J.-Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of applied psychology*, 88(5), 879.
- Pontinha, C. M. R. (2011). *Satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde* Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu].
- Primários, G. T. p. o. D. d. C. d. S. (2012). Reagrupamento dos centros de saúde: Aspectos e princípios a ter em conta. *Administração Central do sistema de saúde (ACSS)*, 29. https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Proposta_Reconfiguracao_CS.pdf

- Ribeiro, A. (2005). O percurso da construção e a validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem. *Rev Ordem Enferm*, 16, 53-60.
- Ribeiro, A. L. A. (2003). Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. Construção e validação de um instrumento de medida. *Porto. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem S. João do Porto, para concurso de Provas Públicas para Professor Coordenador na área científica de ciências de enfermagem.*
- Rodrigues, M. A. L. (2009). Qualidade de vida e satisfação com os cuidados recebidos das doentes com carcinoma da mama em tratamento com quimioterapia por via endovenosa.
- Roque, H., Veloso, A., & Ferreira, P. L. (2016). Versão portuguesa do questionário EUROPEP: contributos para a validação psicométrica. *Revista de Saúde Pública*, 50, 61.
- Ross, C. E., & Bird, C. E. (1994). Sex stratification and health lifestyle: consequences for men's and women's perceived health. *J Health Soc Behav*, 35(2), 161-178.
- Santos, G. M. M. d. (2009). *Satisfação e qualidade: A visão dos utentes de uma unidade de reabilitação respiratória*
- Santos, O., Biscaia, A., Antunes, A. R., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R., & Charondiére, P. (2007). Os Centros de Saúde em Portugal-A satisfação dos utentes e dos profissionais. In. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa.
- Saude, I. d. Q. e. (2003). *Certificação do Serviço. Edição Revista de Setembro*. Retrieved 20/08/2020 from http://www.iqs.pt/pdf/pdfs-_gerais/CERTIF_SERVIÇO.pdf
- Saúde, M. d. (2004). Avaliação da satisfação dos utentes do C.S. de Carnaxide. <http://www.cscarnaxide.minsaude.pt/formacao/avalsatisf/sugesc.htm>.
- Saultz, J. W., & Albedaiwi, W. (2004). Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *The Annals of Family Medicine*, 2(5), 445-451.
- Schoenfelder, T. (2012). Get a good rate. *Nurs Stand*, 26(38), 61-62. <https://doi.org/10.7748/ns2012.05.26.38.61.p8417>
- Serapioni, M. (2009). Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista crítica de ciências sociais*(85), 65-82.
- Shooshtari, S., Menec, V., & Tate, R. (2007). Comparing predictors of positive and negative self-rated health between younger (25-54) and older (55+) Canadian adults: a longitudinal study of well-being. *Research on Aging*, 29(6), 512-554.
- Sigurthardottir, A. K. (1996). Satisfaction among ambulatory surgery patients in two hospitals in Iceland. *J Nurs Manag*, 4(2), 69-74.

- Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med*, 45(12), 1829-1843. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(97\)00128-7](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(97)00128-7)
- Sousa, P. A. F. d. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(SPE), 884-894.
- Starfield, B. (2008). Quality and outcomes framework: patient-centred? *Lancet*, 372(9640), 692-694. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)61124-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)61124-1)
- Starfield, B. (2009). Toward international primary care reform. *Cmaj*, 180(11), 1091-1092. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090542>
- Suda, E. Y., Uemura, M. D., & Velasco, E. (2009). Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos em uma clínica-escola de Fisioterapia de Santo André, SP. *Fisioterapia e Pesquisa*, 16(2), 126-131.
- Teixeira, J. E. M. (2006). Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do usuário no centro de saúde do Rio Tavares em Florianópolis, SC.
- Turini, B., Martins Neto, D., Tavares, M. d. S., Nunes, S. O. V., Silva, V. L. M. d., & Thomson, Z. (2008). Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(2), 264-270.
- Vaz, C. R. d. O. T. (2008). *Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência*
- Vilares, M. J., Coelho, P. S., & Cadilhe, M. (2005). *Satisfação e lealdade do cliente: metodologias de avaliação, gestão e análise*.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação. O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Villaverde, C. M. A., Silva Pedro e Mendes Hugo. (2002). *Saúde e doença em Portugal : inquérito aos comportamentos e atitudes da população portuguesa perante o sistema nacional de saúde* (3 ed.). Imprensa de Ciências Sociais.
- Vinagre, M. H., & Neves, J. (2008). The influence of service quality and patients' emotions on satisfaction. *Int J Health Care Qual Assur*, 21(1), 87-103. <https://doi.org/10.1108/09526860810841183>
- Vintém, J. M. (2008). Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(2), 5-15.
- Vuori, H. (1987). Patient satisfaction--an attribute or indicator of the quality of care? *QRB. Quality review bulletin*, 13(3), 106-108.

