

**Universidade Fernando Pessoa**  
**Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**

Branca Maria Miguel Lourenço

**A Satisfação dos Utentes**  
**com os Cuidados de Saúde Primários**

Porto - 2008



**Universidade Fernando Pessoa**  
**Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**

Branca Maria Miguel Lourenço

**A Satisfação dos Utentes**  
**com os Cuidados de Saúde Primários**

Porto - 2008

Dissertação apresentada à Universidade  
Fernando Pessoa como parte dos  
requisitos para a obtenção do grau de  
Mestre em Trabalho Social.

## **Dedicatórias**

***Aos meus Pais e às minhas Irmãs***

## **Agradecimentos**

O presente trabalho não seria possível sem o apoio e disponibilidade de todos aqueles que contribuíram, directa ou indirectamente para a sua elaboração.

Um especial agradecimento a todas a pessoas que fizeram parte da amostra deste estudo, e se disponibilizaram a partilhar uma parte do seu tempo.

À Professora Doutora Isabel Silva, pelo incentivo, pela disponibilidade, pela paciência e pela ternura que a memória regista e arquivará.

## Resumo

O presente estudo teve como principal objectivo avaliar a satisfação dos utentes utilizadores dos Centros de Saúde (Soares dos Reis e Oliveira do Douro, Arcozelo e Boa Nova e Barão do Corvo – Vila Nova de Gaia) – com o seu Médico de Família e a satisfação com o seu Centro de Saúde, designadamente no que respeita às **dimensões dos cuidados que lhe são prestados**, (área dos cuidados médicos, informação e apoio, atitudes relacionais e comportamentais, organização dos serviços, continuidade e cooperação), e às **áreas específicas da satisfação**: (consulta, marcação e acessibilidade, relativa aos profissionais, condições do Centro de Saúde e serviços prestados. Pretendeu, ainda, avaliar se existe uma relação entre a idade dos participantes e o grau de satisfação com o seu médico de família e o seu Centro de Saúde, avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas entre utentes dos dois sexos quanto à satisfação dos utentes com o seu Médico de Família e o seu Centro de Saúde e avaliar se existem diferenças significativas entre utentes com distintos estados civis quanto à satisfação com o Médico de Família e o Centro de Saúde. Foi avaliada uma amostra de 300 participantes, dos quais 46,3% do sexo masculino e 53,7% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 16 e os 85 anos ( $M=49,50$ ;  $DP= 14,01$ ), que apresentam o 12.º ano como principal grau de escolaridade obtido ( $n=108$ ; 36%) sendo o estado civil casado o da maioria ( $n=126$ ; 39,4%). A qualidade da satisfação dos utentes é determinada pelo vínculo relacional entre os profissionais de saúde (com particular destaque para o médico de família) e o utente. Quanto mais institucional e burocrático for o Centro de Saúde, mais afastada e desinvestida é a relação com o utente, daqui resultando menor satisfação dos diferentes intervenientes (utentes e profissionais).

## **Abstract**

The present study aims to assess the “Centros de Saúde” (Soares dos Reis, Oliveira do Douro, Arcozelo, Boa Nova and Barão do Corvo – Vila Nova de Gaia) user’s satisfaction with their “Médico de Família” and the facilities, namely in what concerns health care (medical, information and support, behaviours, services organization, continuity and cooperation) and specific areas of satisfaction (appointments, scheduling, accessibility, conditions of the “Centro de Saúde” and services provided).

It was also its goal to evaluate if there is a relation between the participant’s age and the satisfaction level with the “Médico de Família” and their “Centro de Saúde” and to detect if there are statistical relevance across gender as well the civil state.

The survey’s population consisted of 300 participants, 46,3% males and 53,7% females, ages ranging from 16 to 85 years old (average=49,50; dispersion 14,01) with the majority having the “12º ano” as the highest education level (108 participants, 36%). The majority were married (126 participants, 39,4%).

The satisfaction quality is determined by the relational bond between the health care professionals (highlighting the “Médico de Família”) and the user.

As the “Centro de Saúde” becomes more institutional and bureaucratic there is a negative effect in the relation with the user, thus resulting in a reduced satisfaction of all the people involved (users and professionals).

## Résumé

La présente étude a eu comme principal objectif l'évaluation de la satisfaction des usagers des Centres de Santé (-Soares dos Reis e Oliveira do Douro, Arcozelo e Boa Nova e Barão do Corvo – Vila Nova de Gaia) de leur Médecin de Famille et de leur Centre de Santé.

Notamment à l'égard des dimensions des soins qui leurs sont prêtés (secteur de soins médicaux, informations et aide, attitudes relationnelles et comportemental, organisation des services, continuité et coopération) et aux secteurs spécifiques de la satisfaction : consultation, rendez-vous et accessibilité, concernant les professionnels, conditions du Centre de Santé et services prêtés. Il prétend encore, évaluer s'il existe une relation entre l'âge des participants et le degré de satisfaction par rapport à leur médecin de famille et leur Centre de Santé, évaluer s'il existent des différences significatives entre les usagers des deux sexes par rapport à la satisfaction des avec leur Médecin de Famille et leur Centre de Santé et évaluer s'il existent des différences significatives entre les usagers avec différents états civils par rapport à la satisfaction avec le Médecin de Famille et le Centre de Santé.

Il a été évalué un échantillon de 300 participants, 46,3% du sexe masculin et 53,7% du sexe féminin, avec des âges compris entre les 16 et 85 ans ( $M=49,50$  ;  $DP = 14,01$ ), qui présentent la 12.<sup>o</sup> année comme principal degré de scolarité obtenue ( $n=108$  ; 36%) en étant la majorité marié ( $n=126$  ; 39,4%).

La qualité de la satisfaction des usagers est déterminée par le lien relationnel entre les professionnels de santé (avec la particulière prééminence du médecin de famille) et l'utilisateur. Plus le Centre de Santé est institutionnel et bureaucratique, plus il est éloigné de la relation de proximité avec l'utilisateur, en conséquence le degré de satisfaction pour les différents intervenants est plus bas (usagers et professionnels).

## **Índice Geral**

<b>Introdução</b>	16
<b>I. <i>Enquadramento Teórico</i></b>	18
1. A Imagem dos Serviços de Saúde	19
1.1. O Sistema Nacional de Saúde (SNS): Perspectiva Histórica	19
1.2. O Entendimento do Conceito de Saúde	26
1.3. Sistema de Cuidados de Saúde e sua Humanização	30
2. A Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Saúde	39
2.1. A Satisfação do Utente	39
2.2. Porquê e para quê estudar a satisfação dos utentes com o sistema de cuidados de saúde	48
2.3. A Satisfação com a comunicação Médico - Utente	51
2.4. A Satisfação com a Qualidade dos Cuidados de Saúde Primários	56
2.5. Satisfação com o Serviço Nacional de Saúde Português	61
<b>II. <i>Estudo Empírico</i></b>	68
1. Justificação e Pertinência do Estudo	68
2. Objectivos	69
3. Método	71
3.1. Desenho do Estudo	71
3.2. Participantes	72
3.3. Material	75
3.3.1 Qualidades Psicométricas	77
3.3.1.1 Escala de Cuidados Médicos	77

---

Estrutura factorial	78
Fidelidade	80
Sensibilidade	80
3.3.1.2 Escala de Qualidade dos Serviços	80
Estrutura factorial	81
Fidelidade	82
Sensibilidade	83
3.4. Procedimento	84
4. Resultados	86
4.1. Caracterização dos indicadores chave da percepção sobre o médico de família e centro de saúde – Cuidados Médicos	87
4.2. Caracterização dos indicadores chave da percepção sobre o médico de família e centro de saúde – Satisfação com a Informação e Apoio	90
4.3. Caracterização dos indicadores chave da percepção sobre o médico de família e centro de saúde – Atitudes relacionais e de comunicação	94
4.4. Caracterização dos indicadores chave da percepção sobre o médico de família e centro de saúde – Organização dos Serviços	97
4.5. Caracterização dos indicadores chave da percepção sobre o médico de família e centro de saúde – Continuidade e Cooperação	101
4.6. Caracterização dos indicadores de áreas específicas de satisfação – Consulta, marcação e acessibilidade	104
4.7. Caracterização dos indicadores específicos – Profissionais	105
4.8. Caracterização dos indicadores específicos – Condições e Serviços dos Centro de Saúde	108
4.9. Caracterização das Atitudes Após a Experiência	112
4.10. Caracterização de Outras variáveis relevantes	114

5. Discussão	116
5.1. Dados Sócio Demográficos	116
5.2. Cuidados médicos	118
5.3. Informação e apoio	119
5.4. Atitudes relacionais e de comunicação	120
5.5. Organização dos serviços	121
5.6. Continuidade e cooperação	123
5.7. Consulta, marcação e acessibilidade	124
5.8. Indicadores específicos – Profissionais	125
5.9. Condições do Centro de Saúde	126
5.10. Atitude após experiência	127
6. Orientações para a Prática	128
7. Conclusões	131
8. Bibliografia	133
9. Anexos	<b>Erro! Marcador não definido.</b>

## Índice de Quadros

Quadro 1 - Distribuição da amostra em função do sexo, habilitações literárias e estado civil	73
Quadro 2 – Distribuição da amostra em função da variável idade	74
Quadro 3 – Distribuição da amostra em função do diagnóstico de doença	74
Quadro 4 - Distribuição da amostra em função do número de consultas	75
Quadro 5 – Análise factorial do instrumento, após rotação <i>varimax</i>	79
Quadro 6 – Análise factorial do instrumento, após rotação <i>varimax</i>	82
Quadro 7 – Caracterização dos indicadores chave – Satisfação com os Cuidados Médicos	88
Quadro 8 - Satisfação com os Cuidados médicos em função do sexo	89
Quadro 9 – Satisfação com os Cuidados Médicos em função das Habilitações Literárias, Situação Familiar	89
Quadro 10 - Relação entre Satisfação com dos Cuidados Médicos, Idade e Número de consultas anuais	90
Quadro 11 – Caracterização dos indicadores chave – Satisfação com a informação e o Apoio	91
Quadro 12 - Satisfação com a Informação e Apoio em função do sexo	92
Quadro 13 – Satisfação com a Informação e com o Apoio em função das Habilitações Literárias, Situação Familiar	92
Quadro 14 – Relação entre a Satisfação com a Informação e Apoio, Idade e Número de consultas anuais	93
Quadro 15 – Caracterização dos indicadores chave – Atitudes relacionais e de comunicação	94
Quadro 16 - Satisfação com as Atitudes relacionais e de comunicação em função do sexo	95
Quadro 17 – Satisfação com as Atitudes relacionais e de comunicação em função das Habilitações Literárias, Situação Familiar	96
Quadro 18 – Relação entre Atitudes relacionais e comunicações, Idade e Número de consultas anuais	96
Quadro 19 – Caracterização dos indicadores chave – Organização dos Serviços	98
Quadro 20 - Organização do Serviço em função do sexo	99
Quadro 21 – Organização do Serviços em função das Habilitações Literárias e Situação Familiar	99
Quadro 22 - Correlação da Organização do Serviço função da Idade e Número de consultas anuais	100
Quadro 23 – Caracterização dos indicadores chave – Continuidade e Cooperação	101
Quadro 24 – Continuidade / Cooperação em função do sexo	102
Quadro 25 - Continuidade / Cooperação em função das Habilitações Literárias e Situação Familiar	102
Quadro 26 - Relação da Continuidade / Cooperação, Idade e Número de consultas anuais	103
Quadro 27 – Caracterização dos indicadores de áreas específicas – Consulta, marcação e acessibilidade	104
Quadro 28 – Tempo de Espera para consulta além da hora marcada	105
Quadro 29 – Caracterização dos indicadores específicos – Profissionais	106
Quadro 30 - Avaliação sobre os Profissionais em função do sexo do participante	107
Quadro 31 - Opinião sobre os Profissionais em função das Habilitações Literárias, Situação Familiar	107
Quadro 32 - Correlação entre a satisfação com os Profissionais, a Idade e Número de consultas anuais	108
Quadro 33 – Caracterização dos indicadores específicos – Condições do Centro de Saúde	109
Quadro 34 - Condições e serviços em função do sexo do participante	110

Quadro 35 – Condições e Serviços em função das Habilitações Literárias, Situação Familiar	111
Quadro 36 - Correlação entre Condições e Serviços, Idade e Número de consultas anuais	111
Quadro 37 - Caracterização das Atitudes Após a Experiência	112
Quadro 38 - Atitude após experiência em função do sexo	113
Quadro 39 – Atitude após experiência em função das Habilitações Literárias e Situação Familiar	113
Quadro 40 – Relação entre a Atitude Após Experiência, Idade e Número de consultas anuais	114
Quadro 41 – Caracterização de outras variáveis relevantes	115
Quadro 42 – Distribuição do tempo de espera das consultas	115

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 - Estatística descritiva do total dos itens da escala .....	80
Tabela 2 – Estatística descritiva do total dos itens da escala.....	83

## **Introdução**

No âmbito da Saúde, falar em “qualidade” surge como uma exigência para todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados. A satisfação com os serviços de saúde, na sua dupla vertente da satisfação dos utentes e da satisfação dos profissionais, é uma área complexa e de difícil avaliação mas, ao mesmo tempo, incontornável. A satisfação dos utentes é, actualmente, considerada como um objectivo fundamental dos serviços de saúde e tem vindo a ocupar um lugar progressivamente mais importante na avaliação da qualidade dos mesmos. Mais especificamente, sabe-se que a satisfação dos utentes está associada à taxa de uso de cuidados de saúde, à eficácia das terapêuticas e ao estado geral de saúde (Pereira, 2003).

Os Cuidados de Saúde Primários providenciam os cuidados essenciais, que devem ser universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, num primeiro contacto com os serviços de saúde. Abordam os problemas para os quais a sociedade pode providenciar serviços preventivos, curativos e de reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Integram os cuidados quando existe mais do que um problema, lidam com o contexto em que a doença se declara e influenciam as respostas individuais aos problemas de saúde de cada um (Starfield, 1992).

A presente tese intitulada “A Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Saúde Primários” encontra-se dividida em duas partes: a primeira relativa à clarificação teórica e conceptual do tema e a segunda diz respeito ao estudo empírico.

No que concerne à primeira parte, esta encontra-se dividida em dois pontos distintos, mas que, todavia, se complementam. Foi realizada uma revisão bibliográfica relativa ao tema que se pretendia estudar, sendo que o primeiro ponto é relativo à perspectiva histórica dos serviços de saúde, ao conceito de saúde e de sistemas de cuidados de saúde e ao acesso e respectiva humanização, e o segundo é centrado na qualidade dos cuidados de saúde primários na satisfação dos utentes com os cuidados que lhes são prestados.

A segunda parte deste trabalho está subdividida em dois pontos. O primeiro, relativo à metodologia, descreve a formulação do problema, define os procedimentos, os objectivos e a amostra, ou seja, caracteriza o processo prático da investigação. O segundo ponto diz respeito à apresentação e à discussão dos resultados a que a presente investigação conduziu. No último ponto é ainda realizada uma reflexão sobre as orientações para a prática e apresentada a respectiva conclusão da investigação.

## ***I. Enquadramento Teórico***

O suporte teórico necessário a qualquer estudo de investigação é conseguido através da revisão bibliográfica, pelo que este pode ser considerado o primeiro passo de qualquer pesquisa científica (Lakatos & Marconi, 2001).

De acordo com Rodrigues (1998), esta revisão da literatura constitui uma fonte de ideias para investigar, permite a compreensão do texto conceptual e facultar informações acerca do foco da investigação.

Com base nestes princípios e tendo presente os objectivos propostos no estudo, vão ser abordados ao longo deste capítulo perspectivas de diferentes autores relacionadas com a qualidade e consequente satisfação dos doentes/utentes, tendo em conta que estamos a estudar a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários.

## **1. A Imagem dos Serviços de Saúde**

### **1.1. O Sistema Nacional de Saúde (SNS): Perspectiva Histórica**

Portugal tem vindo a sofrer sucessivas transformações de importância transcendente: democratização e descolonização (1974), entrada na Comunidade Económica Europeia (1986) e integração na união monetária europeia (2000), num ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico. Estas transformações têm-se vindo a reflectir ao nível dos serviços de cuidados de saúde (Ferreira, 1990).

Em relação à organização dos serviços dos cuidados de saúde, até finais do séc. XIX, “os cuidados curativos dependiam do voluntarismo de clérigos, monges, religiosos e feiticeiros” (Ferreira, 1990, p. 62). Foi nesta fase que começaram a surgir as albergarias, que foram simples casas de abrigo que funcionavam como estabelecimentos mistos e, só mais tarde, se começou a fazer, no seu interior, a separação de compartimentos para alojamento de doentes, até que foram criados os chamados hospitais, bem como as gafarias para os leprosos e os hospícios para os abandonados ou incapacitados (Ferreira, 1990).

Durante o séc. XV, dá-se um grande aumento do número de hospitais, o que contribuiu para a redução da mortalidade dos doentes internados (Ferreira, 1990).

A instabilidade e prejuízos causados pelas doenças dominantes, como a lepra, e a falta de higiene corporal, sanidade ambiental e cuidados materno-infantis, e pelas epidemias (muito frequentes durante todo o século) desorganizavam a vida de muitas populações com a elevada mortalidade (Ferreira, 1990).

Nestas condições de falta de segurança, criadas pela pobreza, miséria e doença, teve origem a organização régia das novas instituições chamadas "Misericórdias" para atender às necessidades corporais e espirituais dos pobres, doentes, prisioneiros e incapacitados, mediante a intervenção de irmandades permanentes de leigos, homens bons e religiosos (Ferreira, 1990).

Segundo Ferreira (1990, p.101), as Misericórdias representavam na época dos Descobrimentos a continuação da nova política centralizadora aplicada às primitivas instituições de assistência, paralela à dos hospitais e de toda a estrutura estatal, com a qual virá a fundir-se pouco a pouco na aplicação prática funcional de novas regras administrativas.

A difusão das Misericórdias faz-se rapidamente durante todo o século XVI, e a partir dos meados deste, a autorização para novas Misericórdias, foi acompanhada do privilégio de tomarem a seu cargo os hospitais, as albergarias e outras confrarias existentes no local (Ferreira, 1990).

De acordo com o mesmo autor, apesar da criação das Misericórdias, não houve melhoria da saúde da população, pois as condições de saúde dependiam de outros factores, mal conhecidos ou ignorados na prática da vida corrente e também resultantes do não cumprimento de medidas colectivas tendentes a melhorar as condições de higiene e de sanidade geral do ambiente em que as pessoas viviam, e que constituem o substrato de manutenção e difusão de muitas doenças dominantes ou epidémicas.

Até meados do século XIX, verifica-se uma lenta evolução da sociedade para a industrialização, o que não vai beneficiar as condições de saúde da população, intensificando-se algumas doenças graves (Ferreira, 1990).

Contudo, chegados a fins do século XIX, inícios do século XX, os progressos na Medicina conduziram a uma melhor compreensão dos factores responsáveis pela manutenção da saúde e aparecimento de doenças, bem como no domínio de práticas de protecção e promoção da saúde (Ferreira, 1990).

Legislação dispersa sobre medidas de higiene pública, saneamento urbano e fiscalização de sexos alimentícios, foi sendo publicada, sem que se obtivessem grandes resultados até à reforma de 24 de Dezembro de 1901, da responsabilidade técnica de Ricardo Jorge (Ferreira, 1990).

A primeira Lei Orgânica da Saúde, que data de 1837, e a reforma de 1868 constituem, as duas primeiras tentativas de actualizar o país face a novas experiências e conhecimentos, na área da saúde (Ferreira, 1990).

No princípio do século, Ricardo Jorge, encarregado da reorganização dos serviços de saúde, que passam a designar-se por "Serviços de Saúde e Beneficência Pública" elabora vasta legislação sobre vigilância dos aspectos higiénicos e ensino da medicina sanitária (Ferreira, 1990).

Segundo Ferreira (1990, p.481), esta não foi uma reforma dos Serviços de Saúde, mas sim uma reforma ao nível da formação dos técnicos de saúde e higiene alimentar.

A prestação directa dos cuidados de saúde à generalidade da população era assegurada pela clínica livre, cabendo ao Estado apenas a assistência médica (assistência pública) aos pobres e indigentes. Os cuidados hospitalares eram assegurados por hospitais públicos (hospitais centrais) e hospitais dependentes das Misericórdias (Ferreira, 1990).

Desde o início do século XX até à década de 30, o Estado praticamente não intervém na organização dos serviços médicos, deixando-os a cargo das iniciativas particulares, que devem ser estimuladas de forma a satisfazer as necessidades da população (Ferreira, 1990).

Em 1945, com o Decreto-lei 35108 de 7 Novembro, tenta-se introduzir algumas alterações de fundo no Serviços de Saúde. Os principais reflexos desta reforma incidem sobre o desenvolvimento de grandes Institutos (Saúde Materna e Infantil, Luta Anti-Tuberculose e Psiquiatria).

De acordo com Ferreira (1990), houve uma necessidade de separar as actividades de natureza sanitária (profilaxia e luta contra as doenças evitáveis, doenças mentais, cancro, doenças relacionadas com a nutrição e o trabalho), da assistência na doença, família, maternidade e riscos de ameaça para a saúde por factores do ambiente. Ou seja, dá-se prioridade às actividades preventivas sobre as curativas, estimulando-se, assim, toda a acção assistencial, desde o parto, à doença e à invalidez.

Nesse período, parece consensual que "é muito mais barato prevenir as doenças ou tentar curá-las na fase inicial do que na fase tardia" (Antunes, 2001, p.14)

Em 1946, a Lei 20117 estabeleceu as bases para a organização hospitalar. Esta lei teve o mérito de chamar a atenção para o problema hospitalar, procurando a sua regionalização, o que deu lugar a programas de construções hospitalares, tanto regionais como sub-regionais, em boa parte financiados pelo Estado, mas mais tarde entregues às Misericórdias.

Nesse mesmo ano, é publicado o Decreto-lei 35311 de 25 de Abril 1946, que constitui a Federação das Caixas de Previdência.

Não dispondo a população de uma cobertura médica satisfatória, a Previdência assume um papel importante como organizadora de cuidados médicos para os trabalhadores e seus familiares, criando para esse efeito uma vasta rede de postos médicos (cuidados ambulatoriais), com excepção dos funcionários públicos e da administração, que usufruíam de regimes especiais. Regimes estes que, mais tarde, foram adoptados, também, para diversos grupos rurais, pescadores, bancários, caminhos-de-ferro, etc. (Antunes, 2001).

Desta forma, os funcionários públicos passam a beneficiar do regime da "Assistência na Doença aos Servidores do Estado" (ADSE), baseado na clínica livre, tendo liberdade de escolha, relativamente, ao seu médico, pagando a consulta e serviços prestados, sendo mais tarde reembolsado na parte que correspondia ao encargo da convenção pré-estabelecido para cuidados médicos e outras modalidades de assistência (Antunes, 2001).

Em 1958, é criado o Ministério da Saúde. No entanto, tal facto não produz grandes alterações, uma vez que os cuidados de saúde continuam a ser prestados, fundamentalmente, por entidades privadas que coexistem com as oficiais e semioficiais, sem uma coordenação eficaz por parte da tutela (Antunes, 2001).

Durante o período de 1945 e 1971, o Estado, não querendo assumir a responsabilidade dos cuidados de saúde, permitiu a criação de um sistema de saúde constituído por vários subsistemas independentes, difíceis de coordenar, originando guerras de competência e rivalidades, impedindo assim, a formação de equipas multidisciplinares, indispensáveis à resolução dos problemas de saúde (Antunes, 2001).

Na década de sessenta do século XX, a criação do Estatuto Hospitalar DL. 4835710 de 27 de Abril 1968 procura organizar os hospitais, criando um regime de trabalho responsável com uma administração eficiente, que pudesse movimentar racionalmente as verbas disponíveis e estabelecer as carreiras profissionais, que desse garantias e estabilidade aos trabalhadores hospitalares (Antunes, 2001).

Apenas em 1971, com a nova reforma concretizada pelo Decreto-Lei 413/71 de 27 de Setembro, reconhece-se pela primeira vez, o direito à saúde de todos os cidadãos e a intervenção do Estado deixa de ser supletiva, para passar a ser responsável, tanto ao nível político de saúde, como ao nível da execução (Ferreira, 1989).

Este decreto, conhecido por Lei Orgânica do Ministério da Saúde, teve por base a integração de todas as actividades de saúde e assistência, a nível local e regional de modo a poder rentabilizar os recursos humanos e financeiros, e também a descentralização na execução, de forma a permitir a escolha de prioridades na saúde das populações e na dinamização local dos serviços (Ferreira, 1989).

Com as mudanças políticas de 1974, o programa do Movimento das Forças Armadas e resultantes da Revolução Militar do 25 de Abril, caminhou-se para a instituição, em Portugal, de um Serviço Nacional de Saúde, que veio a ser definido pela Constituição Política de 1976, artigo n.º 64 (Saúde) (Larcão, 1997).

A integração no Ministério da Saúde dos Serviços de Previdência, bem como a nacionalização dos hospitais das Misericórdias, foram alguns dos passos percorridos para a concretização do Serviço Nacional de Saúde, criado pela Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro (que nunca foi completamente regulamentada) – Lei n.º 56/79

Este diploma foi mais tarde substituído pela Lei de Bases da Saúde, aprovado pela Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, nos termos do qual o Ministério da Saúde tem como atribuição definir uma política nacional de saúde, promover e vigiar a respectiva execução e coordenar a sua acção com a dos ministérios que tutelam áreas conexas. Para a realização destes objectivos, dispõe de órgãos a nível central, regional, sub-regional (distritos) e local (concelhos).

Os serviços centrais do Ministério da Saúde exercem em relação ao Serviço Nacional de Saúde, função de regulamentação, orientação, planeamento e inspecção (Base VI, n.º.4).

A Constituição da República Portuguesa, no seu artigo n.º 64 consagra que todos têm direito à protecção da saúde e ao dever de a defender e promover. Este direito é determinado pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, que promoverá o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis (Base I-LBS). A efectivação da protecção à saúde é feita através de um sistema de saúde, em que o Estado através de serviços próprios, celebra acordos com entidades privadas para prestação de cuidados que apoia e fiscaliza a restante actividade privada na área da saúde (Base IV).

De acordo com a Base XII, o sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvem actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira, a prestação de todas ou algumas daquelas actividades.

## **1.2. O Entendimento do Conceito de Saúde**

Ao longo de diversas etapas da evolução humana, a noção de saúde foi assumindo diversas expressões consoante o estado de desenvolvimento económico, social e cultural. À medida que o homem foi tendo um conhecimento progressivamente mais amplo do seu corpo, do meio que o rodeava e das interacções que se estabeleciam com este, a noção de saúde foi-se modificando.

A saúde, tal como outros sectores da vida nacional, não podia ter deixado de sofrer os reflexos das ideias predominantes da Revolução que se desencadeou em Portugal, em 25 de Abril de 1974. A Constituição de 1976, filha daquela revolução, não só estipula que todos têm direito à protecção da saúde e têm o dever de a defender e promover, como também afirma que o direito à protecção da saúde é concretizado na criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito (Gomes, 1984).

Da análise dos conceitos de Saúde, pode-se constatar não só uma multiplicidade de definições, como uma evolução do seu entendimento ao longo dos tempos.

Partindo da Lei de Bases da saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), a Saúde é uma condição imprescindível na vida do homem, proporcionando-lhe uma plena realização.

De uma forma geral, o conceito de saúde integra características de naturalidade, de direitos adquiridos logo à nascença, estando por isso, inerente à própria condição humana e não somente às condicionantes socio-económicas, culturais e religiosas (Carvalho, 1996).

Para Ferreira (1990 p. 20), a saúde é: “ (...) condição de equilíbrio fisiológico com o ambiente em que se encontra o organismo quando reage satisfatoriamente às solicitações dos factores de risco que o ameaçam na vida, desde o nascimento”. Ou seja a saúde é resultante de um ajustamento entre o indivíduo e o meio. Deste ajustamento resulta bem-estar que possibilita ao indivíduo desenvolver a sua actividade fisiológica e psíquica, reagindo ao meio físico e social em que vive sem sofrimento acentuado (dor, tristeza, fadiga, depressão ou lesão orgânica).

Ainda de acordo com o mesmo autor, a noção de saúde, sob o ponto de vista médico, tem sido essencialmente perspectivada pela negativa, visto que é concebida como um estado caracterizado pela ausência de sinais mórbidos de ordem física ou mental. Para a Medicina, há saúde quando o indivíduo não tem doença e, conseqüentemente, está em estado de equilíbrio de funções e tecidos. Quanto este equilíbrio deixa de existir, caminha-se para a doença. Os sinais ou sintomas de doença são cada dia melhor conhecidos da Medicina, mas os sinais da saúde, continuam a ser considerados em grande parte subjectivos e, de certo modo, característicos para cada pessoa, em cada período de vida, variando de indivíduo para indivíduo (Ferreira, 1990).

Assim, no que respeita ao principal organismo internacional da saúde – a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) – em 1948 define a Saúde como um “ (...) estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (p. 100).

Para Ferreira (1989), esta é uma definição demasiado abrangente, já que dificilmente o ser humano poderá atingir um total bem-estar a todos os níveis.

De acordo com Lau (1995), a maioria das pessoas evidenciavam ter uma descrição positiva de Saúde que incluía mais do que simples factores físicos e psicológicos.

De acordo com Ferreira (1988), determinados conceitos permitem uma análise mais actual do que se considera ser a saúde:

Conceito médico – A Saúde é um estado de ausência de enfermidade;

Conceito psicossocial – A Saúde relaciona-se com a ausência de um mal-estar, para além da implícita noção de autoconfiança, estabilidade e segurança pessoal;

Conceito político-legal – A Saúde é neste âmbito definida como uma condição pré-determinada para o pleno funcionamento e harmonia da vida do homem e da sociedade.

Conceito económico – A vertente económica da saúde é deste ponto de vista, fundamental para uma economia em progressão.

Com efeito, o conceito de saúde não surge isolado, encontrando-se antes, interrelacionado com as demais vertentes da vida em sociedade, implicando por isso, a incessante adaptação a esta condição. Assim, este conceito é indissociável do Homem, enquanto indivíduo, e da sociedade (Ferreira, 1990).

O conceito de Saúde foi também definido por Cabral (2002) como uma experiência de bem-estar resultante do equilíbrio dinâmico que envolve os aspectos físicos e psicológicos do organismo, assim como as respectivas interacções com o ambiente natural e social. Ambas as definições, a de Ferreira (1990) e a de Cabral (2002), dão relevo ao indivíduo e não ao doente, porque de uma maneira geral as pessoas continuam interessadas e participativas mesmo quando não estão doentes, considerando-se potenciais utentes dos cuidados de saúde. O objectivo da promoção da

Saúde é o bem-estar biopsicossocial dos indivíduos, para que as suas capacidades para o trabalho e relações humanas, não sejam afectadas pela doença. O Conceito de Saúde adquire, desta forma, um sentido mais amplo e um carácter positivo.

De acordo com Ribeiro (2005, p. 80) “a evolução do conceito de saúde do individual para o social, do social para o sistémico, acabaria por se reflectir na concepção organizativa do sistema de saúde.”

A O.M.S. (1985) define como um dos direitos fundamentais do ser humano a posse do melhor estado de saúde que este seja capaz de atingir, e isto, independentemente da sua raça, religião, opiniões políticas ou condição social. Define ainda que compete ao governo a responsabilidade pela saúde da população. De acordo com a Lei nº 48/90 de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde), “A saúde é um problema fundamental na qualidade de existência do homem e da sua realização integral. Sendo um fenómeno originariamente de raiz individual, projecta-se na família, na profissão, na nação e assume relevância mundial”.

Adquire-se, assim, consciência de que a Saúde não só é um problema social, na medida em que a sua falta tem consequências sociais, como também é influenciada pela sociedade em que o indivíduo vive e pela sua relação com esta. Em todas as concepções de saúde enunciadas, é notória a alusão ao bem-estar, ao equilíbrio, à harmonia, e à coerência.

### **1.3. Sistema de Cuidados de Saúde e sua Humanização**

Sistema de qualidade de saúde significa, segundo Ferreira (1990), a totalidade de recursos que grupos da população, as comunidades ou a sociedade, pelo Estado reúnem na organização e prestação generalizada de serviços de saúde. Um sistema de cuidados de saúde ou, simplesmente, um sistema de saúde, corresponde ao esforço organizado das sociedades, ao nível nacional, ou das comunidades, ao nível regional ou local, para a prestação de cuidados médicos e outras actividades de saúde, com o objectivo de atingir um conjunto de resultados pré-determinados.

Tal como nos restantes sectores, a saúde deve, claramente, enunciar a sua política de modo a que possa corresponder coerentemente às necessidades globais do país (Ferreira, 1990). Assim, para que possam ser colmatadas as necessidades populacionais, é imprescindível à saúde a existência de um sistema que caracteriza a “integração” e a “continuidade” de cuidados de saúde (Ferreira, 1988).

O Serviço Nacional de Saúde é um conjunto de serviços prestadores de cuidados primários e hospitalares a toda a população, incluindo as medidas de reabilitação, sob a forma de cobertura médico-sanitária definida pela política de saúde do governo (Ferreira, 1989).

O Serviço Nacional de Saúde é, por definição, universal, integral, gratuito, progressivo na melhoria do funcionamento e aperfeiçoamento da sua estrutura, sujeito a planeamento das actividades e prioridades que mais interessam à solução dos problemas de saúde da população (Ferreira, 1989).

Toda a sociedade, para se desenvolver, precisa de organizar recursos e meios de protecção com laços estreitos de dependência e apoio no seu funcionamento conjunto, e o progresso torna os meios de acção nos mais diversos sistemas progressivamente mais complexos e mais interligados (Ferreira, 1989, p. 50).

A característica predominante no sistema de cuidados de saúde, no que concerne a todo e qualquer aspecto da actualidade, é a instabilidade marcada pelas sucessivas inovações. Com efeito, a capacidade de adaptação ao meio envolvente levou a que as teorias da gestão evoluíssem, pelo que a teoria geral dos sistemas, contributo de Ludwingvon Bertalanffy serviu de suporte para aquilo que Rocha (1985) diz consubstanciar uma visão do Sistema Nacional de Saúde.

Também Chiavenato (1993) considera um “sistema” como sendo um conjunto de elementos que se relacionam e interagem de forma dinâmica e cujo processo se ordena à obtenção de um objectivo específico.

Outros autores definiram sistema, sendo em todos comum a atribuição de determinadas características como estrutura, inter-relação e totalidade (Churchman, 1970).

Assim sendo, a mesma concepção de sistema pode ser aplicada ao sistema de saúde, já que se reveste das mesmas características, isto é, de um conjunto de órgãos inter-relacionais e que têm como objectivo a garantia do direito à saúde (Churchman, 1970).

Um sistema de saúde é um sistema altamente complexo, que interage com outros sistemas igualmente complexos, e ininterruptamente dinâmico. Sempre que se falar em sistemas de saúde no futuro terá de se falar também em sistemas interdisciplinares e intersectoriais com respostas globais e abrangentes. Nunca será possível trabalhar isoladamente, e o princípio de actuação será o funcionamento em rede. A prestação de cuidados de saúde complexos e globais, com equidade e qualidade, terá de ser assegurada através de várias redes integradas de serviços consolidadas nos cuidados de saúde primário (Churchman, 1970).

Segundo Carvalho (1993), o Serviço Nacional de Saúde, sendo parte integrante do sistema de saúde português, estabelece a articulação entre os diferentes profissionais de saúde a partir das suas instituições, serviços e órgãos, de modo a tratar e prevenir a doença, assim como fomentar a saúde tal como é consagrado no Capítulo II Base XII da Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90 de 24 de Agosto).

Como anteriormente referimos, de acordo com Ribeiro (2005), a evolução do conceito de saúde, do individual para o social, do social para o sistémico, acabou por se reflectir na concepção organizativa do sistema de saúde. Os sistemas tendem a ajustar-se às alterações sociais, políticas e tecnológicas que ocorrem.

Ferreira (1990) considera que as alternativas de modelos e orgânicas de sistemas de saúde dependem do desenvolvimento político e sócio – cultural das populações, porque este condiciona as preocupações com o planeamento de objectivos e a organização, financiamento, distribuição e qualidade dos cuidados de saúde a assegurar.

Segundo Collière (2003), os cuidados de saúde debruçam-se sobre as necessidades de saúde de um indivíduo, de um grupo ou comunidade através da promoção e manutenção da saúde e prevenção da doença e sua reabilitação. O aumento da procura dos cuidados de saúde na maior parte dos países europeus é explicada pelas alterações demográficas nos últimos 20 anos, que têm sido acompanhadas por um correlativo aumento da esperança de vida e da expectativa de melhoria da qualidade de vida. A conjugação destes factores colocou os sistemas de saúde numa situação paradoxal, com o aumento da esperança de vida a criar novas necessidades de cuidados de saúde.

Tendo como ponto de partida a lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, ir-se-á procurar realizar uma reflexão acerca do acesso aos cuidados de saúde.

Desta lei foi retirado um excerto que serviu de "fio condutor" a toda a reflexão.

“1. A política de saúde tem âmbito nacional e obedece às directrizes seguintes:  
(...)

b) É objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços (...)” (lei nº 48/90 de 24 de Agosto).

De acordo com Santana (2005), as desigualdades no acesso à saúde e aos serviços de saúde passa pela redução das desigualdades ao nível da escolaridade, do rendimento, da educação para a saúde, dos hábitos de consumo nocivos à saúde, das condições de habitação e de local de trabalho e ensino, no acesso oportuno aos cuidados de saúde – ligação entre o médico de família e o hospital –, mas também pela capacidade que a comunidade tem de se organizar e proporcionar um ambiente físico e social que integre, proteja e crie laços de solidariedade entre os grupos e os indivíduos.

*Será que, de facto, se verifica uma igualdade de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde?*

Segundo Ferreira (1989), equidade é o reconhecimento do direito de cada pessoa ter participação justa nos recursos disponíveis de uma sociedade, direito que tem uma dimensão moral, política, social, económica ou financeira. Em saúde, a equidade implica o benefício da utilização dos serviços em condições semelhantes para todas as pessoas.

Por definição, o Serviço Nacional de Saúde deve ser universal (para servir todos os indivíduos), integral (fornecendo todos os cuidados de saúde), gratuito, progressivo no seu funcionamento e aperfeiçoamento (Ferreira, 1990).

Universal, talvez, na realidade não seja, visto que nem toda a população é servida por este sistema; também não é um sistema integral na medida em que a distribuição dos recursos materiais e/ou humanos não se encontra distribuída equitativamente por todos os distritos do país (Ferreira, 1990). Assim, a acessibilidade está relacionada com as desigualdades económicas e sociais da população e com a desigual distribuição dos

recursos. Por outro lado, as desigualdades económicas e sociais da população dificultam em volume e qualidade a procura de bens e serviços de saúde e a desigual distribuição dos recursos implica que nem todos tenham uma utilização equitativa do Serviço Nacional de Saúde (Ferreira, 1990).

Quando se fala em sistema de cuidados de saúde e no seu acesso, terá também de se falar na sua humanização.

Desde há vários anos que o problema da humanização dos cuidados de saúde começou a preocupar as sociedades mais desenvolvidas. E isto porque começou a ser patente que, de uma «Medicina do tratar», dotada de muito pouca tecnologia e baseada essencialmente na relação humana entre o doente e o médico, se tinha passado de uma «Medicina do curar» em que a análise, o exame instrumental, a tecnologia de ponta substituíram cada vez mais essa antiga e essencial relação humana (Mendo, 1995).

Humanizar significa, antes de mais, mudar atitudes, empenhar-se verdadeiramente numa relação de empatia com o doente. É fundamental, a formação constante de todos os profissionais de saúde, de modo a que eles próprios, humanizando-se, humanizem (Canário, 1997).

De acordo com Canário (1997), uma relação humanizada engloba, sem qualquer dúvida, um conjunto de componentes que vão desde a acessibilidade, ao atendimento humano, às condições físicas dos espaços onde se aguarda e se é atendido, aos equipamentos, ao acesso a todos os meios disponíveis, etc.

A questão da humanização é abordada por diversos autores, entre os quais se destaca Resende (1986), que considera que humanizar consiste em manter uma relação que, por um lado, faça o doente sentir-se melhor e, por outro lado, permita crescer melhor, de uma forma integral.

Cada utente é um ser único, tem opinião própria, fundamentada em normas, valores, referências e expectativas, que dependem da cultura, tradições e também da sociedade onde está inserido, ou seja, cada utente tem a sua experiência de vida e a sua heterogeneidade (Jorge & Simões, 1995).

A relação humana exige circunstâncias especiais, pois um dos interlocutores – o doente – pode apresentar-se num estado de fragilidade e de angústia e entra num universo frequentemente desconhecido feito de perguntas sem respostas e de comunicações delicadas. Pode existir uma ruptura brusca do doente com o ritmo de vida e hábitos anteriores, gerando-se, assim, sentimentos de ansiedade e, por vezes, de recusa. Estes estados de crise exercem uma influência negativa sobre o doente, o que pode impedir uma evolução favorável do tratamento e a sua reintegração. Para lidar com estes sentimentos, é necessário, da parte dos profissionais de saúde, uma conduta baseada num grande auto-controlo e numa atitude de empatia que possa reduzir a ansiedade dos doentes e seus familiares (Martins, 2002).

A humanização é fruto do contributo de todos (profissionais de saúde, doentes e seus familiares), é um direito e um dever de todos e é precisamente humanizando que se contribui para a qualidade dos cuidados prestados, qualidade essa que é, actualmente, uma das exigências suscitadas aos serviços de saúde (Martins, 2002).

Dado que o utente é o princípio e o fim de toda a actividade dos serviços de saúde, será ele a determinar se a satisfação das necessidades é ou não sinónimo de qualidade. O utente pode, assim, considerar-se juiz da qualidade dos serviços a que tem direito, apresentando reclamações e sugestões, quer como alerta para funções e disfunções, quer como ponto de partida para a acção de carácter correctivo que vise melhorar a qualidade dos serviços (Paúl, 1999).

Dentro desta lógica em que a humanização se alia à necessidade de uma maior e melhor qualidade dos serviços, revela-se de extrema importância a dinamização dos Gabinetes do Utente com o objectivo de informar os utentes dos seus direitos e deveres, e contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços e para a humanização das instituições de saúde.

Para Carapinheiro (1993), a importância social do espaço institucional, deriva do facto deste não só constituir uma instituição crucial nos sistemas de saúde modernos, como também simbolizar o poder da profissão médica. Para a autora, a condição de saúde/doença dos indivíduos é legitimada pelas instituições de saúde, que são consideradas pela autora como autênticas instituições de controlo social. Neste contexto, os médicos podem ser vistos como agentes de controlo social ao serviço das instituições de saúde, sendo responsáveis pela legitimação do estado de doença.

Tal como definiram Blan e Scoot (1962) e Carapinheiro (1993), as instituições de saúde são complexas e diversificadas, sendo locais ideais para o ensino e a investigação. A diversidade profissional e a vertente industrial, e decorrente especialização tecnológica, resultam da maior especialização do trabalho e diversificação das actividades.

Com efeito, as Instituições de saúde caracterizam-se pela importância no tratamento da doença e, tal como refere Wilson (1963), a instituição desempenha diferentes papéis em simultâneo.

Segundo Resende (1986), todo o doente quando entra numa instituição de saúde tende a sentir-se circunstancialmente dependente, sendo absorvido pela estrutura burocrática e muitas vezes perde a sua identidade para passar a ser uma ficha, um número ou até um diagnóstico. A partir de então, a personalidade do doente é cada vez mais posta de parte, porque quem assume verdadeira importância é o diagnóstico e a intervenção dos técnicos é no sentido de tentar tratamentos que controlem as doenças.

## **2. A Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Saúde**

### **2.1. A Satisfação do Utente**

A satisfação dos utentes, enquanto indicador da qualidade dos serviços de saúde, reveste-se da maior importância, quer para entender as reacções às políticas definidas para o sector, quer para avaliar o grau de correcção da qualidade em resultado da sua aplicação (Neves, 2002).

Nesta perspectiva, a opinião do utente é considerada indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, a identificação de problemas a corrigir ou de novas expectativas em relação aos cuidados e, finalmente, na reorganização dos serviços de saúde (McIntyre, 2002).

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

A avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de saúde que lhe são prestados é, primeiro, um parâmetro de avaliação dos cuidados de saúde e, depois, uma forma de envolver os utentes na própria prestação de cuidados, uma forma de lhes fazer sentir que são importantes, que são o mais importante num qualquer sistema de saúde (Biscaia, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a avaliação é um estudo aprofundado de um problema conhecido ou suspeitado na qualidade de cuidados que é concebido para precisar as causas e as medidas necessárias para corrigir esse problema.

A avaliação dos resultados consiste na verificação de resultados finais dos cuidados usualmente classificados como a medida mais útil de todas, pois apontará se os cuidados prestados tiveram sucesso ou não (Donabedian, 1988).

Carvalho e Melo (2000, p. 5) referem que:

O grau de satisfação do cliente deve ser encarado como um valor orientador da conduta dos profissionais de saúde, devendo esta ser orientada para as suas necessidades. A crescente consciencialização do utente na saúde, tem colocado nas últimas décadas as organizações perante a necessidade de avaliar a qualidade dos cuidados prestados.

O conceito de “satisfação do utente” é um termo sumário que, numa perspectiva teórica, se refere ao leque variado de reacção do utente à experiência dos cuidados de saúde. Este conceito refere-se a uma das dimensões dos serviços de saúde que devem ser avaliadas quando se monitoriza a qualidade dos mesmos (Pereira, 2001).

O conceito de satisfação surge como uma atitude face a um objecto, neste caso, os serviços de saúde nas várias vertentes nomeadamente os profissionais de saúde, os cuidados prestados e os respectivos resultados. A satisfação resulta da avaliação feita pelo indivíduo em função das suas necessidades percebidas, expectativas e resultados obtidos. Ou seja, é um estado interno que pressupõe elementos afectivos e cognitivos na avaliação dos recursos e respostas do meio e às necessidades do indivíduo (Roseira, 2003).

A satisfação dos utentes em relação à prestação de cuidados é importante, uma vez que é capaz de influenciar a forma como o utente procura os cuidados de saúde, bem como a manutenção de uma relação duradoura com o seu prestador (Pereira, 2001).

De acordo Pereira (2001), a satisfação dos utentes face aos cuidados que lhes são prestados constitui um importante e legítimo indicador da qualidade destes cuidados. Obviamente que se trata, apenas, da qualidade do ponto de vista do utente (subjectivo) e não necessariamente da qualidade técnica (objectivamente avaliada).

Sendo a satisfação uma dimensão da qualidade dos cuidados ligada ao factor interpessoal, a sua existência não garante necessariamente qualidade técnico-científica. Todavia, a reduzida satisfação determina uma baixa qualidade, porque influencia directamente a adesão do doente ao tratamento (Imperatori, 1985).

De acordo com Grande (2000), o conceito de qualidade não tem uma definição única e, muitas vezes é definido em termos daquilo que é e daquilo que não é. O que para uns é considerado qualidade pode não o ser para outros. No entanto, de uma forma geral a boa qualidade é reconhecida por todos. Quando existem discordâncias relativamente à qualidade, estas devem-se à relevância dos tipos ou das dimensões da qualidade. Existe uma interacção complexa entre a definição de qualidade e a sua medição e o estabelecimento de critérios para os determinados níveis de qualidade.