- Ware, J. E., Jr., Snyder, M. K., Wright, W. R., & Davies, A. R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann*, 6(3-4), 247-263.
[https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90005-8](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90005-8)
- Wears, R. L. (2005). Patient satisfaction and the curse of Kelvin. *Ann Emerg Med*, 46(1), 11-12.
<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2005.01.019>
- Weiss, G. L. (1988). Patient satisfaction with primary medical care. Evaluation of sociodemographic and predispositional factors. *Med Care*, 26(4), 383-392.
<https://doi.org/10.1097/00005650-198804000-00007>
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med*, 38(4), 509-516.
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90247-x](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90247-x)

ANEXOS

Anexo I – Consentimento informado e questionário EUROPEP

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

“Avaliação da Satisfação dos utentes da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Caldas da Rainha”

Exmo(a). Sr(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.

Neste sentido, 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 pela Enfermeira Cecília Maria Reis Pereira Cabral Sacadura, enquanto aluna do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde na Escola Superior de Gestão e Tecnologia de Santarém – Instituto Politécnico de Santarém, e engloba-se exclusivamente num estudo sobre “Avaliação da Satisfação dos Utesntes da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Caldas da Rainha”.

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

Muito obrigada.

1) Protocolo e Descrição do Processo

A sua participação no estudo consistirá em responder a 1 inquérito.

2) Duração total da participação

A sua participação neste estudo terá a duração de resposta ao inquérito. Após responder ao inquérito a sua participação neste estudo fica concluída.

3) Riscos de participar neste estudo

Não há qualquer risco para si, ao participar neste estudo, uma vez que apenas terá que responder a um inquérito.

4) Benefícios de participar neste estudo

O(a) senhor(a) poderá não ter qualquer benefício ao escolher participar neste estudo, já que o que se está a estudar é a satisfação dos utentes. No entanto, ao escolher participar neste estudo, estará a ajudar-nos a identificar eventuais lacunas existentes, o que nos permitirá, futuramente, melhorar os nossos serviços.

5) Participação voluntária

A sua participação neste estudo é totalmente voluntária. A escolha de participar ou não neste estudo é totalmente sua.

6) Compensações

A sua participação neste estudo não terá para si quaisquer custos. Não lhe será dada nenhuma compensação, monetária ou outra, pela sua participação neste estudo.

7) Confidencialidade

Todos os dados recolhidos durante este estudo serão mantidos estritamente confidenciais, em suporte informático protegido. Se decidir participar neste estudo, ser-lhe-á atribuído um número de identificação único. Este número de identificação único não poderá ser relacionado consigo. Após a conclusão do estudo, os dados recolhidos serão mantidos em suporte informático protegido durante o período de dois anos.

8) Resultados do estudo

Os resultados deste estudo ser-lhe-ão comunicados quando o estudo estiver completo.

9) Direito a recusar ou desistir

Como já lhe foi dito, a sua participação neste estudo é uma escolha exclusivamente sua. Poderá desistir deste estudo a qualquer momento.

10) Contactos

Caso lhe surjam quaisquer questões futuras, seja durante a sua participação neste estudo ou depois de este ter terminado, por favor contacte o responsável pelo estudo:

Enfª. Cecília Sacadura

Nº Telefone: 933 137 646

Este Consentimento Informado foi aprovado pela Comissão de Ética da ARSLVT (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo).

O Protocolo deste estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da ARSLVT (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo).