Carr-Hill (1992) refere que a satisfação humana é um conceito complexo que se relaciona com um grande número de factores, incluindo o estilo de vida, experiências anteriores, expectativas futuras e valores individuais da sociedade. Para o utente, a satisfação é uma necessidade e simultaneamente uma expectativa. Por outro lado, os motivos da insatisfação podem ser indicadores válidos da pouca qualidade na prática do cuidar.

Para Sepúlveda (1998), satisfação é uma função da diferença entre o desempenho esperado e o percebido. Este autor defende que a satisfação tanto poderá ser uma atitude do utente, enquanto consumidor de cuidados de saúde, como poderá ser uma reacção do utente a um prestador específico.

Segundo Paúl (1999), a satisfação é uma atitude, uma emoção ou um sentimento que pode ser verbalizado e medido através de uma opinião. Enquanto atitude, a satisfação tem três componentes: afectiva, cognitiva e comportamental. A satisfação, como reacção, apela às várias dimensões dos cuidados de saúde: estrutura, processo e resultados, e aparece, também, como um padrão comportamental em relação a um determinado objecto. A monitorização do nível de satisfação dos utentes constitui um imperativo ético, moral e social que todos os intervenientes nos processos de saúde deveriam assegurar, pela importância de que se reveste, não apenas para a avaliação dos resultados em saúde, como, e sobretudo, pela oportunidade da melhoria contínua dos serviços que tal informação proporciona.

A satisfação do utente advém da qualidade percebida. Esta, por sua vez, resulta em parte da qualidade técnica e real. A qualidade percebida varia como um contexto específico em que ocorre a utilização dos serviços, mas tem também que ver com os conteúdos do discurso científico que atravessam o discurso leigo e formam impressões, imagens, estereótipos sobre o certo, o bom, o errado e o mau, que dão corpo às atitudes dos utentes face aos serviços prestados (Paúl, 1999).

A «qualidade técnica» que se baseia sobretudo na competência das pessoas que desempenham as diferentes tarefas num serviço, culminando no médico, único responsável pelo resultado, traduz-se numa «qualidade real» que frequentemente não corresponde ao somatório das diversas competências dos intervenientes num processo de complexidade crescente. O processo de produção de saúde envolve cada vez mais gente com diferentes formações e especialidades e é, de facto, cada vez mais complexo, de tal forma que dificilmente o seu resultado pode ser considerado como tendo um único responsável (Paúl, 1999).

O utente dos cuidados de saúde tem de ser encarado como um “cliente” que deve sair satisfeito com o serviço que procurou. A razão de existir de qualquer organização, pública ou privada, está na “medida que disponibiliza à comunidade produtos ou serviços de que ela necessita” e o seu maior trunfo é o “estar próximo do cliente” (Abreu, 1988, p. 38). Abreu (1988, p. 43) acrescenta ainda, “ (...) que para satisfazer um cliente há que lhe fornecer um produto ou prestar um serviço adequado às suas necessidades e expectativas em termos de funcionamento e qualidade”.

Sobre as expectativas do cliente, Abreu (1988, p. 42-43) diz que, em qualquer ramo de actividade, o cliente espera satisfazer “com qualidade e fiabilidade as suas necessidades pessoais”, pretenda obter cuidados de saúde ou outro qualquer serviço, pois cada um dos prestadores é, para ele, a “corporização da organização em geral e do nosso departamento em particular”.

O conceito de satisfação detém uma natureza multidimensional, em que intervém uma amálgama de variáveis de estrutura, de processo e de resultado (Santos, 1993).

A literatura existente sobre o tema, segundo Graça (1994), tem estudado a satisfação dos utentes como variável independente de comportamentos subsequentes e como variável dependente, determinada por características sócio-demográficas do próprio (exemplo: sexo, idade) e por variáveis técnicas e organizacionais ligadas aos serviços e às pessoas que prestam cuidados (exemplo: marcação de consultas, tempo de espera, humanização dos cuidados).

Santos (1993) fez uma síntese de vários trabalhos conceptuais existentes sobre a satisfação do utente e descobriu que alguns destes dão valor à expectativa, enquanto outros valorizam o resultado da comparação entre a expectativa e a realização ou resultado percebido. No entanto, as dúvidas persistem. A satisfação do utente nem sempre é claramente definida, não sendo consensual se esta é uma atitude, um comportamento ou ambos, nem tão pouco se será efémera ou estável.

Uma outra teoria, desenvolvida por Linder-Pelz (1982), propõe um modelo que valoriza a expectativa baseada em características sócio-psicológicas. Os seus estudos inspiram-se na literatura sobre a gestão-satisfação profissional. As percepções, avaliações e comparações antecedem as avaliações positivas ou negativas. Nesta base, a satisfação decorrerá da avaliação individual positiva das diferentes dimensões dos cuidados.

Uma das teorias explicativas da satisfação do utente com o contexto de cuidados de saúde foi proposta por Pascoe (1983), tendo surgido a partir da literatura sobre a satisfação do utente no contexto dos cuidados primários. Esta teoria encara a satisfação do utente como uma avaliação dos serviços recebidos, pela comparação das características mais evidentes da sua experiência com os cuidados de saúde com um padrão subjectivo.

Swan (1985), por sua vez, apresenta quatro ideias básicas que considera estarem implícitas na satisfação com os cuidados de Saúde:

- Percepção de desempenho;
- Confirmação das expectativas relativas ao desempenho e da percepção sobre o tratamento equitativo;
- Satisfação global;
- Intenção em voltar ou não.

Este último modelo mostrou que a equidade, o sentimento de que se foi tratado justa ou injustamente, é uma parte importante no processo (Santos, 1993).

Para Donabedian (1988) e Vuori (1984), a satisfação dos utentes é um instrumento importante na avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. Segundo McIntyre (1999, p. 16), estas concepções têm em comum “ A definição da satisfação do utente (S) como resultado das diferenças entre as expectativas do doente em relação aos cuidados (E) e a sua percepção dos cuidados realmente recebidos (P), isto é,  $S=P-E$ ”.

De acordo com a mesma autora, parece não haver dúvida de que a satisfação do utente é uma avaliação que este faz dos cuidados que são prestados. Essa capacidade costuma ser subestimada pelos prestadores de cuidados de saúde, preocupados com a doença e não com a pessoa.

Além do mais, ainda hoje, segundo Graça (1994), o consumidor não detém o conhecimento do mercado de cuidados que lhe permita escolher as formas de tratamento que maximizem a sua utilidade.

Por outro lado, a qualidade dos cuidados de saúde, segundo Vuori (1984), deve centrar-se não apenas nas estruturas e processos, mas sobretudo nos resultados. Para este autor, a satisfação do utente é um indicador de natureza psicossocial: está relacionada com a afectividade – o que se pensa ou sente sobre os cuidados que lhe são prestados e sobre a pessoa que lhos presta.

McIntyre (1999) refere que os utentes têm opiniões diferentes sobre os aspectos dos cuidados de saúde, sendo uma das distinções importantes: o aspecto técnico e o aspecto humano ou interpessoal do cuidar, também chamado *arte de cuidar*. Assim, a avaliação do utente deverá contemplar várias dimensões e não esquecer diversas variáveis determinantes da satisfação como as características sócio-demográficas, o estado físico e psicológico, atitudes e expectativas sobre os cuidados de saúde, bem como a estrutura (características ambientais e organizativas do serviço), processo (competências técnicas e qualificação do prestador) e resultados da prestação de cuidados.

A satisfação do utente revela ser uma questão complexa. Não podemos descurar uma dificuldade colocada por Graça (1994), quando nos diz que a maioria dos utilizadores dos cuidados de saúde do sector público são ainda, no nosso país, bastante incultos o que não lhes permite discernir quais as obrigações dos profissionais de saúde para exigirem os cuidados a que têm direito. Por outro lado, os prestadores dos cuidados de saúde ainda os vêem como receptáculos passivos dos seus cuidados.

Os cidadãos de um país, no seu conjunto, são capazes de identificar, ou pelo menos, sentir a qualidade do seu sistema de saúde. Podem, individualmente, deixar-se abstrair pelo acessório, esquecendo o principal, pode o brilho da tecnologia sobrepor-se ao carinho da assistência, pode a aparente eficiência das manobras dispensar a informação devida ao cidadão doente e família, mas ninguém se ilude. Mesmo sem dimensão objectiva, o cidadão reconhece a qualidade e respeita o esforço dos que contribuem para os seus ganhos em saúde, reconhece-o sempre, e, directa ou indirectamente, acaba por recompensar quem por ele lutou (Campos, 2001).

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

## **2.2. Porquê e para quê estudar a satisfação dos utentes com o sistema de cuidados de saúde**

Estudar a satisfação dos utentes constitui um importante factor na avaliação da qualidade dos cuidados, quando dirigida quer às áreas interpessoais (por exemplo, atenção, comunicação com a equipa), quer ao âmbito onde os cuidados são prestados (por exemplo, conforto privacidade e higiene), assim como às suas consequências psicológicas e sociais (Falcão, 2004).

De acordo com Falcão (2004), quaisquer que sejam as forças e limitações enquanto indicadores de qualidade, a informação sobre a satisfação do utente deverá ser indispensável para avaliar a qualidade, como também para o planeamento e gestão dos serviços de saúde. Esta avaliação é uma importante medida de qualidade dos cuidados, porque dá informação acerca do sucesso do prestador.

Actualmente, considera-se que a satisfação dos utentes com o sistema de cuidados de saúde é decisiva para a qualidade e eficiência dos cuidados que lhe são prestados. Segundo Cabral (2002), o aparecimento de estudos sobre a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde teve início na década de 50 do século XX, com o surgimento dos primeiros estudos sobre a interacção médico-doente, sendo nesta altura o doente visto como um agente passivo, mas do qual era importante conhecer o grau de satisfação por uma questão de adesão ao tratamento. No início da década de 70 do século XX, esta visão foi modificada devido ao surgimento do movimento do consumidor, que veio a alterar a posição dos utentes nos sistemas de saúde ou seja os utentes passaram a ser interventivos e a serem vistos como tal.

Segundo Fitzpatrick (1993), a satisfação do utente não só constitui um indicador importante da qualidade dos serviços, como parece estar directamente relacionada com a adesão à terapêutica. Tem-se verificado que os utentes mais satisfeitos com os cuidados são mais passíveis de seguir as prescrições médicas, continuar a ser acompanhado pelo profissional actual e ter um estado de saúde melhor.

Efectivamente, é de esperar que, ao longo de vários contactos que os indivíduos vão estabelecendo com o sistema de saúde e com os profissionais, vão construindo um conjunto de atitudes face aos mesmos consoante a avaliação pessoal que vão fazendo desses mesmos contactos e dos resultados daí derivados (Marteau, 1990).

As medidas de satisfação, tanto quantitativas como qualitativas, são uma importante ferramenta de pesquisa e planeamento. Os utentes podem fornecer informação válida e única acerca da qualidade dos cuidados que receberam. A avaliação dos cuidados, segundo Hesben (2001), é essencial no processo de qualidade que consiste em formar uma opinião sobre o nível de cuidados prestados.

Para Roseira (2003), não é possível falar de satisfação dos utentes sem perceber como se formam as impressões sobre o Sistema Nacional de Saúde e os seus intervenientes (profissionais de saúde).

O utente faz uma avaliação subjectiva da qualidade dos resultados que obteve em função das suas necessidades percebidas e expectativas. A satisfação do utente, ainda que não sobreposta à noção de qualidade dos serviços, é um indicador importante de qualidade em saúde (Roseira, 2003).

Apesar de determinadas expectativas dos utentes não corresponderem a determinados padrões de actuação de qualidade pré-estabelecidos, não significa que não se deva ouvir a voz do utente, e dessa forma dar-lhe as respostas adequadas, sem deixar, no entanto, de respeitar os padrões de qualidade.

Para Carvalho (1996), os processos de comunicação em saúde têm importância crítica e estratégica, porque podem influenciar significativamente a avaliação que os utentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e os comportamentos de adesão medicamentosa e comportamental. Ou seja a avaliação que os utentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde prestados pelos profissionais, é realizada em grande parte a partir da avaliação que fizeram das competências comunicacionais dos técnicos com quem interagiram.

O feedback do utente é, para Donabedian (1988), muito importante para o processo de avaliação da qualidade dos cuidados, pois ajuda os prestadores a identificar áreas a aperfeiçoar, tais como na educação para a saúde, planeamento e avaliação dos cuidados.

### **2.3. A Satisfação com a comunicação Médico - Utente**

A satisfação com a comunicação médico-utente é, por excelência, um domínio central para todos aqueles que diariamente têm que prestar serviços que implicam um contacto directo com um público.

Se o conceito de dignidade humana serve de referencial normativo a todo o tipo de intervenção no homem, a prestação de cuidados não podia fugir a esta realidade. Na prestação de cuidados de saúde, o respeito pela autonomia do doente e pela dignidade humana significa, acima de tudo, a promoção da sua capacidade para pensar, decidir e agir. Neste contexto, o papel do profissional de saúde é essencial, no sentido de criar uma relação afável e de confiança permitindo perceber se existiu compreensão por parte do paciente (Serrão, 1998).

Tratando-se de dois seres humanos, esta relação deverá possuir, necessariamente, um intenso respeito pela dignidade e dignidade do doente (Serrão, 1998).

Teixeira (1996, p. 135) refere que:

“Comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduo e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde”.

Esta definição é suficientemente ampla para englobar todas as áreas nas quais a comunicação é relevante em saúde. Não se trata somente de promover a saúde, embora esta seja a área estrategicamente mais importante. De facto, a comunicação em saúde inclui mensagens que podem ter finalidades muito diferentes, tais como promover a saúde e educar para a saúde; evitar riscos e ajudar a lidar com as ameaças para a saúde; prevenir as doenças; sugerir e recomendar mudanças de comportamento; recomendar exames de rastreio; informar sobre a saúde e sobre as doenças; informar sobre os exames médicos que é necessário realizar e sobre os seus resultados; bem como recomendar medidas preventivas e actividades de auto-cuidados em indivíduos doentes (Teixeira, 1996).

Para Teixeira (1996), a comunicação é um tema transversal em saúde e com relevância em contextos muito diferentes, como: na relação entre os técnicos de saúde e os utentes dos serviços de saúde; na disponibilização e no uso de informação sobre saúde quer nos serviços de saúde, quer nas famílias, ou comunidades; na construção de mensagens sobre saúde no âmbito de actividades de educação para a saúde, de programas de promoção da saúde e de prevenção, que visam a promoção de comportamentos saudáveis; na comunicação interna nas organizações de saúde; bem como na qualidade do atendimento dos utentes por parte dos funcionários e serviços.

Nas relações interpessoais, inerentes ao exercício profissional, é a qualidade do encontro que determina sua eficiência. Reconhecidamente, a empatia entre médico e paciente, é essencial neste encontro. Assim, na formação e na identificação do bom profissional médico, a relação médico-paciente é sempre referida (Teixeira, 1997).

O pouco tempo para a realização das consultas médicas e a falta de estrutura dos serviços de saúde são apontados como principais factores que impossibilitam a empatia, levando a que a relação médico-paciente seja vista como uma mera busca de sintomas para a prescrição de medicamentos adequados às queixas apontadas (Sá, 2001).

Ogden (1999) refere que o modelo tradicional da comunicação médico doente encara o médico como um especialista que comunica os seus «conhecimentos» a um doente. O médico é visto como uma figura que orienta os seus doentes. No entanto, esta autora refere que a investigação sugere que o processo de comunicação pode sempre ser melhorado, caso seja adoptado um estilo partilhado de consulta centrada no doente.

De acordo com Ogden (1999), o trabalho do médico, o tipo de informação e de comunicação com os doentes podem melhorar a adesão dos doentes em relação às recomendações feitas durante as consultas.

A personalização dos cuidados na assistência à doença é uma característica cada vez mais reclamada pelas sociedades modernas, o que significa a necessidade de maior confiança dos cidadãos face ao poder tecnológico da Medicina moderna. É com uma assistência directa e continuada, que caracteriza a relação médico/doente dos cuidados primários de saúde, que se obtém este objectivo (Grande, 2000).

A importância dos processos de comunicação em saúde é dada pelo seu carácter transversal (várias áreas e contextos de saúde, quer nos serviços de saúde quer na comunidade), central (na relação que os técnicos de saúde estabelecem com os utentes no quadro da prestação dos cuidados de saúde), e estratégico (relacionado com a satisfação dos utentes) (Carvalho, 1996).

Carvalho (1996) considera que a comunicação em saúde tem influência ao nível individual e ao nível comunitário. A nível individual, porque ajuda a tomar consciência das ameaças para a saúde, pode influenciar a motivação para a mudança que visa reduzir os riscos, reforça atitudes favoráveis aos comportamentos protectores da saúde e pode ajudar a adequar a utilização dos serviços e recursos de saúde. A nível da comunidade pode promover mudanças positivas nos ambientes socio-económicos e físicos, melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde e facilitar a adopção de normas que contribuam positivamente para a saúde e a qualidade de vida. Assim, os processos de informação e comunicação em saúde podem influenciar os resultados da actividade dos técnicos em termos de ganhos em saúde no que se refere à morbilidade, bem-estar psicológico e qualidade de vida dos utentes, e são excelentes analisadores da qualidade dos cuidados e das competências dos técnicos de saúde.

De acordo com Taylor (1998), atitudes negativas e desfavoráveis dos técnicos de saúde e dos utentes em relação à comunicação podem conduzir a problemas comunicacionais na sua interacção. As consequências dos problemas de comunicação na relação entre os técnicos de saúde e os utentes podem ser variadas, como, por exemplo, a sua insatisfação com a qualidade dos cuidados de saúde, erros de avaliação porque não se identificam queixas relacionadas com crises pessoais, comportamentos de adesão mais insatisfatórios, e também maior dificuldade no confronto e adaptação à doença por não se saber o que fazer ou até por se sentir incompreendido.

Particularmente, as dificuldades relacionadas com a transmissão de informação e com atitudes inadequadas dos técnicos em relação à comunicação podem resultar em comportamentos de adesão insatisfatórios em relação à adopção de comportamentos saudáveis, realização de exames de rastreio e de diagnóstico, tratamentos medicamentosos, desenvolvimento de auto - cuidados, realização de outras consultas e adesão a medidas de reabilitação.

A melhoria dos processos de comunicação que ocorrem na relação entre os técnicos de saúde e os utentes exige uma intervenção dupla sobre os técnicos de saúde e sobre os utentes com a finalidade de desenvolver as suas competências de comunicação (Taylor, 1998). Assim, é desejável que os técnicos de saúde se tornem cada vez melhores comunicadores.

As investigações têm revelado que há vários aspectos dos cuidados de saúde que influenciam as avaliações do utente. Roter (1989) fez uma meta-análise de 41 estudos comparando aspectos do comportamento dos médicos e a satisfação dos seus utentes e verificou que o factor mais importante na satisfação do utente era o fornecimento de informação por parte do profissional em relação ao seu problema e tratamento.

## **2.4. A Satisfação com a Qualidade dos Cuidados de Saúde Primários**

Os Cuidados de Saúde Primários são um elemento-chave de um sistema de saúde. Estão na linha da frente, constituindo-se como os cuidados de primeiro contacto, ao estarem acessíveis quando necessários e acompanhando global e longitudinalmente todo o processo saúde-doença de uma vida e não apenas os episódios de doença pontual. Orientam-se para a promoção da auto-responsabilização e autonomia dos cidadãos nas suas decisões e acções, coordenando sempre que necessário, as suas interacções com outras estruturas ou profissionais no domínio da Saúde (Biscaia, 2006).

Definir qualidade não é fácil, pois é um conceito em constante mutação, porém a sua importância é inequivocamente posta em evidência por Charvet-Protat (1998, p.720) quando afirma: “A qualidade custa caro, mas existe algo mais caro que a qualidade: a sua ausência”.

Para Biscaia, (2006, p.9) e de uma forma conceptual, qualidade dos serviços de saúde é: “ Um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação de desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados”.

Os cuidados de saúde primários fazem parte integrante do Sistema de Saúde do qual constituem o centro, assim como do desenvolvimento social e económico global da comunidade. Proporcionam o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade, permitindo a aproximação da assistência de saúde o mais perto possível dos locais onde a população vive e trabalha, e constituem o primeiro elemento de um processo permanente de assistência de saúde (Imperator, 1985).

A qualidade em saúde envolve múltiplos aspectos e pode ser definida como a "provisão de serviços acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, tendo em conta os recursos disponíveis, de forma a alcançar a adesão e a satisfação do usuário" (Hernandez, 1993, p.8).

De acordo com Imperatori (1985), os cuidados de saúde primários são o reflexo das características socioculturais e económicas da sociedade onde estão inseridos, orientam-se para a resolução dos principais problemas de saúde da comunidade, implicam a participação de todos os sectores do desenvolvimento, exigem e fomentam a participação da comunidade e a auto-responsabilidade.

Para Vuori (1984), os cuidados de saúde primários não traduzem apenas um conjunto de actividades ao nível dos cuidados, significam também uma estratégia de organização dos cuidados de saúde, além de uma filosofia. De acordo com a opinião de Silva (1983), há necessidade de fortalecer os cuidados de saúde primários e de diminuir a procura dos cuidados no hospital, de forma a satisfazer melhor e mais economicamente as necessidades. Contudo, em termos de concepções teóricas, a valorização hoje atribuída à prevenção nem sempre se manifestou, existindo, no passado, ideias contrárias em relação aos seus beneficiários.

É nos cuidados de saúde primários que há uma participação activa da comunidade e onde se deve procurar bem-estar, respeito, justiça e igualdade através da solidariedade na troca de conhecimentos e outros recursos. Sendo a saúde um direito fundamental de todos os seres humanos, a preocupação dos cuidados de saúde primários deve privilegiar a promoção e educação para a saúde e a prevenção da doença. Assim, num serviço de saúde que pretende visar os indivíduos, as famílias e a própria comunidade,

os cuidados de saúde a prestar ultrapassam a actividade desenvolvida dentro do Centro de Saúde (Serrão, 2000).

Palmer (1983) identificou cinco dimensões para definir qualidade em cuidados de saúde que demonstram a necessidade de uma interacção entre preocupações clínicas e não clínicas no seio de uma instituição de saúde: a **eficácia** – característica de um determinado procedimento clínico ou tratamento tendente a melhorar o estado de saúde; a **eficiência** – fornecimento de um número máximo de unidades comparáveis de cuidados de saúde correspondente a uma determinada unidade de recursos de saúde usados; a **acessibilidade** – grau de acesso aos cuidados de saúde em relação às barreiras de ordem financeira, organizacional, cultural ou emocional; a **aceitabilidade** – grau de satisfação dos doentes em relação aos cuidados de saúde; a **competência do prestador de cuidados** – capacidade do prestador de cuidados em usar, na tomada de decisão, o melhor conhecimento disponível, de modo a produzir consumidores são e satisfeitos. A competência do prestador de cuidados diz respeito às capacidades técnicas e de relacionamento interpessoal, assim como ao próprio sistema de prestação de cuidados e à maneira como ela funciona na globalidade.

Donabedian (1988) definiu qualidade dos cuidados de saúde como o tipo de cuidados que maximiza uma medida que inclui o bem-estar dos doentes, após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes. Este autor considera que não se pode proceder à medição sobre a qualidade dos cuidados de saúde, sem que haja uma definição precisa deste conceito.

Sobre esta matéria destacam-se dois elementos: o primeiro é **a componente técnica dos cuidados** (a função de curar) cuja preocupação essencial é a adequação dos processos de diagnóstico e de terapêutica, neste caso, a qualidade é medida em termo do que de melhor existe na prática. A qualidade técnica está relacionada com a competência dos prestadores de cuidados (eficácia e precisão das suas actividades e os riscos desnecessários que são corridos). O segundo elemento – **o aspecto interpessoal dos cuidados de saúde** (a função de cuidar) – envolve os elementos humanos dos cuidados e as relações sociais e psicológicas entre o doente e os prestadores de cuidados, as explicações acerca da doença e do tratamento, bem como a informação recebida. Este elemento refere-se à forma como os prestadores e cuidados interagem pessoalmente com os doentes relativamente à consideração, amizade, paciência, cortesia, respeito e sinceridade.

Donabedian (1988) e Ware (1983) adoptaram **quatro** dimensões para a medição da qualidade dos cuidados de saúde:

- 1) **Conduta do prestador de cuidados que engloba a função de curar** (medidas preventivas, eficácia, seguimento e prudência) **e a função de cuidar** (informação prestada, confiança transmitida pelos seguimentos, cortesia e respeito);
- 2) **O acesso aos cuidados e convivência** – o acesso (cuidados urgentes, conveniência dos serviços, acessos), e as finanças (custo dos cuidados, mecanismos de pagamento, seguros);
- 3) **Disponibilidade** (ter hospitais, especialidades, clínicos gerais e instalações bem equipadas);
- 4) **Continuidade** (continuidade dos cuidados, médico com regularidade).

Das investigações feitas na área dos cuidados de saúde, Donabedian (1988), sintetizou três zonas de medição da qualidade: a **estrutura** – características relativamente estáveis dos prestadores dos cuidados de saúde, dos instrumentos e recursos que têm ao seu dispor, e dos ambientes físicos e organizacionais em que trabalham; o **processo** – conjunto de actividades que se desenvolvem entre prestadores de cuidados e doentes; o **efeito** – alteração no estado de saúde actual ou futuro de um doente que possa ser atribuída a anterior prestação de cuidados de saúde. Esta trilogia tem sido utilizada para medir a qualidade dos cuidados de saúde, assim como um instrumento para classificar programas de garantia da qualidade.

Para Donabedian (1988), no que diz respeito à estrutura, pode-se considerar o número e qualificações do pessoal que presta os cuidados de saúde, a localização geográfica e sócio - económica do hospital. Quanto ao processo, a garantia da qualidade, deve ser abordada através de normas existentes para os processos técnicos dos cuidados de saúde. O efeito na avaliação da qualidade dos cuidados e saúde, integra a satisfação do doente e a autoavaliação do estado de saúde. No entanto, a abordagem clínica para a definição de efeito pode levantar algumas dificuldades, porque os efeitos podem ser diferentes (ex. dois casos idênticos, resultados idênticos, efeitos diferentes).

De acordo com Henriques (2000), podemos dizer que a qualidade nunca acontece por acidente, mas é sempre resultado de um esforço inteligente; é multifacetada; os erros ou defeitos devem ser 0% e a satisfação do cliente deve ser 100%; é um processo contínuo, que não acaba ao atingir-se a meta; é dinâmica, pois deve acompanhar as necessidades dos clientes e a evolução das técnicas, incluindo as da qualidade; deve ser quantificável, pois é por aí que se podem definir os resultados de uma empresa ou organização. O mesmo autor refere ainda que não basta querer qualidade, é necessário sentir a sua necessidade, por isso tem que ser vista como a filosofia da própria empresa.

## **2.5. Satisfação com o Serviço Nacional de Saúde Português**

A opinião do utente tem vindo a ser cada vez mais considerada no domínio científico e pelos vários parceiros sociais no sentido de monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e de avaliar a eficácia das medidas correctivas que se têm vindo a implementar no Sistema Nacional de Saúde.

Os primeiros trabalhos de investigação na área de satisfação dos doentes/utentes datam dos anos 60 do século XX nos Estados Unidos da América. Nos últimos anos, estes trabalhos têm-se multiplicado, debatendo-se contudo com o problema anteriormente referido da não existência de um instrumento de colheita de dados universal que permitisse a comparação entre serviços de saúde.

Sentindo esta dificuldade e a nível dos cuidados primários em 1993, foi criado a nível Europeu um grupo de trabalho com o objectivo de escrever uma proposta de investigação a apresentar à União Europeia. Desse grupo de trabalho, de que faziam parte os investigadores portugueses Prof. Pedro Lopes Ferreira e Dr. António Rodrigues, do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia de Coimbra, surgiu em 1996 um instrumento padronizado denominado “EUROPEP”.

Para a aplicação do EUROPEP em Portugal foi estabelecido um protocolo entre o Instituto da Qualidade em Saúde do Ministério da Saúde e o já referido Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Este protocolo foi alargado aos cuidados diferenciados com a aplicação de inquéritos de satisfação aos doentes internados, tendo sido efectuados inquéritos aos doentes de vários hospitais do país.

Têm sido realizados vários estudos, destacando-se um sobre a opinião relativamente aos serviços de saúde na União Europeia, efectuado em 1992 (Eurobarómetro), que mostra que 71% dos europeus consideram que, de um modo geral, a qualidade dos cuidados de saúde que a população recebe é boa, mas que só 43% dos inquiridos portugueses consideram o mesmo. Por outro lado, 50% dos inquiridos europeus pensam que os serviços de saúde acessíveis ao cidadão médio são ineficientes e os doentes não são tratados tão bem quanto deveriam ser, enquanto que 80% dos inquiridos portugueses são da mesma opinião (Direcção-Geral da Saúde, 1997).

Estes resultados estão, contudo, em contradição com a dos habitantes da região de Lisboa e Vale do Tejo. No inquérito de Saúde dessa região, realizado em 1989/90, e que esteve a cargo do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, cerca de 56,3% das pessoas com 15 ou mais anos (80,8% da população inquirida) manifestaram uma opinião favorável a respeito dos Centros de Saúde (Ferreira, 2001).

A mesma opinião foi corroborada pelo estudo sobre «Imagem dos Serviços Públicos em Portugal», realizado em 2001 pela Equipa de Missão para a Organização e Funcionamento da Administração do Estado. Neste estudo, dos 1048 inquiridos, 81% afirmaram ter utilizado o Serviço Nacional de Saúde, e destes últimos 66,6% manifestou-se satisfeito ou muito satisfeito e 33,4% nada satisfeito. Os hospitais e os centros de saúde foram os serviços da Administração Pública a que os inquiridos mais recorreram, o que está de acordo com os resultados obtidos num estudo semelhante realizado em 1993 (Hespanhol, 2005).

Ainda um outro estudo intitulado «O que os Portugueses pensam dos Serviços de Saúde» foi promovido pela Ordem dos Farmacêuticos e conduzido pela Metris Gfk, tendo adoptado a mesma metodologia e o mesmo questionário utilizados num estudo idêntico promovido, em 1999, pela Fundação Antero de Quental, e também conduzido pela Meris Gfk, a fim de obter uma base de comparação. Esta amostra foi constituída por 1010 residentes em Portugal continental, com 18 ou mais anos de idade, tendo a informação sido recolhida através de uma entrevista pessoal na residência do inquiridos ou noutros locais, em Maio de 2002 (Hespanhol, 2005).

Este estudo permitiu concluir que a avaliação global da prestação dos serviços de saúde é, geralmente positiva. A comparação entre os resultados de dois estudos demonstra que há uma tendência comum a todos os serviços de obterem uma avaliação muito mais favorável do que em 1999. Em relação aos hospitais do Estado as respostas de Muito Bom e de Bom evoluíram de 8,7% para 14,5% e de 22,8% para 36% e nos centros de saúde de 6,1% para 11,3% e de 25,2% para 35,3% (Hespanhol, 2005).

O estudo denominado «Cuidados de Saúde em Portugal», teve como ponto de partida uma pesquisa da Comissão da Comunidade Europeia e abrangeu além de Portugal, a Bélgica, A Itália e a Espanha (Hespanhol, 2005). Foram realizadas entrevistas a 2000 utentes de Portugal Continental com 15 anos ou mais, por 52 entrevistadores. A escolha dos entrevistados teve em conta vários elementos, como a idade, o sexo, a distribuição geográfica, o nível educacional, a actividade profissional, o estado civil e o número de elementos do agregado familiar, de forma a tornar-se representativa. Essa amostra teve em conta os resultados do Censo de 1981 e outros dados posteriores fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística. Os inquiridos referiam-se aos cuidados que tiveram durante os 12 meses imediatamente precedentes. Em 2000 e mais recentemente em 2003, com o objectivo de determinar a satisfação dos portugueses com os centros de saúde, a Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (DECO) elaborou um questionário que englobava aspectos como a acessibilidade o tempo de espera para obter uma consulta, a relação médico de família/utente, a informação dos utentes, os serviços de urgência, e a satisfação com o funcionamento do centro de saúde (Hespanhol, 2005). A administração dos questionários decorreu em 2000 durante os meses de Maio e Junho, tendo sido estudada

uma amostra de 2590 utentes, distribuídos por 376 centros de saúde, enquanto que a outra decorreu em 2003, durante os meses de Junho e Julho, tendo sido estudada uma amostra de 4900 utentes, distribuídos por 70 centros de saúde. Este estudo permitiu verificar que, de um modo geral, os centros de saúde se situam perto de casa. Em 2003, relativamente a tempo de espera para obter uma consulta no seu médico de família, quase um terço dos inquiridos esperava um mês ou mais, enquanto que no inquérito de 2000 este tempo de espera era referido pelo menos de um quarto dos inquiridos. Por outro lado, relativamente ao tempo de espera entre a hora marcada e a hora em que foi atendido, tanto em 2000 como em 2003, cerca de um quarto dos utentes esperava mais de 2 horas. A comunicação e a continuidade dos tratamentos entre os centros de saúde e os centros de diagnóstico ou os hospitais onde os médicos de família enviavam os seus utentes, eram consideradas deficientes (Hespanhol, 2005).

Deste estudo realizado em 1993 pela DECO, sobre o sistema de saúde português, em comparação com os outros países comunitários, revelaram que os portugueses vão menos ao médico, esperam mais tempo, tanto entre o momento da marcação e da consulta, como no próprio consultório médico, por isso o seu grau de satisfação também é menor.

Em Portugal, em 1999, o estudo designado «A Voz dos Utentes – Satisfação com a Medicina Geral e Familiar», realizado por Ferreira, contou com a resposta de 714 utentes, com a idade igual ou superior a 18 anos, de 37 centros de saúde distribuídos por todo o país e estratificados de acordo com o tipo de urbanização da sua localização e o seu tamanho o que correspondeu a uma taxa de resposta de 67%. Este estudo mostrou que os utilizadores têm avaliações particularmente positivas acerca do tempo que lhes

foi dispensado pelo médico de família, da forma como este os ouviu e da confidencialidade dos registos clínicos. Neste estudo, aspectos relacionados com a gestão do centro de saúde e das consultas obtiveram avaliações relativamente negativas. Foi o caso dos tempos de espera, da acessibilidade, da disponibilidade dos profissionais e da 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 de Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) administraram o questionário Europep, tendo respondido um total de 4714 utentes, inscritos em 194 Centros de Saúde, o que correspondeu a 54% do universo dos utentes dos Centros de Saúde do Continente (Ferreira, 2003). A maioria dos utentes forneceu uma avaliação positiva dos cuidados. Em ambos os estudos, as dimensões dos cuidados de saúde primários associados a maior satisfação são a continuidade e cooperação e a organização dos serviços.

Na dimensão continuidade e cooperação, as queixas dos utentes têm que ver com a «preparação do que esperar das consultas e dos cuidados prestados», enquanto que na organização dos serviços essas queixas referem-se aos seguintes domínios: «tempo de espera», à «facilidade em marcar uma consulta que me sirva no Centro de Saúde», ao «apoio do pessoal do Centro de Saúde além dos Médicos», a «rapidez com que os problemas foram resolvidos», à «facilidade em falar pelo telefone para o Centro de Saúde» e à «facilidade em falar pelo telefone para o seu Médico de família» (Instituto da Qualidade em Saúde, 2003).

Um estudo sobre a satisfação do utente e atitudes face aos médicos e à Medicina realizado em três centros de saúde da Sub-Região de Saúde de Braga, em que foram avaliados 137 utentes que no momento da recolha de dados se encontravam no centro de saúde à espera da consulta, revela que os sujeitos que apresentam uma avaliação global mais favorável dos serviços prestados pelo Centro de Saúde apresentam também níveis mais elevados de atitudes positivas face aos médicos. Os resultados revelam que as atitudes face aos médicos e Medicina se relacionam sobretudo com a qualidade técnica percebida e a qualidade das relações estabelecidas, a comunicação, a avaliação global dos serviços e a acessibilidade aos mesmos. Destaca-se, ainda, que os utentes que utilizam mais os serviços de saúde apresentam avaliações significativamente mais satisfatórias ao nível da comunicação e relações interpessoais. Neste estudo, enfatizam-se, ainda, a importância para os utentes da comunicação/informação e relacionamento interpessoal, acessibilidade dos serviços e competência técnica dos profissionais de saúde na satisfação dos utentes com os serviços recebidos, o que também se traduz nas representações que estes têm em relação aos médicos e Medicina. Quanto melhor é a satisfação, mais positivas são as representações dos utentes em relação aos médicos e à Medicina (Pereira, 1999).

Em Portugal, estudos realizados acerca da satisfação dos utentes têm permitido documentar as suas experiências com os serviços de saúde e com o resultados dos cuidados prestados, demonstrando que os portugueses estão satisfeitos, com o seu Médico de Família e insatisfeitos com a organização dos serviços de saúde, em especial com os tempos de espera.

## **II. Estudo Empírico**

### **1. Justificação e Pertinência do Estudo**

Ao abordar o problema da satisfação dos utentes, tem-se por finalidade conhecer e reflectir sobre a actuação dos vários profissionais ao nível da prestação de cuidados e identificar quais os factores que possam ser conducentes à satisfação/insatisfação dos utentes.

O interesse por esta investigação advém da autora estar, actualmente, a trabalhar no Gabinete do Cidadão da Administração Regional de Saúde do Norte, o que chamou a atenção para o desenvolvimento de um estudo mais aprofundado.

Cada utente é um ser único, que tem opinião própria fundamentada em valores, referências e expectativas, que dependem da cultura, tradição e também da sociedade onde está inserido. Os utentes têm uma experiência de vida, uma cultura, uma heterogeneidade e referências que constroem diferentes expectativas, e, conseqüentemente, criam diferentes necessidades de prestação de cuidados (Jorge & Simões, 1995).

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

Quaisquer que sejam as forças e limitações enquanto indicadores de qualidade, a informação sobre a satisfação do utente deverá ser indispensável para avaliar a qualidade, como também para o planeamento e gestão dos serviços de saúde.

As medidas de satisfação, tanto quantitativas como qualitativas, são uma importante ferramenta de pesquisa e planeamento (Santos, 1993). Esta avaliação é uma importante medida de qualidade dos cuidados, porque pode fornecer informação válida e única acerca percepção que os utentes têm em relação à qualidade dos cuidados que os utentes receberam.

## **2. Objectivos**

Para Carmo e Ferreira (1998, p.44), “ (...) nas ciências sociais a determinação do campo que se vai investigar, não deve ser feita ao acaso”, por isso torna-se fulcral delimitar-se o objectivo de estudo.

Tendo por base a revisão da literatura efectuada, o presente estudo pretende analisar a satisfação dos utentes sobre os cuidados de saúde que lhe são prestados, designadamente, sobre o funcionamento geral do Centro de Saúde e sobre a qualidade do serviço prestado pelo Médico de Família, partindo-se, assim, de uma pergunta geral – Os utentes utilizadores dos cuidados de saúde primários estão satisfeitos com o seu Médico de Família e com o seu Centro de Saúde?

Mais especificamente, este estudo tem como objectivos:

- 1) Avaliar a satisfação dos utentes utilizadores dos Centros de Saúde (Soares dos Reis e Oliveira do Douro, Arcozelo e Boa Nova e Barão do Corvo) – Vila Nova de Gaia – com o seu Médico de Família e à satisfação com o seu Centro de Saúde;
- 2) Avaliar, globalmente, a percepção que os mesmos utentes têm relativamente às várias dimensões dos cuidados que lhe são prestados, nomeadamente: (1) área dos cuidados médicos, (2) informação e apoio, (3) atitudes relacionais e comportamentais, (4) organização dos serviços, (5) continuidade e cooperação; assim como, às áreas específicas da satisfação: (1) consulta, marcação e acessibilidade, (2) relativa aos profissionais, (3) condições do Centro de Saúde e serviços prestados.
- 3) Avaliar se existe uma relação entre a idade dos participantes e o grau de satisfação com o seu médico de família e o seu Centro de Saúde, bem como entre este grau e o número de consultas com o Médico de Família.
- 4) Avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas quanto à satisfação dos utentes com o seu Médico de Família e o seu Centro de Saúde entre utentes dos dois sexos.
- 5) Avaliar se existem diferenças significativas quanto à satisfação com o Médico de Família e o Centro de Saúde entre indivíduos com distintos estados civis.

### **3. Método**

Os métodos científicos caracterizam-se pelo seu nível de abstracção mais elevado e pelo tipo de abordagem mais amplo dos fenómenos da natureza e da sociedade (Lakatos & Marconi, 2001).

Um método consiste num conjunto de actividades sistemáticas e racionais que traçando o rumo a percorrer, permitem detectar erros e auxiliar as decisões do investigador, com maior precisão e economia, em direcção à obtenção de conhecimentos válidos e verdadeiros (Lakatos & Marconi, 2001).

Tendo em consideração Gil (1999), a ciência tem como objecto central chegar à veracidade dos factos. Neste sentido, não se diferencia das outras formas de conhecimento, o que torna o conhecimento científico distinto dos outros conhecimentos é que este tem como característica fundamental a sua verificabilidade.

#### **3.1. Desenho do Estudo**

A corrente investigação, na sua globalidade, obedece a um desenho característico de um estudo exploratório e transversal, uma vez que pretende descrever e avaliar os aspectos relacionados com a satisfação do utente, em relação ao médico e centro de saúde, sem que em nenhum momento do estudo exista manipulação das variáveis e que os dados serão recolhidos num único momento do tempo.

No presente estudo, optou-se por utilizar o inquérito por questionário, sendo que este consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação profissional, ou familiar, às suas atitudes em relação a opções, ao seu nível de conhecimento de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto de interesse para os investigadores (Quivy, 1992).

### **3.2. Participantes**

Qualquer investigação empírica pressupõe uma recolha de dados. Essa recolha assentará no conjunto dos casos sobre os quais se pretende retirar conclusões. É o objectivo da investigação que define a natureza e a dimensão do universo a ser estudado.

Para Fortin (1999, p. 373), população “ (...) é o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes sobre a qual assenta a investigação.” Para o mesmo autor, a amostra é “ (...) o conjunto de sujeitos retirados de uma população, sendo que, para que a amostra seja representativa, deve reflectir os aspectos relevantes da população.”

No presente estudo, a população escolhida é constituída pelos utentes utilizadores dos Cuidados de Saúde Primários de 3 Centros de Saúde do Concelho de Vila Nova de Gaia.

- Centro de Saúde Soares dos Reis e Oliveira do Douro
- Centro de Saúde Barão do Corvo
- Centro de Saúde Arcozelo e Boa Nova

Foi estudada uma amostra não probabilística, sequencial, constituída por 300 utentes que reúnem as seguintes características:

- Utilizadores dos Cuidados de Saúde Primários prestados por um dos Centros de Saúde anteriormente referidos
- Com médico de Família
- Idades compreendidas entre os 16 e 85 anos
- Ambos os sexos
- Conscientes e Orientados

A amostra final é descrita, em função das variáveis sócio – demográficas em estudo, no quadro 1.

Quadro 1 - Distribuição da amostra em função do sexo, habilitações literárias e estado civil

	<i>n</i>	(%)
<b>1. Sexo</b>		
(a) Masculino	139	46,3
(b) Feminino	161	53,7
<b>2. Habilitações literárias</b>		
(a) Não sabe ler e escrever	19	6,3
(b) Sabe ler e escrever	30	10,0
(c) 9.º Ano de escolaridade	91	30,4
(d) 12.º Ano de escolaridade	108	36,0
(e) Ensino superior	52	17,3
<b>3. Estado Civil</b>		
(a) Casado	202	67,3
(b) União de facto	20	6,7
(c) Solteiro	30	10,0
(d) Viúvo	17	5,7
(e) Divorciado	19	6,3
(f) Separado	12	4,0
<b>Total (N)</b>	<b>300</b>	<b>Participantes</b>

Ainda que se procurasse avaliar igual número de participantes dos dois sexos, os participantes do sexo feminino são em maior número.

Os participantes apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 81 anos ( $M=49,50$ ;  $DP= 14,01$ ); apresentam o 12.º ano como principal grau de escolaridade ( $n=108$ ; 36%); e a maioria é casado ( $n=126$ ; 39,4%).

Quadro 2 – Distribuição da amostra em função da variável idade

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
Idade	300	18,00	81,00	49,50	14,01

Quadro 3 – Distribuição da amostra em função do diagnóstico de doença

<b>1. Tem uma ou mais do que uma destas doenças há mais de 3 meses?</b> (possibilidade de mais do que uma opção)	<i>n</i>	<i>%</i>
(a) Diabetes	68	22,7
(b) Asma outras doenças respiratórias crónicas	22	7,3
(c) Doenças do coração	38	12,7
(d) AVC – Acidente Vascular Cerebral	18	6,0
(e) Hipertensão arterial	42	14,0
(f) Problemas digestivos crónicos	70	23,3
(g) Doenças osteo-articulares crónicas	32	10,7
(h) Enxaquecas ou outras dores de cabeça	39	13,0
(i) Doença psiquiátrica	10	3,0
(j) Doença maligna	18	6,0
(k) Outras doenças crónicas	94	31,3
<b>Total (N)</b>	<b>300</b>	<b>Participantes</b>

Surgem como principais queixas de saúde os problemas digestivos crónicos logo seguido da diabetes, da hipertensão arterial, enxaquecas e outras dores da cabeça, doenças do coração e doenças osteo-articulares, sendo estas as principais queixas dos participantes.

**Quadro 4 - Distribuição da amostra em função do número de consultas**

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
Quantas vezes foi ao seu médico de família ou ele o foi visitar a casa nos últimos doze meses	300	0	9	3, 58	1, 78

Os participantes foram atendidos em média em 3,58 consultas/ano.

**3.3. Material**

O questionário utilizado foi baseado no questionário EUROPEP, sendo este um instrumento de avaliação da satisfação dos utentes, padronizado e validado que permite comparações da satisfação com a qualidade dos cuidados prestados pelos médicos de família e com o Centro de Saúde em que se encontra inscrito como utente.

O questionário foi desenvolvido por Pedro Lopes Ferreira, em 2000, no Centro de Estudos de Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, com o objectivo de avaliar a Satisfação dos utentes dos centros de Saúde de Portugal Continental.

O questionário que foi utilizado neste estudo é constituído por dois grandes grupos de indicadores. O primeiro grupo é constituído pelos indicadores-chave Europep; o segundo grupo é constituído por indicadores de áreas específicas de satisfação (Ferreira, 2000).

### **Indicadores Chave-Europep:**

- Relação e comunicação
- Cuidados médicos
- Informação e apoio
- Continuidade e cooperação
- Organização dos serviços

### **Indicadores das áreas específicas da satisfação:**

- Consulta, marcação e acessibilidade
- Profissionais
- Condições do Centro de Saúde e serviços prestados.

### **Os Utilizadores**

- Dados sócio – demográficos
- Dados de Saúde
- Atitudes após a experiência
- Preenchimento

Inclui também algumas perguntas sobre as características dos utentes como: idade, sexo, escolaridade, situação familiar, número de vezes que foi ao médico de família ou ele o foi visitar, estado de saúde, e doenças.

O questionário utilizado procura avaliar diferentes aspectos da prestação de cuidados, utilizando uma escala de resposta tipo Likert, com 5 pontos, com opções que vão de Mau a Excelente.

Optamos por apresentar a análise das qualidades psicométricas do instrumento quando administrado à amostra em estudo, sendo que, o estudo destas escalas pretendeu: (1) estudar a consistência interna, através do *alpha* de Cronbach, (2) estudar a sua estrutura factorial e (3) estudar a sensibilidade do instrumento.

### **3.3.1 Qualidades Psicométricas**

À semelhança do procedimento proposto pelo autor do instrumento, optamos por analisar as qualidades psicométricas das sub-escalas Cuidados Médicos e Qualidade dos Cuidados.