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O ESTUDO

“Avaliação da Satisfação dos utentes da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Caldas da Rainha”

- *Por favor leia este formulário cuidadosamente*
- *Por favor exponha as suas dúvidas ou informações adicionais que necessite*

Responsável pelo estudo

Nome e Apelido: Enf^a Cecília Sacadura

Participante

Nome e Apelido: _____

Declaração do(a) participante

- Recebi informação do responsável pelo estudo, oralmente e por escrito, sobre os objectivos, procedimentos e possíveis vantagens e desvantagens da minha participação neste estudo.
- Li e compreendi o consentimento informado. As minhas questões em relação ao estudo foram todas esclarecidas.
- Recebi uma cópia do meu consentimento informado, assinado por mim.
- Tive tempo suficiente para tomar a minha decisão.
- Confirmo, com a minha assinatura, que aceito participar neste estudo.

Nome e Apelido do Participante: _____

Assinatura do Participante: _____

Data: _____

Declaração do responsável pelo estudo

- Transmiti a informação contida neste consentimento informado ao potencial participante e, certifiquei-me que o participante compreende que:
 - Ser-lhe-á aplicado 1 inquérito.
- Confirmo que foi dada ao participante oportunidade de colocar questões sobre o estudo, e que respondi corretamente a todas as questões que o participante colocou.
- Confirmo que o participante não foi de forma alguma coagido a participar neste estudo, e que o consentimento informado foi assinado pelo participante livre e voluntariamente.
- O participante recebeu uma cópia do consentimento informado assinado por ele.

Nome e Apelido do responsável pelo estudo: Enf^a Cecília Sacadura

Assinatura do responsável pelo estudo: _____

Data: _____

QUESTIONÁRIO

Secção A - Caracterização Sócio Demográfica (para fins estatísticos e de investigação)

- 1 - Idade: ____ Anos
- 2 - Sexo: ____ Masculino ____ Feminino
- 3 - Zona de residência: ____ Urbana (Cidade / Vila) ____ Rural (Aldeia)
- 4 - Qual a sua situação familiar?

Solteiro(a)	Separado(a)
Casado(a)	Divorciado(a)
União de facto	Viúvo(a)

5 – Que grau de ensino completou?

- 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)

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. Esta é 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

14. Tem médico de família atribuído?

- Sim
- Não

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

Por favor pense agora no Médico de Família (ou no(s) Médico(s) que o assistiram – caso não tenha médico de família atribuído) e no seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses. Pedimos-lhe que nos dê a sua opinião sobre os mesmos.

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 ou Médico(s) que o assistiram no 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 Médico lhe prestou?						
5. forma como o Médico o/a ouviu?						
6. confidencialidade da informação sobre o seu processo?						

Qual a sua opinião sobre o seu Médico de Família ou Médico(s) que o assistiram no 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 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 ou Médico(s) que o assistiram no seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses em relação a ...

	Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente	Não se aplica
12. explicação detalhada dos objetivos 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 ou Médico(s) que o assistiram no 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 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 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 ou Médico de serviço?						
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 ou Médico de serviço						
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						

© 1996, 2006, 2011, EUROPEP-US v2, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

Secção D - Autoavaliação do estado de saúde

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

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

O preenchimento do questionário terminou.
Por favor confirme se respondeu a todas as questões.
Muito obrigado pela sua preciosa colaboração

Quem preencheu este questionário?

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

Este questionário é de autoria de António José Eugénio de Oliveira, adaptado de Pedro Lopes Ferreira, testado e validado em Portugal (Ferreira, 2010).

Anexo II – Parecer favorável da Comissão de Ética



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Exma. Senhora

Dr.ª Cecília Cabral Sacadura

cecilia.sacadura@arslvt.min-saude.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

2 2020/CES/2020

Assunto: Avaliação da Satisfação dos Utentes da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Caldas da Rainha.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer da Comissão, entende estarem reunidas as condições para a concretização do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo
LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

Anexo III – Declaração de consentimento para aplicação do questionário

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Dra. Ana Maria Silva Azenha Pisco, portadora do CC n.º 4065745 OZY5, válido até 21/08/2022, a desempenhar o cargo de Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde do Oeste Norte (ACeS Oeste Norte), declara que consente a aplicação de questionário sobre a satisfação dos utentes na UCSP Caldas da Rainha, cuja responsável é a Enfermeira Cecília Maria Reis Pereira Cabral Sacadura, aluna do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, no Instituto Politécnico de Santarém.

Por ser verdade, passamos a presente declaração que vai devidamente assinada e carimbada.

Caldas da Rainha, 20 de outubro de 2019.



Ana Maria Pisco, Dra.
(Diretora Executiva do ACeS Oeste Norte)