#### **3.3.1.1 Escala de Cuidados Médicos**

A sub-escala de Cuidados Médicos, que faz parte integrante do questionário global, é uma escala de auto-resposta e avalia a opinião relativa à satisfação, nos últimos 12 meses, com o Médico de Família e o Centro de Saúde nas suas mais diversas dimensões, designadamente, atendimento ao utente, competência e responsabilidade. Apresenta, no seu total, 25 itens, avaliados numa escala tipo *likert*, de 1 a 5, de Má a Excelente, respectivamente, com uma opção adicional de Não aplicável/não relevante, sendo que quanto maior a pontuação melhor a percepção sobre os cuidados.

## **Estrutura factorial**

Uma análise factorial em componentes principais, após rotação *varimax*, revelou uma estrutura factorial inicial de nove factores que explicam no seu conjunto 64,22% da variância total dos resultados. No entanto, esta estrutura factorial revelou-se não interpretável, pelo que se procedeu à pré-determinação de factores, contudo nenhuma das pré-determinações se revelou interpretável, tendo-se obtido uma estrutura factorial de um factor apenas. A estrutura uni-factorial obteve um KMO de 0,621, revelando uma boa adequabilidade da amostra, aspecto este corroborado pelo valor do *Bartlett's Test of Sphericity* ( $X^2 = 1798,63$ ,  $gl = 300$ ,  $p < 0,0001$ ). Esta estrutura uni-factorial explica no seu conjunto 14,61% da variância total dos resultados, para um total de 25 itens.

**Quadro 5 – Análise factorial do instrumento, após rotação *varimax*****Estrutura Factorial final, com um factor**

	Factor
	1
Sentiu que o médico/centro saúde tinha tempo suficiente durante as consultas	0,175
Interesse nos seus problemas de saúde	0,078
Facilidade com que se sentiu à vontade para contar os seus problemas	0,358
Forma como foi envolvido/a nas decisões sobre os cuidados que o médico lhe prestou	-0,452
Forma como o médico o ouvi	0,303
Confidencialidade da informação do seu processo	0,319
Alívio rápido dos seus sintomas	0,416
Ajuda a sentir-se suficientemente bem para desempenhar as tarefas diárias	0,417
Atenção dispensada	0,403
Exame que o médico lhe fez	0,489
Oferta de serviços de prevenção de doenças	0,684
Explicação dos exames e tratamentos prescritos	0,273
Informação sobre o que queria saber sobre os sintomas da sua doença	0,564
Ajuda a enfrentar os problemas emocionais relacionados com os problemas de saúde	0,332
Encorajamento para a importância em seguir os seus conselhos	0,531
Conhecimentos sobre o que ele fez e disse em consultas anteriores	0,597
Preparação sobre o que esperar de especialistas de cuidados hospitalares	0,600
Apoio de pessoal do centro de saúde além dos médicos	0,303
Facilidade em marcar uma consulta	0,213
Facilidade em falar pelo telefone para o Centro de Saúde	-0,002
Facilidade em falar pelo telefone com o médico de família	0,347
Tempo que esperou na sala de espera	-0,222
Rapidez com que os problemas urgentes foram resolvidos	0,194
Recomendo o médico de família aos meus amigos	-0,142
Não vejo razão para mudar de médico	0,097

Dado a estrutura factorial não nos parecer interpretável, optou-se por adoptar a estrutura teórica, proposta pelo autor do instrumento, ao longo do tratamento estatístico dos dados.

## Fidelidade

O coeficiente *alpha* de Cronbach a escala dos cuidados médicos, apresenta-se aceitável, sendo de 0,61.

## Sensibilidade

Os valores de sensibilidade apresentados são satisfatórios (cf. Quadro X). A média e mediana apresentam valores próximos e a assimetria e curtose apresentam valores inferiores à unidade. Estes factos são corroborados pelo Teste Kolmogorov-Sirminov, o qual revela uma distribuição normal dos dados ( $p < 0,01$ ).

**Tabela 1 - Estatística descritiva do total dos itens da escala**

<i>N</i>	<b>300</b>
<i>Média</i>	79,42
<i>Mediana</i>	80,00
<i>Desvio Padrão</i>	6,09
<i>Assimetria</i>	0,160
<i>Curtose</i>	-0,494
<i>Minímo</i>	65,00
<i>Máximo</i>	92,00

### 3.3.1.2 Escala de Qualidade dos Serviços

A Escala de Qualidade dos Serviços, que faz parte integrante do questionário global, é uma escala de auto-resposta e avalia a qualidade dos serviços nas suas mais diversas dimensões, designadamente, organização, horários, serviços ao domicílio, competência, relacionamento, conforto e limpeza. Apresenta no seu total 10 itens, avaliados numa escala tipo *likert*, de 1 a 5, de Excelente a Má, respectivamente, com

uma opção adicional de Não se aplica, sendo que quanto menor a pontuação melhor a percepção dos serviços.

### **Estrutura factorial**

Uma análise factorial em componentes principais, após rotação *varimax*, revelou uma estrutura factorial inicial de quatro factores que explicam no seu conjunto, 60,22% da variância total dos resultados. No entanto, esta estrutura factorial revelou-se não interpretável pelo que se procedeu à pré-determinação de factores, contudo, nenhuma das pré-determinações se revelou interpretável, tendo-se obtido uma estrutura factorial de um factor apenas. A estrutura unifactorial obteve um KMO de 0,515, revelando uma boa adequabilidade da amostra, aspecto este corroborado pelo valor do *Bartlett's Test of Sphericity* ( $X^2 = 374,87$ ,  $gl = 45$ ,  $p = 0,0001$ ). Esta estrutura uni-factorial explica no seu conjunto 20,36% da variância total dos resultados, para um total de 10 itens.

**Quadro 6 – Análise factorial do instrumento, após rotação *varimax***

<b>Estrutura Factorial final, com um factor</b>	
	Factor
	1
Organização geral dos serviços	0,648
Horário de atendimento do médico de família	-0,305
Serviços ao domicílio fornecidos pelo Centro de Saúde	-0,043
Pontualidade dos profissionais	0,243
Competência, cortesia e carinho pelo pessoal médico	0,305
Competência, cortesia e carinho pelo pessoal de enfermagem	0,609
Competência, cortesia e carinho pelo pessoal administrativo	-0,311
Preocupação do pessoal do Centro com a sua saúde	0,543
Conforto geral do Centro	-0,233
Limpeza do Centro	-0,744

Dado a estrutura factorial não no parecer interpretável, optou-se por adoptar a estrutura teórica proposta pelo autor do instrumento, ao longo do tratamento estatístico dos dados.

**Fidelidade**

O coeficiente *alpha* de Cronbach para a sub escala qualidade dos serviços com 10 itens, apresenta-se abaixo do valor considerado satisfatório, sendo de 0,42.

## Sensibilidade

Os valores de sensibilidade apresentados são satisfatórios. A média e mediana apresentam valores próximos e a assimetria e curtose apresentam valores inferiores à unidade. Estes são factos corroborados pelo Teste Kolmogorov-Sirminov, o que revela uma distribuição normal dos dados ( $p = 0,0001$ ).

**Tabela 2 – Estatística descritiva do total dos itens da escala**

---

<i>N</i>	300
<i>Média</i>	32,68
<i>Mediana</i>	33,0
<i>Desvio Padrão</i>	2,06
<i>Assimetria</i>	-0,038
<i>Curtose</i>	-0,524
<i>Minímo</i>	28,00
<i>Máximo</i>	38,00

---

### **3.4. Procedimento**

Em primeiro lugar, solicitou-se autorização ao Professor Dr. Pedro Lopes Ferreira do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra para poder utilizar o questionário de avaliação da satisfação com os cuidados primários. Após essa autorização ter sido concedida, foi solicitada à Coordenadora da Sub-Região de Saúde do Porto licença para poder estar presente no Serviço de Atendimento a Situações Urgentes (SASU) do Centro de Saúde de Soares dos Reis e Oliveira do Douro e aí administrar os referidos questionários aos utentes.

Foi escolhido este serviço por juntar os utentes dos três Centros de Saúde no Serviço de Atendimento a Situações Urgentes – SASU, funcionando entre das 20h às 24h de Segunda a Sexta-feira, bem como Sábados, Domingos e feriados das 8h às 24h.

Numa primeira fase, procedeu-se a um contacto com o secretariado da direcção do Centro de Saúde para informar dos dias em que iria estar presente nas instalações do Centro de Saúde, para este poder informar os profissionais de serviço.

Após a chegada ao Centro de Saúde, os profissionais eram contactados, explicando-lhes quais os objectivos do estudo e a sua finalidade, bem como o tempo que a investigadora iria permanecer na instituição. Esta abordagem tornou-se mais facilitada, devido ao facto de já ter realizado o estágio académico no Centro de Saúde Soares dos Reis e Oliveira do Douro, tendo este aspecto permitido que existisse uma maior aproximação entre os profissionais. Foi necessário a entrevistadora usar bata branca e estar devidamente identificada.

Os utentes foram avaliados enquanto aguardavam serem atendidos na consulta médica. Foi explicado individualmente a todos os inquiridos de uma forma sucinta a finalidade do inquérito, e a importância da colaboração voluntária, garantindo o anonimato e confidencialidade da informação obtida. Só após obtenção do consentimento livre e esclarecido de cada inquirido é que o questionário era fornecido a cada utente.

Relativamente ao preenchimento dos questionários, em 21,3% ( $n=64$ ) dos casos, estes foram preenchidos pelo próprio participante, e em 78,7% ( $n=236$ ) os questionários foram preenchidos pelo investigador, dada a dificuldade que alguns participantes demonstraram ter.

A duração do preenchimento dos questionários variou entre 10 e 25 minutos. Esta diferença deveu-se à maneira como os utentes responderam às questões colocadas, bem como ao tipo de diálogo que se estabelecia com cada um deles.

É importante referir que durante a aplicação dos questionários foi necessário adaptar a linguagem e as explicações do mesmo, consoante as dificuldades que cada utente demonstrava.

#### 4. Resultados

Bryman e Cramer (1992) referem que alguns autores argumentam que só devemos utilizar testes paramétricos quando os dados cumprem três condições: (1) o nível de medição é de intervalo ou proporcional, ou seja é superior ao ordinal; (2) a distribuição dos valores da população é normal; e (3) as variâncias das duas variáveis são iguais ou homogéneas. Os testes paramétricos são assim determinados porque a sua utilização pressupõe que se assume que se conhecem certas características da população de onde a amostra foi retirada.

Os testes não paramétricos ou de distribuição livre, por seu lado, são designados desta forma porque dependem de qualquer caracterização de forma precisa da distribuição da população de onde saiu a amostra estudada (Bryman & Cramer, 1992).

Bryman e Craemer (1992) adiantam que o pressuposto de que, para se poderem utilizar os testes paramétricos, os dados têm de cumprir essas três condições, tem sido amplamente questionado.

Em relação à primeira condição acima apresentada, alguns autores consideram que os testes paramétricos também podem ser utilizados com variáveis ordinais, uma vez que os testes se aplicam aos números e não àquilo que esses números significam. Nesse caso, os dados são tratados como se fossem de intervalo. Se não considerarmos esse ponto de vista, poder-se-á argumentar que, dado muitas variáveis psicológicas terem uma natureza basicamente ordinal, não se deveriam utilizar testes paramétricos para as analisar. Todavia, a aplicação destes testes constitui uma prática frequente (Bryman & Cramer, 1992).

Em relação à segunda e terceira condições, isto é, que as populações têm que ser normalmente distribuídas e ter variâncias iguais, Bryman e Cramer (1992) descrevem estudos em que se verificou que os valores das estatísticas usadas na análise de amostras retiradas de populações criadas artificialmente para violar essas condições, não diferiam muito dos valores obtidos para amostras retiradas das populações que cumpriam essas condições.

Também J.L.P. Ribeiro (2005) sublinha a ideia de que, caso se esteja em presença de medidas ordinais de boa qualidade, chega-se aos mesmos resultados quer se utilize estatística paramétrica e não paramétrica, salientando que é fundamental que exista congruência no tipo de tratamento estatístico a que se submetem os dados num mesmo estudo.

Assim, no presente estudo, ainda que a descrição inicial dos dados reflecta a natureza ordinal do instrumento de satisfação com os cuidados de saúde primários, optámos por recorrer à estatística paramétrica na sua análise.

#### **4.1. Caracterização dos indicadores chave da percepção sobre o médico de família e centro de saúde – Cuidados Médicos**

Considerando a dimensão cuidados médicos, (que inclui a percepção do utente face à atenção e cuidados que lhe são prestados), recorreu-se ao estudo descritivo, bem como se avaliaram possíveis diferenças e/ou associações em função das variáveis sócio-demográficas, cujos resultados se apresentam no quadro seguinte.

**Quadro 7 – Caracterização dos indicadores chave – Satisfação com os Cuidados Médicos**

	<i>n</i>	(%)
<b>1. Alívio rápido dos seus sintomas</b>		
(a) Suficiente	7	2,3
(b) Bom	67	22,3
(c) Muito bom	140	46,7
(d) Excelente	86	28,7
<b>2. Ajuda a sentir-se suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias</b>		
(a) Suficiente	20	6,7
(b) Bom	147	49,0
(c) Muito bom	112	37,3
(d) Excelente	21	7,0
<b>3. Atenção dispensada</b>		
(a) Suficiente	41	13,7
(b) Bom	81	27,0
(c) Muito bom	142	47,3
(d) Excelente	36	12,0
<b>4. Exame que o médico lhe fez</b>		
(a) Suficiente	13	4,3
(b) Bom	51	17,0
(c) Muito bom	171	57,0
(d) Excelente	65	21,7
<b>Total (N)</b>	<b>300</b>	<b>Participantes</b>

Através da análise do quadro, verifica-se que a maioria dos participantes refere uma opinião muito boa face aos cuidados médicos prestados. Surgindo a dimensão “Exame que o médico lhe fez” com maior relevância (Muito bom,  $n=171$ ; 57%), logo seguido da “Atenção dispensada” (Muito bom,  $n=142$ ; 47,3%). Sendo no entanto, a dimensão “Alívio rápido dos sintomas” a que obteve uma avaliação Excelente mais significativa (Excelente,  $n=86$ , 28,7%). A opinião sobre os cuidados médica é, claramente, positiva.

Para além do estudo descritivo, optou-se por avaliar possíveis diferenças e/ou associações, entre os cuidados médicos e as variáveis sócio-demográficas, cujos resultados se apresentam nos quadros seguintes. Recorreu-se à estatística inferencial, designadamente, o T-test de Student para amostras independentes, ANOVA e correlação de Pearson (Brace, Kemp & Snelgar, 2003; Maroco, 2003)

**Quadro 8 - Satisfação com os Cuidados médicos em função do sexo**

Variável	Sexo				<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	Masculino ( <i>n</i> =139)		Feminino ( <i>n</i> =161)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
<b>Cuidados Médicos</b>	14,87	1,70	15,11	2,09	-1,083	298	0,280

\**p* <0,05; \*\**p* <0,01

Através do quadro anterior, pode-se verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) quanto à satisfação com os cuidados médicos em função do sexo.

**Quadro 9 – Satisfação com os Cuidados Médicos em função das Habilitações Literárias, Situação Familiar**

Variáveis	Cuidados Médicos		<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>N</i> =300				
	<i>M</i>	<i>DP</i>			
<b>1. Habilitações literárias</b>					
(a) Não sabe ler e escrever	14,68	1,73			
(b) Sabe ler e escrever	14,43	1,94			
(c) 9.º Ano de escolaridade	15,56	1,71	3,325	4/299	0,011**
(d) 12.º Ano de escolaridade	14,91	2,23			
(e) Ensino superior	14,63	1,40			
<b>3. Situação Familiar</b>					
(a) Casado	15,08	2,00			
(b) União de facto	15,56	1,87			
(c) Solteiro	13,90	1,63	2,957	5 / 299	0,022**
(d) Viúvo	14,82	1,30			
(e) Divorciado	15,15	1,08			
(f) Separado	15,41	1,93			

\**p* <0,05 \*\**p* <0,01

É de registar a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) quanto à satisfação com os cuidados médicos em função das variáveis habilitações literárias e situação familiar. Nas habilitações literárias, são os participantes com o 9.º ano que revelam maior satisfação com o seu médico de família e os utentes que sabem ler e escrever que apresentam uma menor satisfação.

Quanto à situação familiar, são os utentes que vivem em União de facto que apresentam uma opinião sobre a satisfação mais positiva, e os solteiros que apresentam uma opinião sobre a satisfação menos favorável.

**Quadro 10 - Relação entre Satisfação com dos Cuidados Médicos, Idade e Número de consultas anuais**

		Satisfação com os Cuidados Médicos
<b>Idade</b>	<i>r</i>	-0,17
	<i>p</i>	0,003 **
	<i>N</i>	300
<b>Número de consultas</b>	<i>r</i>	0,06
	<i>p</i>	0,311
	<i>N</i>	300

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$

Por último, não se verifica associação estatisticamente significativa entre o número de consultas no último ano e a satisfação com os cuidados médicos ( $p > 0,05$ ), mas verifica-se uma relação significativa negativa, ainda que fraca, entre a idade e a referida satisfação, sendo que quanto mais novos são os participantes, maior é a sua satisfação com os cuidados médicos.

#### **4.2. Caracterização dos indicadores chave da percepção sobre o médico de família e centro de saúde – Satisfação com a Informação e Apoio**

Relativamente, à dimensão satisfação com a informação e apoio (que inclui a percepção do utente face à explicação, apoio e aconselhamento), recorreu-se ao estudo descritivo, bem como, foram avaliadas possíveis diferenças e/ou associações em função das variáveis sócio-demográficas, cujos resultados se apresentam nos quadros seguintes.

**Quadro 11 – Caracterização dos indicadores chave – Satisfação com a informação e o Apoio**

	<i>n</i>	(%)
<b>1. Explicação detalhada dos objectivos e exames prescritos</b>		
(a) Suficiente	12	4,0
(b) Bom	83	27,7
(c) Muito bom	159	53,0
(d) Excelente	46	15,3
<b>2. Informações sobre o que queria saber dos seus sintomas</b>		
(a) Má	6	2,0
(b) Suficiente	13	4,3
(c) Bom	52	17,3
(d) Muito bom	195	65,0
(e) Excelente	34	11,3
<b>3. Ajuda a enfrentar os problemas emocionais</b>		
(a) Suficiente	21	7,0
(b) Bom	170	56,7
(c) Muito bom	89	29,7
(d) Excelente	20	6,7
<b>4. Encorajamento para compreender a importância de seguir os conselhos</b>		
(a) Suficiente	58	19,3
(b) Bom	109	36,3
(c) Muito bom	124	41,3
(d) Excelente	9	3,0
<b>Total (N)</b>	<b>300 Participantes</b>	

Através da análise do quadro anterior, verifica-se que a maioria dos participantes refere uma opinião sobre a satisfação que se divide entre a boa e muito boa face à informação e apoio prestados, surgindo a dimensão “Explicação detalhada dos objectivos dos exames e tratamentos prescritos” com maior relevância (Muito bom,  $n=159$ ; 53% e Excelente,  $n=46$ ; 15,3%). É, no entanto, de registar que a dimensão “Informação sobre o que queria saber dos seus sintomas e da sua doença” obteve avaliação má em 2% dos participantes. De uma forma geral, a satisfação sobre informação e apoio é, claramente, positiva.

Para além do estudo descritivo, optou-se por avaliar possíveis diferenças e/ou associações, entre a Satisfação com a Informação e Apoio e as variáveis sócio – demográficas, cujos resultados se apresentam nos quadros seguintes. Recorreu-se à estatística inferencial, designadamente, o T-test de Student para amostras independentes, ANOVA e correlação de Pearson (Brace, et al. 2003; Maroco, 2003).

**Quadro 12 - Satisfação com a Informação e Apoio em função do sexo**

Variável	Sexo				t	gl	P
	Masculino (n=139)		Feminino (n=161)				
	M	DP	M	DP			
Apoio e Informação	14,24	2,03	14,22	1,77	0,063	298	0,950

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Pode-se verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) quanto à satisfação com a Informação e Apoio entre os dois sexos.

**Quadro 13 – Satisfação com a Informação e com o Apoio em função das Habilitações Literárias, Situação Familiar**

Variáveis	Informação e Apoio N=300		F	gl	P
	M	DP			
<b>1. Habilitações literárias</b>					
(a) Não sabe ler e escrever	12,53	2,09	12,429	4,299	0,0001**
(b) Sabe ler e escrever	13,20	2,20			
(c) 9.º Ano de escolaridade	14,73	1,61			
(d) 12.º Ano de escolaridade	14,69	1,59			
(e) Ensino superior	13,56	1,94			
<b>3. Situação Familiar</b>					
(a) Casado	14,46	1,77	4,198	5 / 299	0,001**
(b) União de facto	14,60	1,98			
(c) Solteiro	14,07	1,65			
(d) Viúvo	13,29	2,08			
(e) Divorciado	13,42	2,19			
(f) Separado	12,66	2,30			

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$

É também de registar diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) quanto às variáveis habilitações literárias e situação familiar. Nas habilitações literárias, são os participantes com o 9.º ano que revelam uma opinião sobre a satisfação mais positiva e os que não sabem ler e escrever que apresentam uma opinião menos favorável. Quanto à situação familiar, são os utentes que vivem em de união de facto que apresentam uma opinião sobre a satisfação mais positiva, e os separados que apresentam uma opinião menos favorável.

**Quadro 14 – Relação entre a Satisfação com a Informação e Apoio, Idade e Número de consultas anuais**

Correlação	<i>Informação e Apoio</i>	
<b>Idade</b>	<i>r</i>	-0,199
	<i>p</i>	0,001 **
	<i>N</i>	300
<b>Número de consultas</b>	<i>r</i>	0,212
	<i>p</i>	0,0001**
	<i>N</i>	300

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$

Por último, verifica-se a existência de uma relação estatisticamente significativa positiva entre o número de consultas no último ano ( $p=0,0001$ ) e a satisfação com a Informação e Apoio prestado, sendo que quanto mais os utentes recorrem às consultas, mais positiva é a sua satisfação em relação a este domínio. Verifica-se também a existência de uma correlação estatisticamente significativa e negativa entre a idade e a satisfação com a informação e o apoio prestado ( $p=0,001$ ), sendo que quanto mais jovens são os participantes menos satisfeitos se encontram.

### 4.3. Caracterização dos indicadores chave da percepção sobre o médico de família e centro de saúde – Atitudes relacionais e de comunicação

Relativamente, à dimensão atitudes relacionais e de comunicação (que inclui a percepção do utente face à atitude empática e competências comunicacionais do profissional), recorreu-se ao estudo descritivo, bem como, procedeu-se à avaliação de possíveis diferenças e/ou associações em função das variáveis sócio-demográficas, cujos resultados se apresentam nos quadros seguintes.

**Quadro 15 – Caracterização dos indicadores chave – Atitudes relacionais e de comunicação**

	<i>n</i>	(%)
<b>1. Sentir que tinha tempo suficiente durante as consultas</b>		
(a) Má	13	4,3
(b) Suficiente	79	26,3
(c) Bom	107	35,7
(d) Muito bom	94	31,3
(e) Excelente	7	2,3
<b>2. Interesse nos seus problemas de saúde</b>		
(a) Suficiente	36	12,0
(b) Bom	40	13,3
(c) Muito bom	209	69,7
(d) Excelente	15	5,0
<b>3. Facilidade com que se sentiu à vontade para contar os seus problemas ao médico</b>		
(a) Suficiente	60	12,0
(b) Bom	40	13,3
(c) Muito bom	209	69,7
(d) Excelente	15	5,0
<b>4. Forma como foi envolvido nas decisões sobre os cuidados que o médico lhe prestou</b>		
(a) Suficiente	85	28,3
(b) Bom	180	60,0
(c) Muito bom	33	11,0
(d) Excelente	2	0,7
<b>5. Forma como o médico o ouviu</b>		
(a) Má	6	2,0
(b) Suficiente	15	5,0
(c) Bom	79	26,3
(d) Muito bom	185	61,7
(e) Excelente	15	5,0
<b>6. Forma como foi envolvido nas decisões sobre os cuidados que o médico lhe prestou</b>		
(a) Muito bom	57	19,0
(b) Excelente	243	81,0
<b>Total (N)</b>	<b>300</b>	<b>Participantes</b>

Através da análise do quadro, verifica-se que a maioria dos participantes refere uma opinião sobre a satisfação que se divide entre a boa e muito boa face às atitudes relacionais e de comunicação. A dimensão “Forma como foi envolvido nas decisões sobre os cuidados que o médico lhe prestou” surge com maior evidência (Excelente,  $n=243$ ; 81,0%). Sendo, no entanto, de registar que a dimensão “Tempo de Consulta” e “Forma como o médico o ouviu” obtiveram avaliação má em 4,3% e 2,0%, respectivamente. Todavia, a opinião sobre as atitudes relacionais e de comunicação é, claramente, positiva.

Para além do estudo descritivo, optou-se por avaliar possíveis diferenças e/ou associações, entre as Atitudes relacionais e de comunicação e as variáveis sócio-demográficas, cujos resultados se apresentam nos quadros seguintes. Recorreu-se à estatística inferencial, designadamente, o T-test de Student para amostras independentes, ANOVA e correlação de Pearson (Brace, et al. 2003; Maroco, 2003).

**Quadro 16 - Satisfação com as Atitudes relacionais e de comunicação em função do sexo**

Variável	Sexo				<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	Masculino ( $n=139$ )		Feminino ( $n=161$ )				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Atitudes relacionais e de comunicação	21,98	2,40	21,35	2,19	2,351	298	0,019**

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Os participantes do sexo masculino revelam maior satisfação com as atitudes relacionais e de comunicação do que os participantes femininos, cuja opinião sobre satisfação é menos favorável.

**Quadro 17 – Satisfação com as Atitudes relacionais e de comunicação em função das Habilitações Literárias, Situação Familiar**

Variáveis	Atitudes Relacionais e comunicação N=300		F	gl	p
	M	DP			
<b>1. Habilitações literárias</b>					
(a) Não sabe ler e escrever	21,63	2,97	1,580	4 / 299	0,180
(b) Sabe ler e escrever	22,10	2,52			
(c) 9.º Ano de escolaridade	21,69	1,98			
(d) 12.º Ano de escolaridade	21,80	2,18			
(e) Ensino superior	20,96	2,66			
<b>3. Situação Familiar</b>					
(a) Casado	21,82	2,22	3,226	5 / 299	0,007**
(b) União de facto	20,10	2,79			
(c) Solteiro	20,93	2,03			
(d) Viúvo	21,53	3,10			
(e) Divorciado	22,47	1,54			
(f) Separado	21,92	2,35			

$p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$

Através dos quadros anteriores pode-se verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) nas Atitudes relacionais e de comunicação entre participantes com diferentes níveis de habilitações literárias.

Quanto à situação familiar, são os utentes divorciados que apresentam uma opinião sobre a satisfação mais positiva, e os utentes a viver em união de facto que apresentam uma opinião sobre a satisfação menos favorável.

**Quadro 18 – Relação entre Atitudes relacionais e comunicações, Idade e Número de consultas anuais**

Correlação	<b>Atitudes relacionais</b>	
<b>Idade</b>	<i>r</i>	0,039
	<i>p</i>	0,500
	<i>N</i>	300
<b>Número de consultas</b>	<i>r</i>	0,078
	<i>p</i>	0,180
	<i>N</i>	300

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$

Por último, não se verifica qualquer relação estatisticamente significativa entre o número de consultas no último ano, a idade e a satisfação com as Atitudes Relacionais e de Comunicação ( $p > 0,05$ ).

#### **4.4. Caracterização dos indicadores chave da percepção sobre o médico de família e centro de saúde – Organização dos Serviços**

Relativamente, à dimensão organização dos serviços (que inclui a percepção do utente face apoio, organização, tempo de espera e resolução de problemas), recorreu-se ao estudo descritivo, bem como se procedeu à avaliação de possíveis diferenças e/ou associações em função das variáveis sócio-demográficas, cujos resultados se apresentam nos quadros seguintes.

**Quadro 19 – Caracterização dos indicadores chave – Organização dos Serviços**

	<i>n</i>	(%)
<b>1. Apoio pessoal, além dos médicos</b>		
(a) Má	25	8,3
(b) Suficiente	90	30,0
(c) Bom	126	42,0
(d) Muito bom	51	17,0
(e) Excelente	8	2,7
<b>2. Facilidade em marcar consulta</b>		
(a) Má	3	1,0
(b) Suficiente	112	37,3
(c) Bom	160	53,3
(d) Muito bom	23	7,7
(e) Excelente	2	0,7
<b>3. Facilidade em falar pelo telefone com o centro de saúde</b>		
(a) Má	91	30,3
(b) Suficiente	0	0,0
(c) Bom	112	37,3
(d) Muito bom	52	17,3
(e) Excelente	45	15,0
<b>4. Facilidade em falar pelo telefone com o médico</b>		
(a) Má	76	25,3
(b) Suficiente	92	30,7
(c) Bom	90	30,0
(d) Muito bom	39	13,0
(e) Excelente	3	1,0
<b>5. Tempo que esperou na sala de espera</b>		
(a) Má	77	25,7
(b) Suficiente	128	42,7
(c) Bom	92	30,7
(d) Muito bom	3	1,0
(e) Excelente	0	0,0
<b>6. Rapidez com que os problemas urgentes foram resolvidos</b>		
(a) Má	19	6,3
(b) Suficiente	133	44,3
(c) Bom	109	36,3
(d) Muito bom	39	13,0
(e) Excelente	0	0,0
<b>Total (N)</b>	<b>300</b>	<b>Participantes</b>

Através da análise do quadro anterior, verifica-se que a maioria dos participantes refere uma satisfação com a organização dos serviços que se divide entre o Suficiente e o Bom. De registar que todas as dimensões apresentam a opinião sobre a satisfação de Má, em especial a falar ao telefone, quer com o centro de saúde (30,3%), quer com o médico (25,3%), bem como, na dimensão do tempo que esperou na sala de espera (25,7%). No entanto, a satisfação sobre a organização dos serviços é, na generalidade, positiva.

Para além do estudo descritivo, optou-se por avaliar possíveis diferenças e/ou associações, entre a Organização do Serviço e as variáveis sócio-demográficas, cujos resultados se apresentam nos quadros seguintes. Recorreu-se à estatística inferencial, designadamente, o T-test de Student para amostras independentes, ANOVA e correlação de Pearson (Brace, et al. 2003; Maroco, 2003).

**Quadro 20 - Organização do Serviço em função do sexo**

Variável	Sexo				<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	Masculino ( <i>n</i> =139)		Feminino ( <i>n</i> =161)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
<b>Organização do Serviço</b>	14,32	2,53	14,82	2,33	-1,768	298	0,078

\**p* <0,05; \*\**p* <0,01

Através do quadro anterior, pode-se verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas (*p* > 0,05) quanto à Organização dos Serviços em função do sexo.

**Quadro 21 – Organização do Serviços em função das Habilitações Literárias e Situação Familiar**

Variáveis	Organização Serviços <i>N</i> =300		<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>			
<b>1. Habilitações literárias</b>					
(a) Não sabe ler e escrever	14,31	2,02			
(b) Sabe ler e escrever	14,0	2,33			
(c) 9.º Ano de escolaridade	15,21	2,24	2,444	4 / 299	0,047*
(d) 12.º Ano de escolaridade	14,48	2,35			
(e) Ensino superior	14,99	2,94			
<b>3. Situação Familiar</b>					
(a) Casado	14,95	2,26			
(b) União de facto	15,25	2,31			
(c) Solteiro	13,70	2,55	6,532	5 / 299	0,001**
(d) Viúvo	14,35	2,18			
(e) Divorciado	13,42	2,24			
(f) Separado	11,83	3,10			

\**p* <0,05 \*\**p* <0,01

É de registar a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) quanto às variáveis habilitações literárias e situação familiar.

Na variável habilitações literárias são os participantes como 9.º ano de escolaridade que revelam maior satisfação com a organização dos serviços e os participantes que sabem ler e escrever, que revelam uma satisfação menos favorável. Quanto à situação familiar, são os utentes que vivem em união de facto que apresentam uma opinião mais positiva, e são os utentes que estão separados que apresentam a opinião menos favorável.

**Quadro 22 - Correlação da Organização do Serviço função da Idade e Número de consultas anuais**

Correlação	<b>Organização do Serviço</b>	
	<i>r</i>	-0,110
<b>Idade</b>	<i>p</i>	0,058
	<i>N</i>	300
	<i>r</i>	-0,054
<b>Número de consultas</b>	<i>p</i>	0,353
	<i>N</i>	300

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$

Por último, não se verifica uma relação estatisticamente significativa entre o número de consultas no último ano, a idade e a opinião sobre a Organização dos Serviços ( $p > 0,05$ ).

#### 4.5. Caracterização dos indicadores chave da percepção sobre o médico de família e centro de saúde – Continuidade e Cooperação

Relativamente, à dimensão continuidade e cooperação (que inclui a percepção do utente face aos conhecimentos e expectativas face aos cuidados a receber), recorreu-se ao estudo descritivo, bem como se procedeu à avaliação de possíveis diferenças e/ou associações em função das variáveis sócio-demográficas, cujos resultados se apresentam nos quadros seguintes.

**Quadro 23 – Caracterização dos indicadores chave – Continuidade e Cooperação**

	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>1. Conhecimentos sobre o que ele fez e disse em consultas anteriores</b>		
(a) Suficiente	4	1,3
(b) Bom	103	34,3
(c) Muito bom	147	49,0
(d) Excelente	45	15,0
(e) Não aplicável	1	0,3
<b>2. Preparação sobre o que esperar de especialistas e dos cuidados hospitalares</b>		
(a) Suficiente	91	30,3
(b) Bom	134	44,7
(c) Muito bom	73	24,3
(d) Excelente	1	0,3
(e) Não aplicável	1	0,3
<b>Total (N)</b>	<b>300</b>	<b>Participantes</b>

Através da análise do quadro anterior, verifica-se que a maioria dos participantes refere uma opinião que se divide entre o bom e muito bom face à Continuidade e Cooperação. A opinião sobre a Continuidade e Cooperação é, pois, positiva. Destaca-se o facto de não haver opinião de que a satisfação com esta dimensão é má para nenhum dos participantes avaliados.

Para além do estudo descritivo, optou-se por avaliar a existência de possíveis diferenças e/ou associações, entre Continuidade / Cooperação e as variáveis sócio-demográficas, cujos resultados se apresentam nos quadros seguintes. Recorreu-se a estatística inferencial, designadamente, o T-test Student para amostras independentes, ANOVA e correlação de Pearson (Brace, et al., 2003; Maroco, 2003).

**Quadro 24 – Continuidade / Cooperação em função do sexo**

Variável	Sexo				<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	Masculino ( <i>n</i> =139)		Feminino ( <i>n</i> =161)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Continuidade / Cooperação	6,62	1,23	6,84	1,21	-1,552	298	0,122

\**p* <0,05; \*\**p* <0,01

Através do quadro anterior pode-se verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas (*p* > 0,05) quanto à Continuidade / Cooperação entre os participantes dos dois sexos.

**Quadro 25 - Continuidade / Cooperação em função das Habilitações Literárias e Situação Familiar**

Variáveis	Continuidade / Cooperação <i>N</i> =300		<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>			
<b>1. Habilitações literárias</b>					
(a) Não sabe ler e escrever	5,58	1,10	4,824	4 / 299	0,001**
(b) Sabe ler e escrever	6,33	0,80			
(c) 9.º Ano de escolaridade	6,89	1,14			
(d) 12.º Ano de escolaridade	6,96	1,31			
(e) Ensino superior	6,57	1,23			
<b>3. Situação Familiar</b>					
(a) Casado	6,98	1,19	8,028	5 / 299	0,0001**
(b) União de facto	6,75	1,29			
(c) Solteiro	6,60	1,25			
(d) Viúvo	5,71	0,85			
(e) Divorciado	5,73	0,87			
(f) Separado	6,17	0,58			

\**p* ≤ 0,05 \*\**p* ≤ 0,01

É de registar diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) quanto à satisfação com a continuidade e cooperação entre utentes com diferentes habitações literárias e situação familiar. Na variável habilitações literárias, são os participantes com o 12.º ano de escolaridade que revelam uma atitude mais favorável, e são os participantes que não sabem ler e escrever que apresentam uma atitude menos favorável. Quanto à situação familiar, são os utentes casados que apresentam uma opinião sobre a satisfação mais positiva, e são os utentes viúvos que apresentam uma opinião sobre a satisfação menos favorável.

**Quadro 26 - Relação da Continuidade / Cooperação, Idade e Número de consultas anuais**

Correlação		<b>Continuidade e Cooperação</b>
<b>Idade</b>	<i>r</i>	-0,130
	<i>p</i>	0,024**
	<i>N</i>	300
<b>Número de consultas</b>	<i>r</i>	-0,045
	<i>p</i>	0,438
	<i>N</i>	300

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$

Por último, não se verifica qualquer relação estatisticamente significativa entre o número de consultas e a satisfação com a Continuidade / Cooperação ( $p > 0,05$ ). Muito embora exista uma relação significativa entre a idade e Continuidade / Cooperação, sendo que quanto mais novos são os participantes, mais favorável é a avaliação que fazem da sua satisfação com esta dimensão.

#### 4.6. Caracterização dos indicadores de áreas específicas de satisfação – Consulta, marcação e acessibilidade

Relativamente à dimensão consulta, marcação e acessibilidade (que inclui a percepção do utente face aos objectivos, forma de marcação e/ou alteração da consulta e demais explicações), recorreu-se ao estudo descritivo, bem como se procedeu à avaliação de diferenças e/ou associações em função das variáveis sócio-demográficas, cujos resultados se apresentam nos quadros seguintes.

**Quadro 27 – Caracterização dos indicadores de áreas específicas – Consulta, marcação e acessibilidade**

	<i>n</i>	(%)
<b>1. Principal objectivo da consulta</b>		
(a) Adoentado há vários dias sem melhoras	109	36,3
(b) Adoentando há várias semanas sem melhoras	27	9,0
(c) Adoeci de repente	39	13,0
(d) Um acidente	60	22,0
(e) Uma outra razão	40	13,3
<b>2. Foi esta a sua primeira consulta neste centro</b>		
(a) Sim	0	0,0
(b) Não	300	100,0
<b>3. Como marcou a consulta</b>		
(a) Por telefone	31	10,3
(b) Fui ao centro de saúde marcar	208	69,3
(c) Ficou marcada desde da última consulta	45	15,0
(d) Pedi alguém para marcar	16	5,3
<b>4. Foi informado da possibilidade de alterar a hora e data</b>		
(a) Sim	83	27,7
(b) Não	217	72,3
<b>5. Se pensa que esperou muito tempo, foi-lhe dada explicação</b>		
(a) Sim, deram-me uma explicação	49	16,3
(b) Não, não me deram mas gostaria	136	45,3
(c) Não, ma eu próprio compreendi as razões	48	16,0
(d) Não, não tive de esperar muito tempo	67	22,3
<b>Total (N)</b>	<b>300</b>	<b>Participantes</b>

Através da análise do quadro anterior, verifica-se que a maioria dos participantes (36,3%) recorre ao Centro de Saúde por estar doente há vários dias, sendo que todos (100%) já conheciam o Centro de Saúde e já haviam sido anteriormente consultados no referido centro de Saúde. A maioria dos participantes (69,3%) marcou a consulta dirigindo-se directamente ao centro de saúde, sendo que não foram avisados (72,3%) da possibilidade, caso necessário, de alterar a data e/ou hora da consulta. Apesar de acharem necessária uma explicação pela demora, 45,3%, refere não ter tido qualquer explicação.

**Quadro 28 – Tempo de Espera para consulta além da hora marcada**

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
Quanto tempo teve de esperar para a consulta, para além da hora marcada	300	0,15	4,30	1,07	0,821

É possível verificar, pelo quadro acima, que, em média, os utentes aguardaram cerca de 1,07 horas, pela consulta.

**4.7. Caracterização dos indicadores específicos – Profissionais**

Relativamente, à dimensão profissionais (que inclui a percepção do utente face pontualidade, competência e responsabilidade do profissional), recorreu-se ao estudo descritivo, bem como se procedeu à avaliação de possíveis diferenças e/ou associações em função das variáveis sócio-demográficas, cujos resultados se apresentam nos quadros seguintes.

**Quadro 29 – Caracterização dos indicadores específicos – Profissionais**

	<i>n</i>	(%)
<b>1. Pontualidade dos profissionais</b>		
(a) Muito boa	16	5,3
(b) Boa	54	18,0
(c) Razoável	124	41,3
(d) Má	106	35,3
<b>2. Competência, cortesia e carinho do pessoal médico</b>		
(a) Muito boa	48	16,0
(b) Boa	184	61,3
(c) Razoável	68	22,7
<b>3. Competência, cortesia e carinho do pessoal de enfermagem</b>		
(a) Muito boa	143	47,7
(b) Boa	122	40,7
(c) Razoável	34	11,3
(d) Má	1	0,3
<b>4. Competência, cortesia e carinho do pessoal administrativo</b>		
(a) Muito boa	3	11,0
(b) Boa	99	33,0
(c) Razoável	117	39,0
(d) Má	51	17,0
<b>5. Preocupação do pessoal do Centro de Saúde</b>		
(b) Muito boa	22	7,3
(c) Boa	79	26,3
(d) Razoável	166	55,3
(e) Má	33	11,0
<b>Total (N)</b>	<b>300</b>	<b>Participantes</b>

Através da análise do quadro anterior, verifica-se que a pontualidade dos profissionais do Centro de Saúde é considerada como má para 35,3%, muito embora a competência seja classificada como Boa pela maioria dos participantes (61,3%).

O pessoal de Enfermagem é aquele que surge com melhor avaliação, classificado como Muito Bom (47,7%). No que concerne ao pessoal Administrativo, a avaliação é considerada como razoável por 39,0% dos participantes. Por sua vez, a preocupação do pessoal do Centro de Saúde aparece classificada, na generalidade, como razoável (55,3%).

Para além do estudo descritivo, optou-se por avaliar possíveis diferenças e/ou associações, entre a Opinião sobre os profissionais e as variáveis sócio-demográficas, cujos resultados se apresentam nos quadros seguintes. Recorreu-se a estatística inferencial, designadamente, o T-test Student para amostras independentes, ANOVA e correlação de Pearson (Brace, et al. 2003; Maroco, 2003).

**Quadro 30 - Avaliação sobre os Profissionais em função do sexo do participante**

Variável	Sexo				<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	Masculino ( <i>n</i> =139)		Feminino ( <i>n</i> =161)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
<b>Opinião sobre os Profissionais</b>	17,01	1,93	17,17	1,41	-0,792	298	0,429

\**p* <0,05; \*\**p* <0,01

Pode-se verificar pela observação do quadro anterior que não existem diferenças estatisticamente significativas (*p* > 0,05) quanto à satisfação com os Profissionais entre os dois sexos.

**Quadro 31 - Opinião sobre os Profissionais em função das Habilitações Literárias, Situação Familiar**

Variáveis	Profissionais <i>N</i> =300		<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>			
<b>1. Habilitações literárias</b>					
(a) Não sabe ler e escrever	17,47	0,0			
(b) Sabe ler e escrever	17,50	1,72			
(c) 9.º Ano de escolaridade	16,62	1,64	3,116	4 / 299	0,016*
(d) 12.º Ano de escolaridade	17,31	1,68			
(e) Ensino superior	17,11	1,75			
<b>3. Situação Familiar</b>					
(a) Casado	17,13	1,71			
(b) União de facto	17,25	1,68			
(c) Solteiro	17,07	1,64	1,422	5 / 299	0,216
(d) Viúvo	17,53	1,80			
(e) Divorciado	16,84	1,01			
(f) Separado	16,00	1,53			

\**p* <0,05 \*\**p* <0,01

Observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) quanto à variável habitações literárias. Os participantes que não sabem ler e escrever revelam uma atitude mais favorável, e os participantes com o 12.º ano, apresentam a cuja opinião menos favorável.

**Quadro 32 - Correlação entre a satisfação com os Profissionais, a Idade e Número de consultas anuais**

Correlação		<i>Profissionais</i>
<b>Idade</b>	<i>r</i>	0,042
	<i>p</i>	0,465
	<i>N</i>	300
<b>Número de consultas</b>	<i>r</i>	-0,047
	<i>p</i>	0,418
	<i>N</i>	300

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$

Por último, não se verifica qualquer relação estatisticamente significativa entre a idade e o número de consultas e aquela opinião sobre os profissionais de saúde ( $p > 0,05$ ).

#### **4.8. Caracterização dos indicadores específicos – Condições e Serviços dos Centro de Saúde**

Relativamente à dimensão condições de serviço (que inclui a percepção do utente face à organização, horários, conforto e limpeza), recorreu-se ao estudo descritivo, bem como se procedeu à avaliação de possíveis diferenças e/ou associações em função das variáveis sócio-demográficas, cujos resultados se apresentam nos quadros seguintes.

**Quadro 33 – Caracterização dos indicadores específicos – Condições do Centro de Saúde**

	<i>n</i>	(%)
<b>1. Organização geral do serviço</b>		
(a) Muito boa	4	1,3
(b) Boa	108	36,0
(c) Razoável	150	50,0
(d) Má	38	12,7
<b>2. Horário de atendimento do médico família</b>		
(a) Muito boa	26	8,7
(b) Boa	197	65,7
(c) Razoável	66	22,0
(d) Má	11	3,7
<b>3. Serviços ao domicílio fornecidos pelo Centro</b>		
(a) Muito boa	176	58,7
(b) Boa	86	28,7
(c) Razoável	29	9,7
(d) Má	9	3,0
<b>4. Conforto geral do Centro</b>		
(a) Muito boa	13	4,3
(b) Boa	130	43,3
(c) Razoável	155	51,7
(d) Má	2	0,7
<b>5. Limpeza do Centro</b>		
(a) Excelente	47	15,7
(b) Muito boa	96	32,0
(c) Boa	95	31,7
(d) Razoável	61	20,3
(e) Má	1	0,3
<b>Total (N)</b>	<b>300</b>	<b>Participantes</b>

Através da análise do quadro anterior, verifica-se que a satisfação sobre a organização geral do Centro de Saúde se divide maioritariamente pela classificação de Razoável (50%) e Boa (36%). O horário de atendimento é, na generalidade, classificado como Bom (65,7%). O conforto do Centro de Saúde é razoável (51,7%) para a maioria dos participantes e a limpeza é classificada como Muito boa por 32,0% dos utentes.

O Apoio Domiciliário é classificado pela maioria dos indivíduos como Muito bom (58,7%).

Para além do estudo descritivo, optou-se por avaliar a existência de possíveis diferenças e/ou relações quanto à Opinião sobre as Condições e Serviços em participantes com diferentes características sócio-demográficas, cujos resultados se apresentam nos quadros seguintes. Recorreu-se à estatística inferencial, designadamente, o T-test Student para amostras independentes, ANOVA e correlação de Pearson et al. (Brace, Kemp & Snelgar, 2003; Maroco, 2003).

**Quadro 34 - Condições e serviços em função do sexo do participante**

Variável	Sexo				<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	Masculino ( <i>n</i> =139)		Feminino ( <i>n</i> =161)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
<b>Condições e Serviços</b>	15,84	1,94	15,35	1,32	2,572	298	0,011*

\**p* <0,05; \*\**p* <0,01

Registam-se diferenças estatisticamente significativas (*p* <0,05) entre os dois sexos quanto às condições e serviços, sendo que os participantes do sexo feminino revelam uma atitude mais desfavorável.

**Quadro 35 – Condições e Serviços em função das Habilitações Literárias, Situação Familiar**

Variáveis	Condições e Serviços N=300		F	gl	p
	M	DP			
<b>1. Habilitações literárias</b>					
(a) Não sabe ler e escrever	14,95	1,47	1,771	4 / 299	0,135
(b) Sabe ler e escrever	15,07	1,44			
(c) 9.º Ano de escolaridade	15,67	2,01			
(d) 12.º Ano de escolaridade	15,66	1,44			
(e) Ensino superior	15,79	1,47			
<b>3. Situação Familiar</b>					
(a) Casado	15,57	1,68	1,538	5 / 299	0,178
(b) União de facto	15,30	2,11			
(c) Solteiro	15,40	1,28			
(d) Viúvo	15,29	1,40			
(e) Divorciado	15,73	1,48			
(f) Separado	16,75	1,60			

\*p &lt; 0,05 \*\*p &lt; 0,01

Através do quadro anterior pode-se verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) quanto à satisfação com as Condições e Serviços do Centro de Saúde em função das habilitações literárias e da situação familiar.

**Quadro 36 - Correlação entre Condições e Serviços, Idade e Número de consultas anuais**

Correlação	<b>Condições e Serviços</b>	
<b>Idade</b>	<i>r</i>	-0,109
	<i>p</i>	0,060
	<i>N</i>	300
<b>Número de consultas</b>	<i>r</i>	-0,010
	<i>p</i>	0,863
	<i>N</i>	300

\*p &lt; 0,05 \*\*p &lt; 0,01

Por último, não se verifica uma associação estatisticamente significativa entre a idade, o número de consultas no último ano e a satisfação com as Condições e Serviços do Centro de Saúde ( $p > 0,05$ ).

#### 4.9. Caracterização das Atitudes Após a Experiência

Relativamente à dimensão atitudes após a experiência (que inclui a percepção do utente face à experiência que teve nos contactos com o centro de saúde e o que daí recomenda), recorreu-se ao estudo descritivo, bem como se procedeu à avaliação de possíveis diferenças e/ou associações em função das variáveis sócio-demográficas, cujos resultados se apresentam nos quadros seguintes.

**Quadro 37 - Caracterização das Atitudes Após a Experiência**

	<i>n</i>	(%)
<b>1. Recomendo fortemente este médico de família</b>		
(a) Concordo Muito	115	38,3
(b) Concordo	179	59,7
(c) Nem concordo, nem discordo	6	2,0
(d) Discordo	0	0,0
(e) Discordo muito	0	0,0
<b>2. Não vejo qualquer razão para mudar para outro médico de família</b>		
(a) Concordo Muito	124	41,3
(b) Concordo	129	43,0
(c) Nem concordo, nem discordo	47	15,7
(d) Discordo	0	0,0
(e) Discordo muito	0	0,0
<b>Total (N)</b>	<b>300</b>	<b>Participantes</b>

Através da análise do quadro anterior, verifica-se que a maior parte dos participantes refere que não só não vê razões para mudar de médico de família, como até, o recomendaria a familiares e amigos.

Para além do estudo descritivo, optou-se por avaliar possíveis diferenças e/ou relações, quanto à satisfação com a atitude após experiência e as variáveis sócio-demográficas, cujos resultados se apresentam nos quadros seguintes. Recorreu-se à estatística inferencial, designadamente, o T-test Student para amostras independentes, ANOVA e correlação de Pearson (Brace, et al. , 2003; Maroco, 2003).

**Quadro 38 - Atitude após experiência em função do sexo**

Variável	Sexo				<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	Masculino ( <i>n</i> =139)		Feminino ( <i>n</i> =161)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Atitude após experiência	13,37	1,04	3,39	0,99	-0,208	298	0,835

\**p* <0,05; \*\**p* <0,01

Através do quadro anterior pode-se verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas (*p* > 0,05), quanto à Atitude Após experiência entre os dois sexos.

**Quadro 39 – Atitude após experiência em função das Habilitações Literárias e Situação Familiar**

Variáveis	Atitude após experiência <i>N</i> =300		<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>			
<b>1. Habilitações literárias</b>					
(a) Não sabe ler e escrever	2,79	1,03	3,313	4 / 299	0,011*
(b) Sabe ler e escrever	3,03	1,25			
(c) 9.º Ano de escolaridade	3,52	0,86			
(d) 12.º Ano de escolaridade	3,48	1,04			
(e) Ensino superior	3,35	0,95			
<b>3. Situação Familiar</b>					
(a) Casado	3,42	1,03	2,480	5 / 2	0,048*
(b) União de facto	3,60	0,82			
(c) Solteiro	3,17	0,91			
(d) Viúvo	3,18	1,24			
(e) Divorciado	2,89	0,87			
(f) Separado	3,92	0,51			

\**p* <0,05 \*\**p* <0,01

É de registar que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre pessoas com diferentes habilitações literárias e diferente situação familiar quanto à atitude após a experiência.

Os participantes que não sabem ler e escrever são os que mais consideram não haver motivos para mudar de médico e são os que mais recomendariam o seu médico a outros; na variável situação familiar são os divorciados que mais consideram não haver motivos para alterar do médico e que o recomendariam a outros.

**Quadro 40 – Relação entre a Atitude Após Experiência, Idade e Número de consultas anuais**

Correlação	<i>Atitude Após experiência</i>	
<b>Idade</b>	<i>r</i>	-0,083
	<i>p</i>	0,152
	<i>N</i>	300
<b>Número de consultas</b>	<i>r</i>	0,033
	<i>p</i>	0,570
	<i>N</i>	300

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$

Por último, não se verifica uma relação estatisticamente significativa entre a idade, o número de consultas no último ano e a Atitude Após Experiência ( $p > 0,05$ ).

#### 4.10. Caracterização de Outras variáveis relevantes

Por último, quanto à dimensão outras variáveis relevantes, optou-se somente por realizar uma análise estatística cujos resultados se apresentam nos quadros seguintes.

**Quadro 41 – Caracterização de outras variáveis relevantes**

	<i>n</i>	(%)
<b>1. A sua consulta foi marcada para uma hora que lhe deu jeito</b>		
(a) Sim	248	82,7
(b) Não	52	17,3
<b>2. Oferta de Serviços de Prevenção de Doenças</b>		
(a) Suficiente	12	4,0
(b) Bom	76	25,3
(c) Muito bom	161	53,7
(d) Excelente	51	17,0
<b>Total (N)</b>	<b>300</b>	<b>Participantes</b>

Através da análise do quadro, verifica-se que as consultas, na sua maioria (82,7%), são marcadas em horas adequadas para os utentes. Para além disso, a oferta de serviços de prevenção de doenças é classificada como Muito boa (53,7%).

**Quadro 42 – Distribuição do tempo de espera das consultas**

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Médio</i>	<i>Desvio Padrão</i>
Número de dias que decorreram entre a marcação e realização da consulta	300	0, 00	180, 00	22, 22	38, 14
Há quantos meses foi a sua última consulta	300	1, 00	10, 00	3, 15	1, 84
Quanto tempo esteve no Centro de Saúde	300	0, 30	5, 00	1, 64	0, 77

O tempo que decorre entre a marcação e realização da consulta é de, em média, 22,22 dias. A última consulta dos participantes foi, em média, há 3,16/meses atrás. O tempo que esteve à espera no Centro de Saúde foi, em média, de 1,64 horas.

## **5. Discussão**

A discussão dos resultados de qualquer trabalho não é fácil, é necessário ter algum treino e conhecimentos aprofundados do que se está a estudar (Polit & Hungler, 1995).

No entanto, tendo em vista o carácter que o presente trabalho tem, é bastante vantajoso que possamos realizá-la pois assim é possível obter uma apreciação da investigação.

Para a efectivar a discussão dos resultados, ter-se-á em conta a fundamentação teórica efectuada para o trabalho, bem como a experiência como profissional na área do Gabinete do Utente e a informação que resultou do contacto com os participantes aquando da administração do questionário.

### **5.1. Dados Sócio Demográficos**

Relativamente à caracterização da amostra, os resultados deste estudo indicam que a maioria dos participantes era do sexo feminino. O mesmo se verifica no estudo de Hespanhol (1999) em que os participantes do sexo feminino foram também em maior número. Também num estudo realizado 2003/2004 sobre os dados de satisfação dos utilizadores dos Centros de Saúde recolhidos através do questionário EUROPEP, indicou que a amostra era maioritariamente do sexo feminino apresentando (65,9%). Esta predominância em termos de sexo entre os utilizadores dos Centros de Saúde manteve-se em todas as regiões e sub-regiões de saúde (Ferreira, 2003).

O presente estudo avaliou o grau de escolaridade, e verificou que estes resultados variaram. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo desenvolvido por Ferreira (2003), em 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. Outro estudo levado a cabo em 2001 sobre “As determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o estudo de Lisboa e Vele 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 mesmo ler ou escrever.

Face ao estado civil, o presente estudo permitiu verificar que a maioria é casada. Uma menor percentagem vive em união de facto. Resultados similares foram encontrados no estudo de Ferreira (2003), em que também a maior percentagem se referia aos indivíduos casados. Às mesmas conclusões chegou McIntyre (1999) sobre a satisfação do utente e atitudes face aos médicos e Medicina, em que a maioria eram participantes do sexo feminino sendo que 54,4% e 6,6% eram casados e divorciados, respectivamente.

## 5.2. Cuidados médicos

Grande parte dos participantes sugere uma opinião muito boa face aos cuidados médicos prestados. A competência, a atenção e o alívio rápido dos sintomas surgem como os afectos mais valorizados. Ou seja os utilizadores sentem-se muito satisfeitos com a atenção dispensada apresentando (59,3%), e também com os exames realizados (78,7%).

Quanto aos cuidados médicos, são os participantes com o 9.º ano de escolaridade, os indivíduos que vivem em União de Facto e os mais novos que revelam uma opinião mais positiva. Não foram encontradas quaisquer diferenças entre sexo, situação de saúde e frequência de consultas.

Resultados semelhantes podem encontrar-se no estudo de Ferreira (1999), em que as pessoas se revelaram mais desapontadas com a rapidez com que viam aliviados os seus sintomas e com o apoio que recebiam para minorar as limitações nas actividades diárias.

Enquanto que o primeiro destes aspectos não pode ser imputado ao médico de família nem à organização do Centro de Saúde, o segundo já pode ser encarado como um reflexo da falta de alguns profissionais nos Centros de Saúde que possam contribuir para minorar os sintomas de doenças de que padeciam.

### 5.3. Informação e apoio

Uma significativa parte dos participantes classificou a Informação e o Apoio como positivo, com uma maior valorização da explicação, por parte do médico, dos objectivos dos exames e tratamentos prescritos factos estes associados à ética na prática médica, da necessidade de consentimento informado dos participantes e do direito destes conhecerem e colaborarem no seu processo clínico. Contudo, é de realçar que 2% classifica a informação e apoio que e prestado é insuficiente/mau. Pelo que, dá conta da necessidade de um maior empenho dos profissionais de saúde.

Quanto à avaliação da informação e apoio, são os participantes com 9.º ano de escolaridade, em União de Facto, os mais novos e os que recorrem mais ao centro de saúde que referem uma opinião mais favorável.

Não foram encontrados quaisquer efeitos relativos à variável sexo.

As respostas às perguntas que constituem o indicador informação e apoio são aparentemente uniformes, 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). Esta investigação demonstra que uma destas valências se prende com uma maior necessidade de atenção por parte de todos os profissionais envolvidos quer no apoio, quer na informação.

#### **5.4. Atitudes relacionais e de comunicação**

Na generalidade, a opinião sobre as atitudes relacionais e de comunicação é positiva, surgindo, a confidencialidade com uma valorização superior. Facto, igualmente, relacionado com aspectos éticos e deontológicos, bem como relacionado com os direitos fundamentais dos doentes.

Um estudo realizado por McIntyre (2001) acusa que os participantes que mais recorrem aos Centros de Saúde de apresentarem avaliações significativamente mais satisfatórias quanto à comunicação e à relação interpessoal. Demonstrou, ainda, que os utentes mais satisfeitos com os serviços recebidos são também aqueles que revelam um nível mais elevado de atitudes positivas, têm uma melhor percepção da qualidade técnica, bem como, das relações interpessoais com os profissionais de saúde.

Contudo, o tempo de consulta e a disponibilidade do médico surgem com 4,3% e 2% dos participantes a classificar como insuficiente e mau, respectivamente. Estes dados dão conta do que é relatado na população geral quanto à organização dos serviços de saúde, designadamente, o tempo reduzido por cada consulta e a pouca disponibilidade do médico.

McIntyre (2001) salienta que quanto melhor é a satisfação dos utentes, mais positivas são as suas representações em relação aos médicos e à Medicina, muito provavelmente porque existe uma relação de *feedback* positivo entre os dois aspectos acima referidos, bem como, aos serviços de saúde.

De registar que o sexo masculino revela uma avaliação das atitudes relacionais e de comunicação mais positiva, tal como os participantes divorciados.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre este domínio de satisfação dos utentes em função das habilitações literárias. Também não se verificou existir uma correlação estatisticamente significativa entre aquela, a idade e a frequência de consultas.

### **5.5. Organização dos serviços**

A organização dos serviços aparece avaliada de uma forma menos positiva que as dimensões anteriores, muito embora, ainda avaliada de forma satisfatória. De registar que todos os itens que avaliam esta dimensão apresentam classificação de insuficiente (1%) e má (30%). Destes a referir o falar ao telefone, quer com o médico, quer com o centro de saúde, bem como, o tempo de espera da consulta.

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

O tempo de espera é outro dos problemas comumente referenciados ao longo dos anos pelas populações. O sistema nacional de saúde sugere fragilidades no tempo de espera de consultas, nas urgências, e nas cirurgias. Através da avaliação dos diferentes parâmetros, pode concluir-se que o tempo médio de espera pela consulta é de 1,5 horas e o tempo de espera por vaga de consulta é de 22 dias. Tempo demasiado longo para quem necessita de uma consulta.

Os participantes com o 9.º ano de escolaridade e em União de facto são os que apresentam uma avaliação mais favorável da organização dos serviços. Não foram encontrados efeitos sobre a organização dos serviços em função das variáveis sexo, idade e frequências das consultas.

É de destacar que também no estudo de Ferreira (1999), no indicador respeitante à organização dos serviços, se constatou uma grande insatisfação generalizada em relação aos centros de saúde. Paralelamente neste estudo de Ferreira (1999), os utilizadores apresentavam-se ligeiramente mais satisfeitos com a facilidade em contactar com o Centro de Saúde pelo telefone, muitíssimo mais do que com a facilidade de falar com o seu médico de família.

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

Ainda no que respeita à «organização dos serviços», são os utentes com mais literacia, os que mais facilmente discordam da organização do Centro de Saúde.

## 5.6. Continuidade e cooperação

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 do centro de saúde com outras especialidades externas, necessárias ao tratamento da patologia do utente.

Contudo, são os participantes com o 12.º ano, casados e os mais novos que revelam uma opinião mais favorável quanto à continuidade e cooperação. Não foram encontrados efeitos quanto ao sexo, idade e frequência de consultas.

Um estudo realizado por Ferreira (2000) revelou que as pessoas que estão mais satisfeitas com o primeiro aspecto do que estão com o segundo. Isto é, encaram positivamente a continuidade de cuidados entre consultas, ao passo que vêm com alguma preocupação a falta de preparação sobre o que esperar dos médicos e dos cuidados de saúde primários.

Ferreira (2000) chegou também a resultados em que os utentes com menor literacia, provavelmente, provenientes de classes sócio-económicas mais desfavorecidas, são também os mais insatisfeitos, especialmente nas dimensões «informação e apoio» e «continuidade e cooperação».

### **5.7. Consulta, marcação e acessibilidade**

A dimensão consulta, marcação e acessibilidade, surgem apenas com a classificação de aceitável, dando 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 (1992) e de Cape (2002) sobre satisfação dos utentes em cuidados primários em que subsistiram os níveis elevados de satisfação com os cuidados de saúde prestados, com a excepção do tempo de espera.

McIntyre (2001) apresenta resultados em que a satisfação com o sistema de marcação de consultas influencia as representações em relação os 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.

Para Cabral (2002), várias hipóteses sociológicas podem contribuir para explicar o consenso avaliativo, facto este que se refere aos níveis de satisfação dos utentes como sendo consensuais e consideravelmente elevados. Segundo uma destas hipóteses explicativas, o ajustamento adaptativo, as variações das necessidades, e as expectativas dos diferentes grupos sociais, conduzem a um movimento deste mesmo ajustamento entre si reduzindo desta forma a eventual insatisfação e a sua variação intergrupar. Segundo outra hipótese, o efeito de gratidão e a atitude de reconhecimento dos utentes podem condicionar a avaliação que fazem dos cuidados prestados. E ainda segundo

outra explicação, a estabilização das expectativas. Os utentes sabendo que a diferenciação e a complexidade técnico profissional dos cuidados de saúde são as principais causas dos problemas de financiamento e de funcionamento do sistema, tendem a incorporar factores mitigantes aceitáveis nas suas avaliações de experiência negativas com os cuidados de saúde prestados.

### **5.8. Indicadores específicos – Profissionais**

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

Na globalidade os profissionais são avaliados positivamente, muito embora o pessoal de enfermagem seja o mais valorizado pelos participantes, facto que possivelmente se justifica pela maior disponibilidade de tempo efectivo com o utente. A pontualidade dos profissionais é, claramente, vista como mais negativa, apontada por 35,3% da amostra como Má e por 41,3% como Razoável.

No presente estudo, são os profissionais que não sabem ler e escrever e os viúvos que mais valorizam as características dos profissionais. Não foi encontrada relação quanto à avaliação dos profissionais em função do sexo, idade, e frequência de consultas.

Ferreira (1999) chegou a semelhantes conclusões, onde os utilizadores consideraram a pontualidade dos profissionais como má. Concluiu, também, que o sexo e a idade, talvez por estarem associados à necessidade e expectativas diferentes, influenciam significativamente a avaliação que é feita da pontualidade dos profissionais. Ainda sobre este estudo, e contrastando com os nossos resultados, concluiu que as mulheres penalizam mais os profissionais, avaliando mais negativamente a pontualidade, contrariamente aos idosos que avaliam a pontualidade de forma mais positiva.

### **5.9. Condições do Centro de Saúde**

Um dos objectivos de qualquer entidade de prestação de cuidados de saúde é responder às legítimas expectativas dos seus utilizadores.

As condições do centro de saúde são avaliadas como adequadas, essencialmente no que concerne ao horário de atendimento, conforto, limpeza e serviço domiciliário.

É de registar que a avaliação atribuída ao conforto geral do Centro do Saúde é menos boa do que a limpeza. De facto, 52,4% consideram que o conforto do centro de Saúde é razoável, enquanto que face à limpeza os resultados obtidos são considerados bons 79,4%.

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

No estudo de Ferreira (2000), foram obtidos resultados idênticos. A avaliação atribuída ao conforto foi menos boa do que a atribuída à limpeza. Parte da amostra considerara a limpeza e o conforto como mau, apresentando resultados de 5% e 21,3%, respectivamente. No entanto e em contraste com os nossos resultados, foram os homens e os mais idosos que avaliaram mais positivamente qualquer um destes indicadores.

### **5.10. Atitude após experiência**

Esta investigação procurava saber se os utilizadores dos Centros de Saúde, após a experiência vivida, recomendavam o seu médico de família ou se viam alguma razão para mudar de médico.

Esta avaliação face à experiência foi globalmente positiva. Uma significativa parte não vê razões para mudar de médico tanto mais, que a maioria dos utentes concordava em recomendá-lo a outras pessoas. Também no estudo sobre a satisfação dos utentes desenvolvido por Ferreira (2000), em termos de intenções, a maioria dos utentes recomendava o Centro de Saúde aos seus amigos e familiares não via qualquer necessidade de mudarem de médico de família. Resultados semelhantes obteve o estudo sobre a voz dos utentes utilizadores dos Centros de Saúde, em que mais de metade dos utentes recomendava o seu médico de família e não viam razões para mudar para outro médico.

Os participantes que não sabem ler e escrever e os divorciados são os que apresentam uma avaliação mais positiva da atitude após experiência.

## **6. Orientações para a Prática**

As melhorias da 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 conduzam à alteração 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 actuação sobre factores estruturais e comportamentais, e porque o conceito de qualidade se aplica, de forma transversal, a todos os procedimentos, desde o acto de atendimento, à qualidade dos serviços prestados por todos os profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos, administrativos, auxiliares), à qualidade dos equipamentos e seu desempenho (Pereira, 2003).

A avaliação dos cuidados de saúde primários tem como finalidade última a melhoria dos cuidados de saúde, tornando-os centrados no cidadão, mais acessíveis e eficientes, e mantendo sempre presente a necessidade de melhorar a satisfação dos cidadãos e dos profissionais. Neste contexto, a participação activa de utentes e profissionais dos centros de saúde é da maior importância no estabelecimento dos parâmetros para a definição das prioridades de melhoria dos cuidados de saúde.

Torna-se, portanto, necessário saber o que pode ser melhorado, quando necessário mais concretamente importa (re) conhecer:

- (a) Os determinantes da satisfação dos utentes com os cuidados de saúde prestados pelos Centro de Saúde;

- (b) As dimensões mais valorizadas por utentes na interacção Centro de Saúde - Utente;
- (c) O que deve ser alterado, do ponto de vista de utentes, na organização e funcionamento dos Centros de Saúde.
- (d) Trabalhar no sentido de melhorar a capacidade de comunicação e a informação com o doente.

É, igualmente, necessário 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 profissionais para melhorar o exercício da actividade, promovendo a produtividade, a eficiência e a eficácia no desempenho das funções atribuídas a cada um dos serviços. Deve também ser aperfeiçoado o nível de informação disponibilizada, nomeadamente a relacionada com os cuidados de saúde, evidenciando a transparência das actividades, reforçando a visibilidade dos resultados e metas atingidos, desenvolvendo uma atitude pró-activa junto dos profissionais.

As exigências da equidade, e a percepção desta como um valor realmente orientador da acção no Sector da Saúde vão ser essenciais para garantir uma maior aproximação entre os cidadãos / utentes e o poder político, e uma cidadania mais centrada numa participação activa na vida pública em geral e nas coisas da saúde em particular.

As reclamações na área da saúde permitem tirar conclusões a respeito da (in) satisfação dos utentes relativamente ao funcionamento dos serviços e solucionar alguns problemas.

Os maiores desafios que se colocam, actualmente, ao sistema de saúde consistem, por um lado, em integrar as diversas áreas de intervenção dentro de um quadro conceptual e metodológico de melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde, que garantam a sua eficiência e eficácia com total garantia dos direitos, deveres e liberdades de cada cidadão e, por outro lado, deve de ser dada à qualidade dos serviços de saúde um lugar prioritário e para garantir os recursos necessários ao fortalecimento do planeamento de acções de melhoria da qualidade. As áreas que constituem desafios prioritários incluem: a prática clínica, a organização e prestação de cuidados de saúde, a acessibilidade aos serviços de saúde, a equidade, a cidadania, satisfação dos utentes, acções para a mudança e para a promoção da saúde.

Cabe, então, ao cidadão um papel fundamental na promoção da saúde e no desenvolvimento do sistema de saúde que o serve. O cidadão poderá utilizar o gabinete do utente como instrumento da sua participação activa num processo de desenvolvimento da Saúde em Portugal.

## 7. Conclusões

A qualidade no âmbito dos Cuidados Primários tornou-se um tema especialmente relevante a partir da reformulação dos sistemas de saúde nas últimas décadas. A universalidade e a garantia de acesso por meio dos cuidados primários de saúde têm sido preconizadas em vários países do mundo como forma de se alcançar maior equidade e satisfação das expectativas dos usuários.

Os cuidados de saúde não podem ser apenas encarados como um serviço que procura dar resposta a uma pessoa, mas também devem ter em atenção as necessidades e preferências dos utentes. Sendo assim, a satisfação dos utentes deve ser considerada como um objectivo a atingir pelos cuidados de saúde.

Quanto à satisfação com os cuidados médicos, os resultados da presente investigação sugerem que o exame que o médico de família faz à maior parte dos utentes e a atenção dispensada para o mesmo revela ser muito bom. A avaliação de excelente foi atribuída apenas quando analisado o alívio rápido dos sintomas.

A relação entre cuidados médicos e variáveis sócio-demográficas, não apresenta diferenças estatisticamente significativas em função do sexo.

Quanto à satisfação em função das habilitações literárias, e situação familiar, e relativas à informação e ao apoio, salientam-se diferenças expressivas quando se refere, quer a indivíduos com o 9º ano de escolaridade e utentes que vivem em união de facto, sendo estes os que apresentam maior satisfação.

Face a informação e ao apoio prestado, as opiniões dividem-se entre as classificações de boas e de muito boas, ou seja claramente positivas. Na relação entre as variáveis informação e apoio, idade e número de consultas anuais, pode concluir-se que apresentam uma relação estatisticamente significativa. O mesmo não se verifica quando analisada a correlação da idade e satisfação com a informação e o apoio prestado.

Tanto os cidadãos como os serviços de saúde têm papéis fundamentais na melhoria da saúde individual e colectiva. Adoptar e facilitar a adopção de estilos de vida saudáveis, assim como participar activamente na criação de um meio físico e social, que possibilite mais bem-estar, são direitos e deveres de todos os cidadãos e das suas associações. Uma maior participação e responsabilização dos cidadãos e das comunidades pela protecção e promoção da sua própria saúde implica, também, poder participar no desenvolvimento dos serviços de saúde, bem como na defesa dos valores éticos que os sustentam.

## 8. Bibliografia

- Abreu, M. (1988). O Público e o seu entendimento: As Atitudes, a comunicação e o público. *Dirigir*, 3, 17-46.
- Antunes, M. (2001). *A Doença da Saúde*. (5.<sup>a</sup> Ed.). Lisboa: Quetzal Editores
- Associação Portuguesa de Defesa do Consumidor – DECO. (2001) Utentes fazem diagnóstico. Centros de Saúde muito doentes. *Teste Saúde*, 30, 9-13.
- Associação Portuguesa de Defesa do Consumidor – DECO. (2004). Centros de Saúde de baixa: 5 mil utentes fazem diagnóstico. *Teste Saúde*, 48, 9-13.
- Biscaia, A., Martins, J., Carreira, M., Gonçalves, I. (2006). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Reformar para novos sucessos*. (1<sup>a</sup> edição). Lisboa: Padrões Conceptuais Editora
- Blau, P. M. & Scott, W. R. (1962). *Formal Organization: A Comparative Approach*. San Francisco, Chandler, Publishing Company.
- Brace, N., Kemp, R., Snelgar, R. (2003). *SPSS for Psychologists*. New York: Palgrave Macmillan.
- Bryman, A. & Cramer, D. (1992). *Análise de dados em ciências sociais*. Oeiras: Celta Editora
- Cabral, M. V., Silva, P. A., Mendes, H. (2002). *Saúde e Doença em Portugal*. 1<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, da Universidade de Lisboa.
- Campos, A. (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.

- Canário, R. (1997). *Formação e Mudança no Campo da Saúde*. In R. Canário (Org.), *Formação e Situações de Trabalho* (pp. 117-146). Porto: Porto Editora.
- Cape, J. (2002). Consultation length, patient- estimated consultation length and satisfaction with the consultation. *Br J Gen Pract.* 52,1004-1006.
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital: Uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Afrontamento.
- Carmo, H. & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta
- Carr-Hill, R. A. (1992). The Measurement of Patient Satisfaction. *Journal of Public Health Medicine.* 14 (3) Oxford: Oxford: University Press.
- Carvalho, R. C. & Melo, P. (2000). Avaliação de Qualidade na Perspectiva do Utente/Cliente: Importância da Dimensão Pessoal. *Informar*, 20, 4-10.
- Carvalho, T. J. A. (1996). Comunicação e Cuidados de Saúde. Desafios para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 14, 135-139.
- Charvet-Protat, S. (1998). Le coût de la qualité e de la non qualité à l'hôpital. *Cahiers de gestion hospitalières*, 149, 719 – 746.
- Chiavenato, I. (1993). *Recursos Humanos*. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Atlas.
- Churchan, C. W. (1970). *Introdução às Teorias dos Sistemas*. Rio de Janeiro: Vozes Ltda Petrópolis.
- Collière, M. F. (2003). *Promover a vida: Prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 2ª Edição. Lisboa: Lidel.

- Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (1990). *Inquérito Nacional de Saúde 1989/90. Região de Lisboa e Vale do Tejo. Informação Síntese*. Lisboa.
- Direcção-Geral da Saúde (1997). *Saúde em Portugal: Conceito e Contexto. A Saúde dos Portugueses*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Donabedian A. (1988). The Quality of Care - How Can it be Assessed? In *Journal of the American Medical Association*, 260, 1743-1748.
- Falcão, F. (2004). Satisfação na relação enfermeiro – utente. *Revista de Investigação em enfermagem*, 9, 45-49.
- Ferreira, F. A. G. (1988). *Sistemas de Saúde e o seu funcionamento, sistemas de cuidados e saúde no mundo, o caso particular de Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, F. A. G. (1989). *Sistemas de Saúde e seu Funcionamento*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, F. A. G. (1990). *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, P.L. (1999). *A voz dos utentes. Satisfação com a medicina geral e familiar*. Questionário Europep, 1ª ed. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ferreira, P.L. (2000). Avaliação dos doentes de cuidados primários: Enquadramento conceptual. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 16, 53-62.
- Ferreira, P.L. & Raposo, V. (2003). A voz dos utentes dos Centros de Saúde. *Revista Qualidade em Saúde*, 7, 23-26.
- Ferreira, P.L., Luz, A., 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*, 2, 53-61.

- Ferreira, P.L. & Seco, O. M.(1993). Sociologia do Quotidiano. *Revista Crítica das Ciências Sociais*, 37, 159-172.
- Fitzpatrick, R. (1993). Scope and Measurement of Patient's Satisfaction In R. Fitzpatrick & A. Hopkins (Eds.), *Measurement of Patient's Satisfaction with their Care* (pp. 1-17). London: Royal College of Physicians of London.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de Investigação – Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas
- Graça, L. (1994). Para uma teoria da Satisfação dos utentes de serviços de saúde – *Notas de Leitura*, 119, 7-13.
- Grande, N. R. (2000). Cuidados de Saúde Primários: Pedra Angular nos Sistemas de Saúde. In Fórum da Economia da saúde (pp. 77-87). Porto: Departamento de Clínica Geral e Instituto Superior de Estudos Empresariais da Universidade do Porto. pág. 77-87
- Henriques, J. (2000). *Apontamentos*. Lisboa: Instituto Português da Qualidade.
- Hernandez P.J.S. (1993). La definición de la calidade de la atención. In R.M. Palomar (Ed), *Garantía de calidad en atención primaria de salud* (pp.7-18). Barcelona: Doyma.
- Hesben, W. (2001) *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hespanhol, A., Malheiro, A., Sousa, P. A. (2002). O projecto “Tubo de Ensaio” – breve história do Centro de Saúde de S. João. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 18, 171-86.

- Imperatori, E. (1985). *Avaliação de centros de saúde: Aspectos conceptuais*. Lisboa: Direção Geral de Cuidados de Saúde Primários.
- Instituto da Qualidade me Saúde (2003). A voz dos utentes dos Centros de Saúde. *Qualidade em Saúde*, 7, 23-32.
- Instituto da Qualidade em Saúde (2004). A voz dos utentes dos Centros de Saúde. *Qualidade em Saúde*, 7, 23-32.
- Jorge, I. & Simões, M.C. (1995). A Qualidade dos Cuidados na perspectiva do Utente, *Servir*, 43 (6) 290-296.
- Kurata, J.H., Nogawa, A.N., Philips, D.M. & Hofman, S. (1992). Patient and provider satisfaction with medical care. *The Journal of Family Practice*, 35, 176-9.
- Lakatos, E.M. & Marconi, M. A. (2001). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 4ª Edição. São Paulo: Atlas.
- Larcão, J. (1997). *Constituição da República Portuguesa*. Lisboa: Texto Editora.
- Lau, R. Bernard, J. M. (1995). Further explanations of common sense representation of common illnesses. *Health Psychology*, 8, 195-219.
- Lebow, J.L. (1974). Consumer assessments of the quality of medical care. *Medical Care*, 12(4), 328-337.
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 16, 577-582.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística – com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Marteau, T. M. (1990). Attitudes towards doctors and medicine: The preliminary development of a new scale. *Psychology and Health*, 4, 351-356.
- Martins, M. (2002). Humanização na Saúde. *Revista Ser Médico*, 18, 8-14.
- McIntyre, T. M. (1999). Estudo aprofundado da satisfação dos utentes nos serviços de saúde na região norte (Março 1999). Porto: ARS Norte e Universidade do Minho.
- McIntyre, T., Pereira, M.G., Silva, N.S., & Correia, M.J. (1999). Manual do questionário de Avaliação da Satisfação do Utente. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte.
- McIntyre, T., Couto M. J., Almeida, T. & Sousa B. A. (2002). Avaliação da Satisfação do Utente com a Teledermatologia. *Trabalhos da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia*, 60 (1), 33-47.
- Mendo, P. (1995). Sector Público, Sector Privado nos cuidados essenciais, in *Boletim da Economia da Saúde*, 2-13.
- Neves, A. (2002). *Gestão na Administração Pública*. Cascais: Editora Pergaminho, Lda.
- O que os Portugueses pensam dos serviços de saúde. (2002). *Revista da ordem dos Farmacêuticos*, 47, 1-45.
- O.M.S. (1985). *As metas da Saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores
- Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6: 185-210.

- Palmer, R. H. (1983). The patient judgment system: reliability and validity. *Quality Review Bulletin*, 6, 185.
- Paúl, C., Martin, I., & Roseira, L. (1999). *Comunidade e Saúde, satisfação dos utentes e voluntariado*. Porto: Afrontamento.
- Pereira, L. F. (2003). Qualidade é ferramenta fundamental da nova estratégia para a saúde. *Qualidade em Saúde*, 7, (pp.3-8). Lisboa: Publicação periódica do Instituto da Qualidade em Saúde.
- Pereira, M. G. (2001). Satisfação do Utente e Atitudes face aos médicos e Medicina – *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2 (2), 69-70.
- Pereira, M. G. & Silva, N. S. (1999). Escala de Atitudes face aos médicos e à medicina. In A. Soares, S. Araújo, & S. Caíres (Eds). *Avaliação psicológica: Formas e Contextos* (pp.496-503), Braga: APPORT.
- Pinto, A. C.(1990). *Metodologia investigação psicológica*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.
- Pisco, L. (2001). Instituto da Qualidade em Saúde. *Ordem dos Enfermeiros*, 36-37.
- Pisco, L. (2001). Qualidade dos Cuidados de Saúde Primários – Avaliação da Qualidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 43-51.
- Pisco, L, Ferreira, P.L. Raposo, V. (2003). A voz dos utentes dos Centros de Saúde. *Qualidade em Saúde*, 7, pág. 23-26.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. (3<sup>a</sup> ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Editora Grádiva.

- Resende, A. L. M. (1986). *Saúde: Dialéctica do Pensar e do Fazer*. São Paulo: Cortez Edições.
- Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Rocha L.E. & Lacaz, F.A.C. (1985). Saúde Pública e Acções de Saúde do Trabalhador: uma análise conceptual e perspectivas de operacionalização programática na rede básica da Secretaria de Estado da Saúde. *Sociedade, Direito, Saúde*, 2 (1), 3-10.
- Rodeia, J.M.F. (1998) A pessoa e o Cuidar em Enfermagem. *Revista Servir*. 46 (2) Porto, 60.
- Roseira, M. B. (2003). Igualdade de Acesso aos Cuidados de Saúde. In AA vv (Ed.), *Direitos do Homem e Biomedicina* (pp. 45-54). Lisboa, Universidade Católica Editora.
- Roter, D. (1989). Which facets of communication have strong effects on outcome - A metanalysis? In M. Stuart & I. D. Roter (Eds), *Communicating with medical patients*, (pp. 183- 196). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Sá, J. (2001). Evolução no Conceito da Ética Médica. *Medicina*, 127, 32- 6.
- Sakellarides, C. (2003). Prefácio” In Editor (Ed.), *Satisfação dos Portugueses com os Cuidados de Saúde Privados*. Lisboa: Edição Instituto do Consumidor.
- Santana, P. (2005). *Geografias da Saúde e do desenvolvimento – evolução e tendências em Portugal*. Coimbra: Edições Almedina.
- Santos, M. R. (1993). Avaliação da qualidade na perspectiva do utente; importância dos aspectos não técnicos da prestação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 11 (4), 29-45.

- Sepúlveda, M. R. (1998). A Satisfação dos Utentes em relação à Qualidade dos Cuidados: Consulta de Ginecologia/Obstetrícia e Cirurgia Geral na Sávida – *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 14 (4), 33-56.
- Serrão, D. (1998). *Reflexão sobre a saúde, Recomendações para uma reforma estrutural*. Porto: Impressões Gráficas.
- Serrão, D. (2000). Refundação do Sistema Nacional de Saúde. *Fórum de Economia da Saúde*, 89-102.
- Silva, J. M. (1983). O papel dos hospitais em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5-10.
- Starfield, B. (1992). *Primary Care: Concept, evaluation and policy*. 1ª ed. Oxford: Oxford University Press.
- Swan J. (1985). Deepening the understanding of hospitals patient satisfaction: fulfilment and equity effects. *Journal of Health Care Mark*, 5, 7-18.
- Taylor, S. E. (1998). Patient- practitioner interaction. In S. Taylor (Ed.), *Health Psychology*, (pp. 341-377). New York: McGraw-Hill.
- Teixeira, J. A. (1996). Comunicação e cuidados de saúde. Desafios para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 14 (1), 135-139.
- Teixeira H, & Dantas F.(1997). O bom médico. *Revista Brasileira Educação Medica*, 21,43 - 46.
- Teixeira, J.A. (2000). Problemas de comunicação em saúde e suas consequências. In I. Trindade, & J. Teixeira (Eds.), *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (pp.27-32). Lisboa: Climepsi.
- Vuori, H. (1984). Primary health care in Europe: Problems and solutions. *Community Medicine*, 6, 221-231.

- Ware J.E. & Snyder, M, K, & Wright, W. R. & Davies, A. R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6, 247-263.
- Wilson, R. (1963). The Social Structure of a General Hospital, *Annals of the American of Political and Social Science*, 36-40.

## **9. Anexos**

Qual esta a sua próxima consulta neste centro de saúde?  
Q. Sim Q. Não

**Universidade Fernando Pessoa**  
Aplicação do Questionário no âmbito do Mestrado em Trabalho Social

4. A sua consulta foi marcada por uma hora que lhe deu jeito?  
Q. Sim Q. Não

**Qual a sua opinião sobre o seu Médico de Família e o seu Centro de Saúde?**

---

5. Foi informado(a) da possibilidade de oferecer a sua opinião a hora da sua consulta neste centro de saúde?  
Q. Sim Q. Não

Centro de Saúde

Acreditamos que você, o doente, é o elemento mais importante dos cuidados de saúde. Gostaríamos de ter em conta as suas opiniões para melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Ficar-lhe-íamos muito gratos se tivesse a amabilidade de preencher este questionário.

Pedimos-lhe que pense na qualidade dos cuidados que **lhe** foram prestados nos últimos 12 meses pelo seu médico de família e no seu Centro de Saúde.

A informação que nos fornecer será confidencial. Não pedimos que se identifique.

Ficamos muito gratos pela sua colaboração.

---

Pense na sua última visita ao centro de saúde.

1. Diga-nos, por favor, qual o principal objectivo desta consulta?

1. Adoentado/a há vários dias sem sentir melhoras.

2. Adoentado/a há semanas ou meses, tendo vindo a piorar.

3. Adoeci de repente.

4. Um acidente. Qual? .....

5. Uma outra razão. Qual? .....

6. Esta consulta foi previamente marcada pelo meu médico

1

2. Foi esta a sua primeira consulta neste centro de saúde?  
 1: Sim.     2: Não.

3. Quantos dias decorreram entre o dia em que marcou a consulta e o dia desta consulta?  
 1: Fui consultado/a no mesmo dia.  
 2: Entre o dia a consulta e o da marcação decorreram \_\_\_\_\_ dias.

4. A sua consulta foi marcada para uma hora que lhe deu jeito?  
 1: Sim.  
 2: A consulta foi marcada, mas para uma hora que não me deu muito jeito.  
 3: Não, nem sequer foi marcada.

4.1 Como marcou a consulta?  
 1: Por telefone.  
 2: Fui ao centro de saúde para marcar.  
 3: Ficou marcada desde a consulta anterior.  
 4: Pedi a alguém para lá ir marcar. Quem? \_\_\_\_\_

5. Foi informado/a da possibilidade de alterar a data ou a hora da sua consulta caso necessite?  
 1: Sim.     2: Não.

6. Quanto tempo teve de esperar para ser consultado, para além da hora marcada para a sua consulta?  
 Horas \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_

7. Se pensa que esperou muito tempo, foi-lhe dada alguma explicação?  
 1: Sim, deram-me uma explicação.  
 2: Não, não me deram qualquer explicação para a demora, mas gostaria de ter sabido alguma coisa.  
 3: Não, não me deram explicação, mas eu próprio/a compreendi as razões.  
 4: Não, não tive que esperar muito tempo.

8. Tem mais alguns comentários que gostasse de fazer acerca da forma como foi recebido/a neste centro de saúde?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

Nas perguntas das páginas 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 se não se aplicar ao seu caso, por favor coloque uma marca na coluna "Não aplicável/não relevante".

Qual a sua opinião sobre o seu médico de família e/ou o seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses em relação a ...	Má				Excelente	Não aplicável/ não relevante
9 fazê-lo/a sentir que tinha tempo suficiente durante as consultas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 interesse nos seus problemas de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 facilidade com que se sentiu à vontade para contar os seus problemas ao médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 forma como foi envolvido/a nas decisões sobre os cuidados que o médico lhe prestou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 forma como o médico o/a ouviu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 confidencialidade da informação sobre o seu processo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qual a sua opinião sobre o seu médico de família e/ou o seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses em relação a ...	Má				Excelente	Não aplicável/ não relevante
15 alívio rápido dos seus sintomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 ajuda a sentir-se suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 atenção dispensada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 exame que o médico lhe fez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 oferta de serviços de prevenção de doenças (por exemplo, rastreio, <i>check-ups</i> e vacinas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qual a sua opinião sobre o seu médico de família e/ou o seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses em relação a ...	Má				Excelente	Não aplicável/ não relevante
20 explicação detalhada dos objectivos dos exames e dos tratamentos prescritos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 informações sobre o que queria saber dos seus sintomas e da sua doença?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 ajuda a enfrentar os problemas emocionais relacionados com os seus problemas de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 encorajamento para compreender a importância de seguir os seus conselhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qual a sua opinião sobre o seu médico de família e/ou o seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses em relação a ...						Não aplicável/ não relevante	
		Má		Excelente			
24	conhecimento sobre o que ele fez e disse em consultas anteriores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	a preparação sobre o que esperar de especialistas e dos cuidados hospitalares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qual a sua opinião sobre o seu médico de família e o seu Centro de Saúde nos últimos 12 meses em relação a ...						Não aplicável/ não relevante	
		Má		Excelente			
26	apoio do pessoal deste Centro de Saúde, além dos médicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	facilidade em marcar uma consulta que me sirva no Centro de Saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	facilidade em falar pelo telefone para o Centro de Saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	facilidade em falar pelo telefone com o médico de família?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	tempo que esperou na sala de espera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	rapidez com que os problemas urgentes foram resolvidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Concordo muito	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito	Não aplicável/ não relevante
32	Recomendo fortemente este médico de família aos meus amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Não vejo qualquer razão para mudar para outro médico de família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





























































34. Por favor, escreva a data da sua última consulta?     /     /  
DIA     MÊS     ANO

35. Ao todo, quanto tempo esteve no Centro de Saúde?  
 Horas \_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_

36. Qual o meio de transporte que utilizou quando se deslocou ao Centro de Saúde?  
 \_\_\_\_\_

4

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

Como avalia a qualidade do Centro de Saúde em relação às seguintes áreas?	excelente	muito boa	boa	razoável	má	não se aplica
37 Organização geral dos serviços .....						
38 Horário de atendimento do médico de família .						
39 Serviços ao domicílio fornecidos pelo Centro .						
40 Pontualidade dos profissionais .....						
41 Competência, cortesia e carinho do pessoal médico .....						
42 Competência, cortesia e carinho do pessoal de enfermagem .....						
43 Competência, cortesia e carinho do pessoal administrativo .....						
44 Preocupação do pessoal do Centro com a sua saúde .....						
45 Conforto geral do Centro (comodidade, temperatura, ambiente, ruído, iluminação, instalações) .....						
46 Limpeza do Centro .....						

53. Qual a sua situação familiar?

47 MELHORAMENTOS INDISPENSÁVEIS: Por favor diga-nos quais os aspectos do seu Centro de Saúde que necessitam de ser melhorados.

.....

.....

.....

.....

54. Quantas vezes foi ao médico de família ou de 1.º nível de cuidados de saúde nos últimos 12 meses?

..... vezes

48 **SURPRESAS AGRADÁVEIS:** Durante as suas visitas a este Centro teve alguma surpresa boa?

.....

.....

.....

49 **SURPRESAS DESAGRADÁVEIS:** Durante as suas visitas a este Centro teve alguma surpresa má?

.....

.....

.....

**Informação individual**

50. Ano de nascimento: 19 \_\_\_\_ ano(s).

51. Sexo:  Masculino.  Feminino. *Por favor marque (☒)*

52. Qual o maior grau de escolaridade que completou ou que está a frequentar neste momento?

1 Não sabe ler nem escrever.

2 Sabe ler e escrever.

3 Ensino básico (9º ano de escolaridade).

4 Ensino secundário (12º ano de escolaridade).

5 Ensino superior (Politécnico ou Universitário).

53. Qual a sua situação familiar?

1 Casado/a com registo.

2 Casado/a sem registo.

3 Solteiro/a

4 Viuvo/a

5 Divorciado/a

6 Separado/a

54. Quantas vezes foi ao seu médico de família ou ele o foi visitar a casa nos últimos 12 meses?  
\_\_\_\_ vezes

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

- <sub>1</sub> Ótima.
- <sub>2</sub> Muito boa.
- <sub>3</sub> Boa
- <sub>4</sub> Razoável
- <sub>5</sub> Má

56. Tem uma ou mais do que uma destas doenças durante há mais de 3 meses?

(marque todas as que se apliquem)

- <sub>1</sub> Diabetes
- <sub>1</sub> Asma ou outras doenças respiratórias crónicas.
- <sub>1</sub> Doenças do coração.
- <sub>1</sub> AVC — acidente vascular cerebral.
- <sub>1</sub> Hipertensão arterial.
- <sub>1</sub> Problemas digestivos crónicos (ex: úlcera péptica).
- <sub>1</sub> Doenças osteo-articulares crónicas (ex.: dos ossos, das articulações ou dos músculos).
- <sub>1</sub> Enxaquecas ou outras dores de cabeça crónicas e fortes.
- <sub>1</sub> Doença psiquiátrica (ex.: depressão).
- <sub>1</sub> Doença maligna (ex.: cancro).
- <sub>1</sub> Outras doenças crónicas \_\_\_\_\_ (por favor, indique)

57. Quem preencheu este questionário?

- <sub>1</sub> O/A doente
- <sub>2</sub> O/A doente com o auxílio de familiar ou amigo/a.

Por favor verifique se respondeu a todas as perguntas  
Muito Obrigado por ter ajudado a preencher este questionário